

# 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. 29  
anno XIV del 26 lug.-1 ago. 2011  
per la pubblicazione sul sito  
della Regione Toscana  
www.regione.toscana.it

Cure ai reclusi  
all'insegna  
della qualità

di Franco Scarpa \*

Con l'approvazione di questa delibera la Regione Toscana individua linee di intervento prioritarie finalizzate alla qualità della salute.

Il concetto della "qualità" rappresenta un obiettivo e una caratteristica peculiare delle azioni che la Regione Toscana intende sviluppare nel particolare campo della salute in carcere, settore assunto in carico dal 2008.

Gli interventi contenuti nella delibera sono mirati allo sviluppo, e in alcuni casi alla vera e propria introduzione innovativa per tale settore, di temi come la gestione del rischio clinico, la prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo, la telemedicina, gli interventi a tutela della salute mentale e alla riabilitazione psicosociale delle persone internate nell'Ospedale psichiatrico giudiziario, la Sanità d'iniziativa e, non ultimo, la valutazione delle performances a cura del Laboratorio Mes.

La condizione di salute delle persone detenute negli istituti penitenziari della Toscana, come scaturito da una ricerca condotta dall'Agenzia regionale di Sanità, è caratterizzata dalla presenza di patologie gastroenteriche, cardiovascolari, osteomuscolari e infettive, connesse queste ultime alla tossicodipendenza.

Notevole è il numero di detenuti con disturbi della sfera psichica (29 per cento dei presenti) con utilizzo di psicofar-

CONTINUA A PAG. 2

DIRITTI

Approvato il programma di interventi per il biennio 2011-2012

## Più salute dentro le carceri

Stanziati 800mila euro - La carta dei servizi entra negli istituti di pena

Approvate le linee di indirizzo per il biennio 2011-2012 del programma di interventi in materia di Sanità penitenziaria che affronta il tema dei minori, rischio suicidario, rischio clinico, formazione, Sanità d'iniziativa, disagio psichico, carta dei servizi e valutazione.

La salute è un diritto di tutti indistintamente: tutti, che siano liberi cittadini o detenuti, sono uguali davanti alla malattia e hanno diritto ad avere le stesse opportunità e prestazioni sanitarie. Grazie all'approvazione della delibera 441 del 30 maggio 2011 e allo stanziamento di 800mila euro per la realizzazione del programma, sono previsti una serie di interventi perché la salute in carcere non resti un diritto solo sulla carta, ma diventi una realtà.

Gli interventi, che hanno natura variegata, compongono un quadro armonico e unitario, i cui attori, obiettivi e strumenti sono individuati e definiti con chiarezza. Sul tema dei minori, viene prevista la definizione di un protocollo per la loro presa in carico sanitaria, allo scopo di contemperare l'esigenza della magistratura di emettere provvedimenti tempestivi, con quello di tutelare la salute, considerata anche la condizione di fragilità dei giovani detenuti. In materia di prevenzione del rischio suicidario, si prevede l'adozione di una procedura condivisa di accoglienza multidisciplinare e professionale qualificata nei confronti del detenuto, da attivare al momento del suo arrivo in carcere, per prevenire atti di autolesionismo o eventi infausti. Vi sono poi una serie di strumenti già esistenti in ambito sanitario, da trasferire alla realtà penitenziaria: l'attività del Centro per il governo del rischio clinico, che effettuerà il monitoraggio e l'analisi degli eventi sentinella per ridurre gli eventi scatenanti e migliorare la qualità del servizio sanitario e la Carta dei servizi, che potrà facilitare anche per i detenuti la fruibilità delle prestazioni sanitarie erogabili all'interno degli istituti penitenziari.

Molto si intende fare nel biennio in ambito di formazione professionale, anche per integrare personale sanitario e



- Il 73% dei detenuti negli istituti toscani è affetto da almeno una patologia (\*)
- Al 31 dicembre 2010 i detenuti toscani erano in tutto 4.552: 4.354 uomini e 198 donne (\*\*)
- Il 27% dei detenuti è sano, il 39,8% ha una diagnosi solo internistica, l'8% solo psichiatrica, il 25,2% internistica e psichiatrica insieme. (\*)

Fonte: (\*) Ars - (\*\*) Dap Ministero della Giustizia, Dipartimento amministrazione penitenziaria, Provveditorato regionale per la Toscana

PERCORSO INTEGRATO

### Équipe ad hoc per i minori detenuti

Ci sarà una valutazione complessiva al momento della presa in carico

Approvato dalla Giunta il percorso per la presa in carico, da un punto di vista sanitario, dei minori sottoposti a procedimento penale, sia nelle situazioni ordinarie che in quelle di urgenza. Si tratta della formalizzazione del primo intervento previsto dalla delibera approvata a fine maggio, contenente le linee di indirizzo prioritarie per il biennio 2011-2012 sulla qualità della salute dei detenuti. Il percorso integrato socio-sanitario-educativo disposto dall'Autorità giudiziaria minorile, è il frutto di un lavoro congiunto condotto dalla Regione con i Centri per la Giustizia minorile di Firenze e Pontremoli ed i servizi competenti delle Aziende Usl di riferimento. L'obiettivo è consentire la prestazione di interventi appropriati rispetto ai bisogni assistenziali, rispondendo all'esigenza della magistratura di emettere provvedimenti tempestivi e precisando la competenza economica, ovvero a chi spetta prendersi carico dei costi della retta di mantenimento a seconda del tipo collocamento individuato (comunità terapeutica o comunità socio-educativa). In particolare, si prevede un'attenzione nella valutazione dello stato di salute del ragazzo o della ragazza al momento del suo ingresso in istituto, da parte di una vera e propria équipe di base, costituita da medico, psicologo ed educatore professionale.

penitenziario: tecniche di rianimazione e prevenzione del rischio suicidario, diffusione della normativa in materia di Sanità e amministrazione penitenziaria, sicurezza alimentare, destinata ai detenuti impiegati nelle cucine, in vista di una loro reintegrazione sociale. Sono previsti interventi sul disagio psichico, di diretto impatto sulla vita dei detenuti nel carcere e in particolare di quelli reclusi nell'Opg di Montelupo, anche in vista di un suo rapido superamento: riabilitazione psico sociale, momenti di informazione, ascolto e sostegno, definizione di percorsi alternativi alla detenzione per detenuti tossicodipendenti.

Uno dei punti peculiari della delibera è la Sanità d'iniziativa: sperimentare strumenti innovativi quali la telemedicina, per rispondere con tempestività alle esigenze diagnostiche (telediagnosi) e terapeutiche (teleassistenza) delle persone detenute, fornire un supporto ai malati cronici e nelle urgenze (telesoccorso) favorire il collegamento interattivo tra medici (videoteleconsulto). Infine si prevede l'attivazione dei consolidati strumenti del Laboratorio MeS della Scuola S.Anna di Pisa per valutare la performance delle aziende sanitarie in ambito penitenziario, in relazione a efficacia, efficienza ma anche appropriatezza nell'erogazione dei servizi rispetto ai bisogni dei pazienti detenuti.

Il documento prende avvio dal Piano sanitario 2008-2010 tuttora vigente, per traghettare la Sanità penitenziaria verso il nuovo Piano socio-sanitario integrato 2011-2015 da approvare entro fine anno e rappresenta il frutto di un lavoro congiunto con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, il Centro di giustizia minorile della Toscana e Umbria, l'Istituto penale minorile di Pontremoli, le Aziende sanitarie toscane e il volontariato organizzato.

Barbara Trambusti  
Dirigente settore Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale, Regione Toscana

TESTI A PAG. 4-5

COMMENTO

### Una sfida all'emergenza dei penitenziari

di Franco Corleone \*

Un diritto è tale se è soddisfacente e se è esigibile. Una condizione non facile per tutti i cittadini, ancora più difficile per i detenuti, cioè per persone private della libertà.

Il diritto alla salute sembra un miraggio quando le carceri sono nelle condizioni di sofferenza determinate dal sovraffollamento e quindi caratterizzate da

condizioni di vita intollerabili e in contrasto con i principi costituzionali e con le norme della legge penitenziaria.

La delibera della Regione Toscana indica una serie di provvedimenti per garantire la qualità degli interventi e si pone in controtendenza rispetto alla real-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

### Accordo con il Cai per le emergenze

La Giunta regionale ha approvato lo schema di convenzione fra la Regione Toscana e il Soccorso alpino e speleologico toscano (Sast) del Club alpino italiano per garantire il soccorso a persone infortunate o in stato di pericolo sulla rete escursionistica toscana o comunque negli ambienti naturali impervi e cavità ipogee, per il periodo dal 1° luglio al 31 dicembre 2011. La Regione s'impegna ad assicurare al Sast la disponibilità dei mezzi terrestri e aerei di soccorso del Ssr 118 e il coordinamento con altri soggetti istituzionali presenti sul territorio in possesso di elicotteri. (Delibera n. 533 del 27/06/2011)

### Riabilitazione con nuove intese

Nuova intesa tra la Regione Toscana e il Coordinamento dei centri di riabilitazione toscani per migliorare l'offerta dei percorsi riabilitativi e delle opportunità assistenziali disponibili per i cittadini toscani. L'insieme delle collaborazioni che si intendono attuare attraverso diverse azioni verranno realizzate pienamente non solo nel livello regionale ma anche nel livello locale: Aree vaste, aziende Usl, Società della salute. L'insieme delle azioni finalizzate all'attuazione della sperimentazione sarà avviata all'approvazione del nuovo Piano sanitario e sociale integrato. (Delibera n. 551 del 04/07/2011)

ALL'INTERNO

### Arezzo, robot "tuttofare"

A PAG. 3

### Anziani, test anti-disabilità

A PAG. 6

Il "Sole 24-Ore Sanità Toscana" augura buone vacanze. Arrivederci al 6 settembre.

FRAGILITÀ Approvato il progetto per la tutela contro le emergenze climatiche



# Anziani, 2 milioni anti-afa

## Finanziamenti ripartiti in 34 distretti - I cittadini interessati sono 15mila

La Regione Toscana mette in campo 2 milioni di euro per difendere gli anziani dalle emergenze climatiche e garantire sostegno per far fronte alle ondate di calore in arrivo.

Grazie all'approvazione del progetto "Sorveglianza attiva della persona fragile" sono state previste anche azioni necessarie a supportare l'invecchiamento attivo della popolazione e a prevenire la non autosufficienza e la fragilità, sostenendo anche i progetti locali di sorveglianza attiva della persona anziana fragile, finalizzati ad attenuare i rischi derivanti dalle condizioni climatiche e ormai estesi in modo organico su tutto il territorio toscano, con ritorni positivi sia per la vita delle persone, sia per la spesa regionale.

Il progetto di sorveglianza attiva è già stato sperimentato con successo nelle precedenti stagioni estive, e quindi viene replicato anche per quest'anno con interventi opportuni.

I quasi 2 milioni di euro per il 2011, per la precisione 1.970.000 euro, saranno ripartiti tra le 34 zone distretto della Toscana. A gestire le risorse potranno essere di volta in volta le Società della

Risorse assegnate per l'attuazione della sorveglianza attiva della persona anziana fragile - Anno 2011 (€)							
Zona distretto	Anticipo 75%	Saldo 25%	Totale	Zona distretto	Anticipo 75%	Saldo 25%	Totale
Alta Val d'Elsa	24.185,05	8.061,68	32.246,73	Grossetana	41.470,57	13.823,52	55.294,09
Alta Val di Cecina	10.929,82	3.643,27	14.573,09	Livornese	71.043,79	23.681,26	94.725,05
Amiata	11.316,83	3.772,28	15.089,11	Lunigiana	27.958,44	9.319,48	37.277,92
Grossetana	6.682,67	2.227,56	8.910,22	Mugello	24.355,20	8.118,40	32.473,60
Amiata Senese	56.434,01	18.811,34	75.245,34	Piana di Lucca	61.992,33	20.664,11	82.656,44
Apuane	48.596,97	16.198,99	64.795,96	Pisana	74.596,98	24.865,66	99.462,64
Aretina	34.410,90	11.470,30	45.881,20	Pistoiese	66.753,27	22.251,09	89.004,36
Bassa Val di Cecina	16.227,91	5.409,30	21.637,21	Pratese	82.370,63	27.456,88	109.827,50
Casentino	22.740,42	7.580,14	30.320,56	Senese	58.135,54	19.378,51	77.514,05
Colline dell'Albegna	20.445,02	6.815,01	27.260,03	V. di Chiana Aretina	20.998,85	6.999,62	27.998,47
Colline Metallifere	11.660,47	3.886,82	15.547,29	Val di Chiana Senese	31.011,18	10.337,06	41.348,24
Empolese	65.935,88	21.978,63	87.914,50	Val di Cornia	26.213,54	8.737,85	34.951,38
Fiorentina Nord-Ovest	76.478,67	25.492,89	101.971,56	V. di Nievole	44.129,63	14.709,88	58.839,50
Fiorentina Sud-Est	66.176,09	22.058,70	88.234,78	Valdarno	35.184,93	11.728,31	46.913,24
Firenze	169.392,10	56.464,03	225.856,13	Valdarno Inferiore	22.957,28	7.652,43	30.609,71
				Valdera	41.847,58	13.949,19	55.796,77
				V. del Serchio	26.697,31	8.899,10	35.596,41
				Valtiberina	14.743,24	4.914,41	19.657,65
				Versilia	63.426,95	21.142,32	84.569,27
				<b>Totale</b>	<b>1.477.500,00</b>	<b>492.500,00</b>	<b>1.970.000,00</b>

salute, le aziende sanitarie, le Comunità montane, i Comuni (10 beneficiari sono Aziende sanitarie, 9 sono Comuni, 2 Comunità montane, 13 Società della salute,

le risorse che aiuteranno una parte della società più esposta ai rischi derivanti dalle condizioni climatiche e dalle ondate di calore o di freddo, che per una perso-

na giovane possono essere semplicemente motivo di disagio, per un anziano possono rivelarsi fatali, e compromettere gravemente le sue condizioni di salute,

in qualche caso anche la sua vita. Anche per quest'anno, la Regione si avvarrà del progetto Meteo Salute, messo a punto dal laboratorio del Centro interdipar-

timentale di bioclimatologia dell'Università di Firenze, che quotidianamente informa sulle previsioni climatiche zona per zona, avvertendo anche degli effetti del clima sulla salute, in particolare quella delle persone più fragili: bambini, anziani, malati. Per calibrare le previsioni per ogni zona/distretto, la Regione è stata suddivisa in 20 aree climatiche omogenee: ogni distretto socio-sanitario può essere caratterizzato dalla presenza di più aree climatiche e sarà elaborato un bollettino diversificato in base agli specifici rischi previsti.

Già nel Piano sanitario regionale 2008-2010 si pone l'accento sugli interventi di sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana. Tra gli obiettivi la riduzione dei ricoveri impropri, l'erogazione servizi innovativi e risposte differenziate e flessibili, l'integrazione delle varie risorse, il maggior coordinamento degli interventi, il migliore utilizzo delle risorse e l'adozione di procedure condivise tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali per gli interventi da realizzare a supporto della domiciliarità.

Roberto Tatulli

PIANO TRIENNALE PER IL CENTRO DI RICERCA EUROPEO GUIDATO DA PAOLO MACCHIARINI

## Torace sotto i riflettori al Cert del Careggi

Nascerà al Careggi di Firenze il Centro europeo ricerca torace (Cert) con l'obiettivo di «sviluppare conoscenza, tecnologia e abilità per la diagnosi, prevenzione e trattamento delle patologie ad alta complessità e non, in ambito toraco-polmonare, vascolare polmonare e non cardiaco, e di sostituzione e rigenerazione degli organi e tessuti in genere».

La realizzazione del centro - istituito dalla Regione Toscana - sarà affidata all'Azienda ospedaliero-universitaria (Aou) di Careggi, che metterà a disposizione le sue strutture tecniche e organizzative: la struttura si avvarrà di un gruppo di lavoro composto da sei professionisti di riconosciuta autorevolezza scientifica scelti dalla Regione, d'intesa con il Careggi e l'Università di Firenze, e sarà diretto e coordinato da Paolo Macchiarini. Il progetto, della durata di 3 anni, consentirà la massima integrazione delle

attività di alta specializzazione e ricerca con le strutture del sistema sanitario, attraverso la previsione di una piattaforma scientifica e di ricerca, che si svilupperà a Firenze, ma avrà valenza regionale, con il coinvolgimento di tutte le altre Aou del sistema sanitario toscano.

Il Careggi dovrà assicurare al Cert la disponibilità funzionale delle strutture necessarie a garantire le funzioni, che potranno svilupparsi anche in ambito pediatrico. Il Centro, avrà competenze esclusive nell'ambito dell'attività trapiantologica e concorrerà allo sviluppo della chirurgia toracica dell'azienda per l'alta complessità: per assicurare expertise e qualità necessarie l'unità operativa di chirurgia toracica dovrà sviluppare una casistica di circa 600-700 interventi l'anno.

Il Centro, sul piano della ricerca, si occuperà di medicina rigenerativa, che consente di rigenerare biologicamente il tessuto consentendo di trattare anche patologie del sistema respiratorio altrimenti incurabili; di bioingegneria tessutale (un innovativo approccio al trapianto d'organo) e di terapia cellulare.

Queste linee di ricerca verranno sviluppate nell'ambito del Centro, e tramite collaborazioni nazionali (Università di Firenze, Siena, Pisa, Modena, Reggio Emilia, Cnr, Istituto per la tecnologia delle membrane di Rende, Cosenza, Università di Roma Tor Vergata) e internazionali (Karolinska Institutet di Stoccolma, Imperial College di Londra, Russian Academy of Science, Università di Lipsia e di Leiden, e varie Università statunitensi: Vermont, Harvard, Califor-

nia, Columbus, Tulane).

Il Cert avrà un direttore scientifico che, avvalendosi di un Comitato scientifico, dovrà produrre idee, indirizzi di trattamento e linee guida innovative per la formazione di una "nuova generazione" e per garantire una organizzazione assistenziale ottimale per il cittadino.

Il Comitato dovrà essere espressione delle componenti significative delle Aou toscane, e anche delle collaborazioni nazionali e internazionali interessate e coinvolte. Coordinatore e Comitato scientifico saranno nominati con un decreto regionale. Il Comitato scientifico sarà nominato dal presidente della Giunta regionale, e sarà composto, oltre che dal coordinatore, dai presidi (o loro delegati) delle facoltà di Medicina, e chirurgia di Firenze, Pisa e Siena, da un esperto desi-

gnato da ciascuna delle tre università, da esperti internazionali espressi dalle istituzioni che fanno parte del Centro.

L'attività clinica e di ricerca costituirà il fulcro di numerose attività didattiche teoriche e di formazione pratica a vari livelli, divenendo sedi di lezioni e di attività tutoriale per gli studenti della facoltà di medicina e chirurgia, in base a specifici accordi con l'Università di Firenze. Il Centro avrà anche il compito di formare gli operatori, predisporre protocolli sperimentali e curare la produzione scientifica e, d'intesa con l'Università, potrà costituire sede di tutoraggio degli specializzandi. Per quanto riguarda l'attività assistenziale, il Centro dovrà convenzionarsi con le Aziende, e accoglierà la casistica reclutata in ambito regionale, extraregionale e internazionale.

R.Ta.

COMMENTO (segue dalla prima pagina)

in cui sono a rischio le condizioni minime dell'esistenza quotidiana.

Nel 2010 nelle carceri toscane sono stati accertati 2.342 "eventi critici" che in un linguaggio meno anodino potrebbero essere definiti drammi o tragedie. Si rimane sconvolti di fronte a 5 decessi per cause naturali, 6 suicidi, 168 tentati suicidi, 849 atti di autolesionismo e 638 scioperi della fame. Il diritto alla salute deve fare i conti con questo bollettino di guerra caratterizzato da uno scenario di morti, di feriti e di sangue assolutamente intollerabile.

Per questo è significativa l'attenzione data con diverse iniziative di intervento e ricerca nei confronti della prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo.

Una risposta originale al disagio e alla sofferenza dei detenuti è offerta dalla proposta di realizzare uno sportello salute con protagonisti i detenuti stessi per offrire ascolto e informazioni, aumentando la consapevolezza dei propri diritti e insieme la responsabilizzazione individuale.

Il metodo di una educazione tra pari può aiutare la ricerca della salute non solo come condizione individuale ma anche come un momento di Sanità pubblica.

Su questa scia si pone anche l'introduzione di un sistema di valutazione della qualità dei servizi erogati in relazione ai bisogni della popolazione detenuta. Infatti il sistema sanitario deve comprendere la specificità del paziente detenuto. I tempi di intervento non

possono prescindere dai tempi della detenzione: il cittadino detenuto deve cioè essere restituito alla società sano, non solo per rispettare un suo diritto ma anche per tutelare la società.

Il passaggio della Sanità penitenziaria al servizio sanitario pubblico, affermando un principio universalistico di cittadinanza, deve far prevalere la salute sulla sicurezza e i medici devono avere la forza di chiedere l'incompatibilità con la detenzione nei casi di malattie con patologia gravissima.

In tempi assai duri per la Sanità, destinare 800mila euro per gli ultimi, rappresenta un segno, bello, di differenza politica.

\* Garante dei diritti dei detenuti, Firenze

Cure ai reclusi... (segue dalla prima pagina)

maci e sensibile aumento del rischio per gesti autolesivi gravi o suicidio.

L'istituzione penitenziaria è caratterizzata da condizioni organizzative e ambientali non sempre adeguate, aggravate dal costante fenomeno del sovraffollamento e della promiscuità, insufficienti a garantire la salute delle persone detenute (insufficienza di spazi per la socialità e per l'attività fisica, pasti inadeguati e poco variati, fumo passivo).

Per tale motivo le azioni previste, condivise con l'Amministrazione penitenziaria regionale, indirizzano l'attività delle aziende sanitarie verso interventi di prevenzione della comparsa di patologie primarie e della cronicizzazione derivanti dai fattori di rischio presenti in carcere.

Le aziende sanitarie che hanno in cura le persone detenute avranno risorse finalizzate a garantire obiettivi e percorsi di salute secondo le priorità individuate sui bisogni delle persone detenute.

La Regione Toscana, in accordo con i principi che hanno ispirato il Dlgs 230/1999 dal quale è scaturito il Dpcm 1° aprile 2008, mira a garantire il diritto alla salute delle persone detenute e internate, riconducendo sia il trattamento che l'organizzazione del settore della salute in carcere nel contesto generale, e nelle dinamiche organizzative e di intervento, del sistema sanitario regionale vigente per tutti gli altri cittadini.

\* Direttore Unità operativa complessa "Salute in Carcere" Asl 11 di Empoli

**SSR AI RAGGI X** L'utilizzo del Da Vinci di Arezzo esteso a tutte le discipline specialistiche

# Il robot è multidisciplinare



Quattro sale operatorie collocate attorno alle due consolle utilizzabili

«**P**iù robotica per tutti, quando serve». Questo potrebbe essere lo slogan della chirurgia robotica della Asl aretina, che ha puntato decisamente sull'utilizzo multidisciplinare del robot Da Vinci. Una scelta che differenzia l'utilizzo di questa tecnologia, rispetto a quasi tutte le altre 50 strutture italiane munite di impianti analoghi.

«Per l'investimento importante che ha determinato, per un miglioramento in ogni specialità chirurgica degli interventi, per un utilizzo pieno di questa struttura - spiega Fabio Sbrana, direttore del dipartimento di medicina e chirurgia - è giusto aver aperto a tutti gli specialisti l'uso del robot. La multidisciplinarietà è a nostro parere il valore aggiunto di questa scommessa. La possibilità di utilizzo delle migliori tecnologie disponibili a tutti i chirurghi nelle condizioni che ne vedono la necessità, porta già adesso, e in futuro lo svilupperà ancor di più, la Sanità aretina a un livello qualitativo da lasciare veramente il segno nel tempo».

Anche la collocazione di queste attrezzature è pensata e voluta per consentire il suo utilizzo nell'arco della stessa giornata in più sale operatorie, riducendo al minimo i tempi morti. Sono quattro le sale operatorie collocate attorno al robot e due le consolle dalle quali operare, utilizzabili anche per imparare, conoscere, assistere. Insomma, un modo originale di pensare la chirurgia robotica, avvalorato anche dai numeri dei primi sei mesi di attività.

In sei mesi sono stati complessivamente 204 gli interventi eseguiti con il robot. E di questi 70 per la chirurgia generale, 48 per l'otorino, 56 per l'urologia, 30 per la ginecologia. Il trend è in crescita soprattutto per le specialistiche che hanno avviato l'attività solo in gennaio e febbraio.

«È comunque importante - sottolinea il direttore generale dell'Asl 8 Arezzo, Enrico Desideri - che anche per questa nuova tecnologia venga posta attenzione sull'appro-



## Il sistema «vive» se intorno c'è una rete tecnologica

**I**l San Donato, pur rappresentando la struttura di riferimento del nostro territorio, è un anello di una rete più ampia, che vede crescere con pari dignità tutti gli ospedali della nostra Asl - sottolinea il direttore generale Desideri - e se la robotica è adesso il fiore all'occhiello, non possiamo sottacere la cornice generale in cui questo impegno si inserisce: oltre 25 milioni investiti in tecnologie sanitarie per il potenziamento di tutti i presidi ospedalieri zonali.

Un intervento strategico e prioritario nel

settore della diagnostica per immagini e nell'ambito dell'oncologia, ad esempio attraverso l'acquisizione di acceleratori lineari di ultima generazione per la radioterapia».

E, sempre a proposito di rete, secondo Desideri «in collaborazione con gli altri centri toscani e italiani, magari sotto l'egida del ministero della Salute, sarebbe utile istituire un Registro nazionale delle attività chirurgiche effettuate con il robot. Tale Registro permetterebbe di valutare il rapporto costo-benefici di tale procedura».

priatezza del suo impiego: ad esempio se molti sono gli interventi per i quali la chirurgia robotica è insostituibile, ve ne sono altri, come gli interventi di colicistectomia, per i quali l'uso della robotica è giustificabile solo a scopo didattico».

È grazie alla combinazione di una serie di fortunate (e virtuose) circostanze che la Chirurgia robotica ha fatto il suo ingresso all'ospedale San Donato di Arezzo, dove l'Asl ha messo assieme un pool di professionisti in grado di fornire risposte di alta qualità in diverse discipline e specialistiche.

«Da noi - spiega Desideri - abbia-

mo colto la concomitanza di più fattori: dalla voglia di crescere e dalla professionalità dei nostri operatori (infermieri e chirurghi), all'arrivo nella nostra azienda di un esperto di livello mondiale della chirurgia robotica come il professor Fabio Sbrana, dalla nostra volontà e, crediamo, anche capacità progettuale, alla presenza di una realtà straordinaria qual è il Calcit».

Il Calcit è una associazione cittadina che da 32 anni sostiene progetti legati alla lotta contro i tumori, garantendo in concreto finanziamenti che, a oggi, superano i 35 milioni di euro. «Quella della robo-

gica e del nuovo polo chirurgico - sottolinea il suo presidente Giancarlo Sassoli - è una ulteriore grande sfida alla quale chiamiamo fiduciosi la comunità aretina a rispondere con generosità. L'acquisto del robot non chiude un progetto, ma anzi apre nuove strade e nuove necessità. Noi abbiamo messo a disposizione dell'ospedale quanto necessita per le quattro nuove sale operatorie (più di 2 milioni di euro di investimento) dedicate alla robotica».

Il robot è costato alla Asl 4,8 milioni. La chirurgia robotica assistita da computer viene utilizzata

come chirurgia minimamente invasiva per interventi che richiedono una elevata precisione, in particolare interventi su campi di piccole dimensioni per i quali la fase ricostruttiva dell'intervento ricopre una particolare importanza.

«Oltre ai tradizionali vantaggi tipici della chirurgia mini-invasiva (dalla riduzione dei tempi di ospedalizzazione e di recupero, alla riduzione del dolore post-operatorio, alla ripresa più rapida delle normali attività ecc.), la robotica - spiega Sbrana - facilita l'accesso in sedi anatomiche remote, consente una più dettagliata visione dei piani anatomici, una maggior precisione delle manovre chirurgiche e una miglior accuratezza delle suture, con un evidente vantaggio per il paziente».

Una ulteriore attrattiva della chirurgia robotica è la potenziale spinta propulsiva allo sviluppo e diffusione della chirurgia mini-invasiva a procedure complesse, non facilmente eseguibili con le tecniche tradizionali.

«Questa scelta - dice ancora Sbrana - avviene in un contesto interdisciplinare: per questo il Da Vinci è stato installato presso il nuovo polo chirurgico, in modo da garantire che la tecnologia possa essere utilizzata dai professionisti di diverse branche e non ne limiti il possesso a un solo servizio o Unità operativa. Inoltre, la presenza ad Arezzo del sistema robotico, dotato di doppia consolle e di professionisti di eccellenza, permette alla Asl aretina di diventare un polo attrattivo per la formazione di personale qualificato in collaborazione con il centro di Area vasta di Grosseto, in una corretta logica di rete regionale. L'utilizzo della robotica, ben più delle altre tecniche, necessita di aggiornamenti e inter-scambi continui fra operatori della rete regionale (i centri di Grosseto, Pisa e, recentemente, anche Siena)».

a cura di  
**Pierluigi Amorini**  
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

### GLI INTERVENTI PLURISPECIALISTICI

## Ghiandole e tumori: al via le operazioni complesse

**G**ia in pochi mesi, Arezzo si è resa protagonista di alcuni interventi chirurgici complessi e di alta specialità. Come pure, l'interesse per l'alta casistica operatoria, ha spinto aziende europee e americane ad apportare aggiornamenti e migliorie in via sperimentale, da collocare poi in questo nuovo mercato della tecnologia medicale.

Con il robot, per la prima volta in Italia (forse nel mondo), è stata asportata la ghiandola surrenale destra colpita da un tumore su una donna in stato di gravidanza alla 22esima settimana di gestazione.

Ed è stata anche la dimostrazione di come sia fondamentale la multidisciplinarietà: sia in fase preparatoria che in itinere, hanno contribuito nelle rispettive competenze e conoscenze, oltre all'équipe del direttore del dipartimento (che ha eseguito personalmente l'intervento dalla consolle del robot Da Vinci), il primario di ginecologia, il direttore della rianimazione, la responsabile della endocrinologia, la responsabile della neonatologia il direttore del dipartimento materno-infantile, la cardiologia.

Altro intervento che ha suscitato l'interesse scientifico di mezza Italia, la asportazione per via ascellare di un tumore alla tiroide, da parte dell'équipe di otorinolaringoiatria. I vantaggi di questa metodica sono estetici e soprattutto funzionali: dall'assenza completa di cicatrici nel collo, a una minore incidenza delle complicanze delle lesioni dei nervi laringei, oltre che da dolore post-operatorio assai ridotto.

Significativi anche alcuni interventi sia degli urologi (al San Donato operano Michele De Angelis che ha una lunga esperienza maturata con i robot al San Raffaele di Milano e Filippo Annino, chirurgo di 33 anni, cresciuto professionalmente nel centro di urologia dell'ospedale St. Augustin di Bordeaux, con il professor Ri-

chard Gaston, pioniere della chirurgia robotica, massima autorità europea in questa disciplina) e della ginecologia (diretta da Giuseppe Cariti) che sta compiendo un percorso di grande qualità nella esecuzione degli interventi e nella bassissima "aggressione" con cui si opera nel corpo femminile.

Poi gli aggiornamenti e le sperimentazioni di nuove tecniche. Due in particolare: il "single port" e un sistema di videocomunicazione interattiva.

Nel primo caso è la statunitense «Intuitive medical» che produce questo accessorio in Italia, testato solo ad Arezzo e Alessandria, ad aver portato il sigle port, un accessorio che consente di operare con il robot, entrando da un solo foro nell'addome.

Nell'altro è stata la Trumpf, azienda leader in Europa per i sistemi medicali, ad aver scelto Arezzo assieme alla Inso Spa per sperimentare un sistema di videocomunicazione interattiva collegata all'attività della chirurgia robotica. Il robot viene manovrato dagli operatori seguendo le immagini che arrivano su una consolle con schermi che consentono di osservare, con un fortissimo ingrandimento, i tessuti e gli organi su cui si sta intervenendo.

Immagini adesso a disposizione anche di altri soggetti: dalle figure professionali impegnate in sala operatoria, ad altri che si trovano magari nel loro studio e, soprattutto, a disposizione di quanti devono formarsi su queste materie.

Trasmissione di immagini, ma anche della voce del chirurgo che opera, con la possibilità di interloquire con altri soggetti. «In questa attività - sottolinea Fabio Sbrana - fondamentale è la formazione e l'abitudine a comprendere le immagini e le dinamiche che si verificano nelle aree dell'intervento. Poter fornire all'esterno questo materiale è fondamentale per la crescita complessiva del sistema».

DOCUMENTI Ecco il vademecum in materia di Sanità penitenziaria per il biennio 2011-2012



# Salute in carcere, le linee guida

Tra prevenzione dei suicidi e telemedicina alle Asl vanno 800mila euro

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

**P**ubblichiamo di seguito il testo, e il relativo allegato, della delibera 441 del 30 maggio 2011, varata dalla Giunta toscana, dal titolo "Qualità della salute dei cittadini detenuti. Linee d'intervento prioritarie per il biennio 2011-2012".

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare le linee di intervento prioritarie in materia di Sanità penitenziaria per il biennio 2011-2012, di cui all'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di rinviare a successivi atti l'approvazione delle modalità di attuazione delle linee d'intervento e le risorse specifiche da destinare;

3. di sostenere gli oneri finanziari per l'attuazione delle presenti linee di intervento prioritario per il biennio 2011-2012 per l'importo complessivo di € 800.000,00;

4. di prenotare, a favore delle aziende Usl della Toscana in cui hanno sede gli Istituti penitenziari, la somma complessiva di € 800.000,00 secondo la seguente articolazione:

a. per l'anno 2011  
- € 60.000,00 sul capitolo 24144 del bilancio 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

- € 70.000,00 sul capitolo 24187 del bilancio 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

- € 70.000,00 sul capitolo 26044 del bilancio 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

- € 200.000,00 sul capitolo 24047 del bilancio 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

b. per l'anno 2012  
- € 400.000,00 sul capitolo 24047 del bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, condizionando l'efficacia della prenotazione all'inserimento delle linee di intervento prioritario riportate in allegato 1 all'interno del nuovo "Piano sanitario e sociale integrato regionale" come previsto dalla Lr 40/2005 e Lr 41/2005.

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



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

Versione Pdf dell'Allegato al n. 29 del 26 lug.-1 ago. 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana  
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/08  
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

Allegato 1			
N.	Oggetto	Obiettivi	Soggetti coinvolti
1	Presenza in carico dei minori sottoposti a procedimento penale con problematiche sanitarie - modello organizzativo	Definizione del percorso integrato per consentire il piano di interventi appropriati ai bisogni assistenziali dei soggetti minori, rispondendo all'esigenza della magistratura di emettere provvedimenti tempestivi, definendone la reciproca competenza economica	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Centro giustizia minorile
2	Prevenzione del rischio suicidario in carcere	a. Definizione di procedure di accoglienza multidisciplinare e professionale qualificata, in grado di individuare con tempestività i bisogni in ingresso dei detenuti nonché gli stati di disagio emergenti tra gli stessi durante la detenzione, e conseguente definizione di protocolli operativi in cui vengano specificati i compiti peculiari degli operatori sanitari e quelli di competenza penitenziaria b. Comunicazione strutturata tra le diverse professionalità sanitarie e penitenziarie, tali da garantire il monitoraggio e la sorveglianza dei segnali indicatori di rischio suicidario in ambiente penitenziario c. Studio nell'ambito di eventi e stati d'animo precipitanti nella decisione di togliersi la vita da parte delle persone detenute, nonché sulle metodiche usate, attraverso una valutazione qualitativa che coinvolga la ricerca universitaria	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e Direzioni istituti penitenziari
3	Rischio clinico	Definizione dell'assetto organizzativo finalizzato alla sorveglianza e al monitoraggio degli eventi sentinella che si verificano nelle strutture sanitarie delle carceri, per i quali la Regione interviene con il Centro gestione rischio clinico al fine di approfondire quanto accaduto e adottare eventuali azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti, così come prevede la Dgr 101/2009	Regione Toscana (Crgc), aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e Direzioni istituti penitenziari, Centro giustizia minorile
4	Carta dei servizi	Monitoraggio e valutazione dell'adozione della carta dei servizi sanitari per detenuti e internati, finalizzata a favorire la conoscenza dei servizi sanitari previsti e facilitare la fruibilità delle prestazioni sanitarie erogabili ai detenuti per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle patologie all'interno degli istituti penitenziari	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, Centro giustizia minorile
5	Formazione professionale - progettazione e organizzazione eventi formativi destinati ai detenuti, al personale sanitario, al personale penitenziario (polizia penitenziaria, educatori, ass. sociali), secondo gli argomenti individuati ai seguenti punti:	a. Tecniche di rianimazione, destinata agli operatori sanitari e al personale di polizia penitenziaria che opera negli istituti penitenziari ed eventualmente ad alcuni detenuti b. Corso di formazione sul rischio suicidario per operatori penitenziari e sanitari c. Formazione congiunta sul processo di trasferimento delle competenze sanitarie dal ministero della Giustizia al Ssn, destinato agli operatori sanitari e penitenziari degli istituti toscani, ed esteso ai funzionari che si occupano di Sanità penitenziaria in ambito della Regione, delle aziende Usl e dell'amministrazione della Giustizia d. Sicurezza alimentare destinata ai detenuti che effettuano la preparazione degli alimenti	Regione Toscana, aziende Usl toscane, provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e Direzioni istituti penitenziari, Centro giustizia minorile
6	Assistenza psicologica	Sviluppo assistenza psicologica tramite interventi sul disagio psichico dei detenuti, in relazione allo specifico Protocollo per la salute in carcere	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e Direzioni istituti penitenziari interessati Centro giustizia minorile
7	Riabilitazione psicosociale dei pazienti	Realizzazione di attività in ambito delle salute mentale con l'obiettivo la riabilitazione psicosociale delle persone internate, attraverso l'attivazione di laboratori interni e attività realizzate all'esterno delle strutture penitenziarie	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, Volontariato organizzato e terzo settore
8	Presenza in carico del disagio psichico	Miglioramento della presa in carico del disagio psichico negli istituti penitenziari da parte dei Dsm aziendali e percorsi alternativi alla detenzione per detenuti tossicodipendenti, allo scopo di consentire la piena attuazione di quanto previsto dal Dpcm 1/4/2008 - Allegato C	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, Volontariato organizzato e terzo settore
9	Rete di informazione e sostegno dell'ascolto in ambito carcerario	Informazione finalizzata alla sensibilizzazione sulla condizione carceraria, alla diffusione della conoscenza delle problematiche del carcere, promozione dell'ascolto e accompagnamento dei detenuti; diffusione della rete degli interventi che vedono il coinvolgimento delle associazioni di volontariato nelle attività di prevenzione finalizzate al miglioramento delle condizioni di salute in carcere	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, Volontariato organizzato e terzo settore
10	Sanità d'iniziativa presso gli istituti penitenziari della Toscana	Nel Piano sanitario regionale 2008-2010 è stata introdotta la "Sanità di iniziativa", ovvero una Sanità che non aspetta il cittadino sulla soglia, ma che sia capace di andargli incontro, raccogliendo la sua domanda di salute anche quando inespresa e prima che evolva con un aggravamento o una complicanza. Il lavoro integrato dei professionisti dovrà garantire un miglioramento della qualità e della continuità delle cure mediante una più rigorosa programmazione dei controlli della salute dei detenuti in maniera pro-attiva. Una maggiore informazione e uno strutturato supporto educativo (individuale o di gruppo) al cittadino/paziente ne aumenterà l'autonomia e la capacità di gestire la propria malattia	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria
11	Telemedicina e teleassistenza - innovazione organizzativa e tecnologica per la gestione della cronicità	Sperimentazione della introduzione della telemedicina in ambito della Sanità penitenziaria, anche in relazione a progettualità regionali e comunitarie, allo scopo di: - rispondere con tempestività alle esigenze diagnostiche (tele-diagnosi) e terapeutiche (tele-assistenza) delle persone detenute; - fornire una risposta valida ed efficace in caso di malati cronici e un supporto indispensabile nelle urgenze (telesoccorso); - favorire il collegamento interattivo tra medici (videoteleconsulto); - stabilire una concreta interrelazione tra le strutture penitenziarie e quelle sanitarie ospedaliere e di assistenza specialistica	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria
12	Anticipazione piccoli interventi per la messa a norma degli impianti dei locali sanitari	Integrazione al protocollo d'intesa per la realizzazione dei lavori di messa in sicurezza dei locali sanitari, da parte dell'azienda Usl, fino all'importo massimo di € 30.000,00, al fine di consentire la continuazione delle attività sanitarie. Su reciproco accordo protocollare tra aziende Usl e Direzioni degli istituti penitenziari di riferimento, potranno essere definiti gli interventi prioritari per i quali l'amministrazione penitenziaria concorda e autorizza le aziende Usl ad anticipare le spese, impegnandosi contestualmente a sostenere il rimborso con un piano pluriennale definito sulla base e nei limiti del piano di ripartizione del budget di competenza da parte del Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, per ciascun esercizio finanziario	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, Direzioni istituti penitenziari
13	Igiene ambientale	Approvazione linee guida per la sanificazione degli effetti lettereci per gli istituti penitenziari posti sul territorio della Toscana	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e Direzioni istituti penitenziari
14	Monitoraggio Mes	Introduzione della valutazione della performance, per misurare la capacità del sistema sanitario regionale, delle aziende sanitarie di essere efficaci ed efficienti, erogando servizi appropriati in linea con i bisogni della popolazione penitenziaria. La finalità del sistema di valutazione della performance è fornire un quadro di sintesi dell'andamento della gestione della Sanità penitenziaria, utile non solo alla valutazione della performance conseguita, ma anche per la valorizzazione dei risultati ottenuti	Regione Toscana, aziende Usl toscane, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, Scuola Superiore S. Anna di Pisa - Laboratorio Management e Sanità

DOCUMENTI Il modello di presa in carico dei giovani con problematiche sanitarie

# Due iter per i minori detenuti

Doppio percorso di intervento: ordinario e urgente per garantire tempestività



IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

**P**ubblichiamo la delibera 505 del 20 giugno scorso, "Tutela della salute dei minori: approvazione modalità operative per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale".

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare le modalità operative per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale, contenute nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, funzionali al raggiungimento dell'obiettivo n. 1 previsto dalla delibera della Giunta regionale n. 441/2011;

2. di incaricare il competente settore della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale, di dare la massima diffusione al documento di cui al punto 1 e di mettere in atto le iniziative ritenute necessarie per monitorare l'applicazione delle modalità operative in esso contenute;

3. di precisare che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

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

Allegato A

MODALITÀ OPERATIVE PER LA PRESA IN CARICO DEI MINORI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE

1. Introduzione

Le presenti modalità operative sono state elaborate dal gruppo di lavoro costituito presso la Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana, per favorire la risoluzione delle problematiche sollevate dal Centro della giustizia minorile, in merito all'inserimento in comunità dei minori e dei giovani adulti sottoposti a procedimento penale, disposto, con carattere di urgenza, dall'Autorità giudiziaria minorile.

La prima parte del lavoro è stata dedicata alla comprensione delle esperienze che hanno generato le difficoltà di coordinare e integrare il percorso di inserimento tempestivo dei soggetti minori in struttura a seguito di provvedimenti immediati del magistrato; successivamente l'attenzione è stata focalizzata sulle modalità di collaborazione fra i Servizi della giustizia minorile e i Servizi competenti delle aziende Usl di riferimento.

Conseguentemente si è reso necessario puntualizzare il percorso ordinario di presa in carico, con valenza sanitaria, dei minori sottoposti a procedimento penale.

Infine è stato condiviso il percorso di inserimento in comunità dei minori e dei giovani adulti sottoposti a procedimento penale, disposto, con carattere di urgenza, dall'Autorità giudiziaria minorile.

2. Protocollo organizzativo per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale con problematiche sanitarie

Le attività di carattere sanitario, fanno parte dell'intervento integrato socio-sanitario-educativo che viene attuato dai servizi competenti delle aziende Usl, all'interno del contesto penale, in stretta collaborazione con i servizi che lo compongono.

Il sistema dei servizi deputati alla tutela e alla protezione giuridica dei minori, dislocati sul territorio regionale della Toscana, è composto da:  
- Centro per la giustizia minorile Cgm - organo distrettuale del Dipartimento di giustizia minorile (Dgm), l'articolazione organizzativa del ministero della Giustizia.

Si avvale dei seguenti servizi minorili che assicurano l'esecuzione delle misure penali interne ed esterne disposte dall'Autorità giudiziaria minorile e forniscono specifico supporto ai minori (fino al compimento dei 21 anni) che entrano nel circuito penale e alle loro famiglie.  
- Istituto penale per i minorenni - Ipm, deputato per l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria, ospita minori e giovani adulti

con posizione giuridica di custodia cautelare, definitiva e semilibertà. Accoglie utenza italiana e straniera proveniente anche da altri distretti.  
- Centro di prima accoglienza - Cpa, accoglie minori autori di reato, in stato di accompagnamento, fermo e arresto, autori di reato nell'ambito del distretto. La permanenza in struttura in attesa dell'udienza di convalida, ha una durata massima di 96 ore. La media attuale di permanenza è di 48 ore, data la tempestività di fissazione dell'udienza di convalida da parte del tribunale minorenni.

- Ufficio di servizio sociale per i minorenni - Ussm, effettua la presa in carico per i minori sia detenuti che a piede libero della Toscana o previo accordo per soggetti provenienti da altre Regioni, se presenti nel distretto.

Il trattamento dei minori con problematiche sanitarie, è attuato in collaborazione con i servizi competenti delle aziende Usl, i quali effettuano la progettazione di un intervento terapeutico individualizzato, espletato previo consenso informato del minore e dei familiari.

2.1. Procedimento ordinario

2.1.1. Primo livello  
Per la presa in carico e valutazione sanitaria (visita medica di primo ingresso e colloquio con lo psicologo), del minore già ospite dell'Ipm, è individuata presso l'azienda Usl di riferimento:

- una Equipe di base, costituita dalle seguenti figure professionali:  
• Referente sanitario di presidio (coadiuvato dall'infermiere);  
• Psicologo;  
• Educatore professionale (della Giustizia minorile che si rapporta con l'assistente sociale).
- Le funzioni di coordinatore sono svolte dal referente sanitario di presidio.

2.1.2. Secondo livello  
Dopo la prima presa in carico e valutazione sanitaria (visita medica di primo ingresso e colloquio con lo psicologo), può essere attivato, da parte del coordinatore, il secondo livello, rappresentato da:

- Giv (Gruppo integrato di valutazione), composto da:  
• Equipe di base;  
• Dipartimento di salute mentale (Smia/ Sma);  
• Dipartimento dipendenze (Sert).

Il Giv procede, dopo la presa in carico, alla valutazione specialistica con formulazione di un progetto qualora si ravvisi la necessità di un percorso terapeutico concernente un inserimento in una comunità terapeutica.

Il progetto viene sottoposto all'Autorità giudiziaria (Ag) competente.

Qualora l'Ag ritenga di accogliere l'indicazione di collocamento in comunità terapeutica, sarà cura dei servizi sanitari individuati seguire il minore e riferire periodicamente all'Ag.

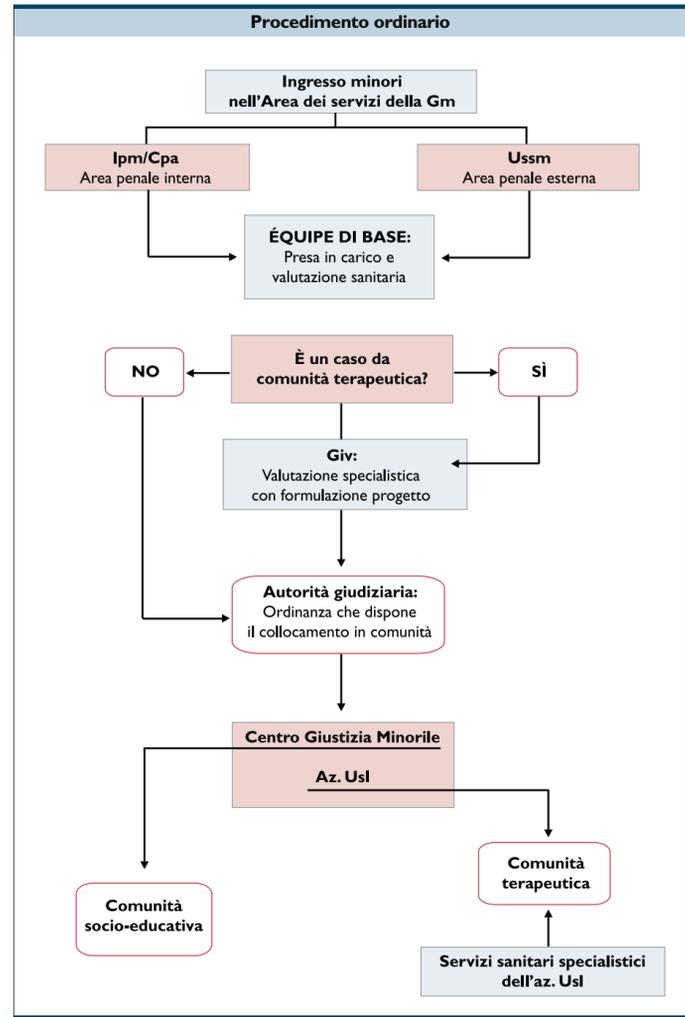
In caso di collocamento in comunità terapeutica, per la durata del periodo individuato dai servizi sanitari, gli oneri saranno a carico dell'azienda Usl competente. Superata la necessità terapeutica specifica, l'azienda Usl competente potrà continuare a offrire la propria operatività attraverso un Servizio ambulatoriale-specialistico, eventualmente erogato anche in una Comunità socio-educativa.

Nel caso di inserimento diretto in Comunità socio-educativa gli oneri saranno a carico della Giustizia minorile per quanto concerne il pagamento della retta, pur rimanendo a carico dell'azienda sanitaria l'erogazione del Servizio specialistico necessario.

3. Procedimento d'urgenza disposto dal Giudice Minorile

Nell'ambito della presa in carico del minore fermato dalle Forze dell'ordine, questi viene accompagnato presso il Cpa (Centro di prima accoglienza), per poi essere giudicato dal giudice minorile.

All'arrivo del minore al Cpa è, da regolamento, prevista la visita medica entro le 24 ore.  
• Considerato il breve tempo di permanenza presso la struttura (massimo 96 ore; tempo medio 48 ore), e in considerazione dell'eventualità che per l'udienza di convalida non sia stato possibile attivare i Servizi specialistici (Sert e Salute mentale) il medico del presidio Ipm/Cpa ha la facoltà di certificare, esclusivamente per i casi di conclamata evidenza clinica (non comportanti un ricovero, in urgenza/



emergenza, presso un presidio ospedaliero), la necessità di un invio presso una comunità terapeutica. Il Giv, recepisce la segnalazione del medico del presidio, tramite la relazione redatta dall'educatore del Cpa, disporrà, nell'ordinanza, l'obbligo per il minore di permanenza presso la comunità che l'azienda Usl competente provvederà a individuare, entro la stessa giornata dell'udienza di convalida, dato l'obbligo, per il servizio minorile, di procedere alla dimissione del minore nella medesima data dell'udienza stessa. In questo caso l'onere della retta di mantenimento del minore o giovane adulto sarà dell'azienda Usl competente.

• Qualora il minore presenti la necessità di un periodo d'osservazione più lungo al fine di una più accurata e pertinente presa in carico (eventuale e successiva a una formulazione diagnostica), il medico di presidio segnalerà la necessità d'invio, tramite l'educatore referente, (così come indicato dalle linee d'indirizzo emanate dalla Conferenza Stato-Regioni nei confronti dei minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria), in una comunità "filtro" di natura socio-educativa con sostegno specialistico, dove poter effettuare un periodo d'osservazione (di circa 15 gg). Ciò al fine di consentire un'attenta e rigorosa individuazione del bisogno del minore e l'individuazione di una comunità più appropriata. Tale procedura consentirà di ridurre l'inserimento, talvolta improprio, in una comunità terapeutica, riducendo anche il rischio d'etichettamento che tale struttura comporta nei confronti del minore ospite e al contempo riducendo i relativi costi. In questo ultimo caso l'individuazione della struttura avverrà in collaborazione tra i servizi minorili e quelli di tipo specialistico. L'onere della retta di mantenimento sarà a carico del centro Giustizia minorile, mentre l'azienda Usl provvederà a fornire il supporto di tipo specialistico. Se poi, a seguito dell'osservazione effettuata, sarà certificata l'esigenza terapeutica e riabilitativa del minore, anche il periodo trascorso in osservazione risulterà a carico dell'azienda Usl di competenza. Nel caso in cui, altresì, non si ravveda la necessità di comunità terapeutica, l'onere sarà a carico dell'amministrazione della Giustizia.

• Nel caso in cui sia possibile coinvolgere, da subito, i Servizi specialistici (Sert e Salute mentale) la necessità del collocamento del minore in una comunità di tipo terapeutico sarà valutata congiuntamente con il medico di presidio e corredata di adeguata certificazione sanitaria. La retta sarà a carico dell'azienda Usl competente territorialmente.

Le comunità di riferimento, ove il minore può essere accolto nelle more di un inquadramento diagnostico, sono individuate dal Cgm, su disposizione dell'Autorità giudiziaria e con il supporto valutativo del medico del presidio, tra quelle censite dall'azienda Usl di riferimento.

FRAGILITÀ Evitare la perdita della non autosufficienza è sempre più una priorità



# Anziani disabili, prove di cura

## Un progetto promosso dal ministero punta sulla prevenzione secondaria

Uno dei migliori aspetti della nostra società è che sempre più persone raggiungono le età più avanzate della vita. Ma qual è la qualità di questi "anni aggiunti alla vita"? Si stima che oggi vivano in Italia oltre 700mila anziani gravemente non autosufficienti nelle attività di base della vita quotidiana, con effetti devastanti sulla qualità della vita degli anziani e delle loro famiglie, nonché sulla domanda di assistenza socio-sanitaria. Nei prossimi

anni assisteremo a un ulteriore invecchiamento della popolazione e, in assenza di interventi specifici, il numero di anziani disabili è destinato a crescere contestualmente. D'altra parte, è nota l'efficacia di interventi nel posporre la perdita dell'autosufficienza negli anziani, ma la potenzialità di questi nel ridurre ulteriormente i tassi di disabilità non è ancora stata totalmente sfruttata. Gli sforzi sono piuttosto mirati ad assicurare assistenza a coloro che sono già disabili,

invece che a rivedere le strategie per controllare e prevenire il fenomeno.

La prevenzione della perdita dell'autosufficienza negli anziani è quindi senza dubbio una grande priorità di Sanità pubblica: dobbiamo aggiungere "vita agli anni", comprimendo la disabilità verso le età più avanzate della vita. La prevenzione primaria delle condizioni disabilitanti, siano esse malattie croniche, che aumentano il rischio di disabilità "progressiva", o eventi acuti, che pos-

sono determinare la comparsa di disabilità "catastrofica", rappresenta l'intervento più efficace per la prevenzione della non autosufficienza negli anziani. Un ulteriore interessante campo di intervento è rappresentato da interventi mirati di prevenzione secondaria della disabilità progressiva focalizzati sugli anziani fragili. Infatti, la disabilità rappresenta spesso l'esito di un progressivo esaurimento delle riserve funzionali e di una conseguente aumentata vulnerabilità a

eventi avversi, condizione ormai nota come "fragilità", ed è possibile e costo-efficace intervenire in questa fase. Con questa serie di articoli presentiamo un progetto-intervento del programma 2009 del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del ministero della Salute sulla prevenzione secondaria della disabilità progressiva.

Paolo Francesconi

Agenzia regionale Sanità della Toscana

TUTTE LE TAPPE DELLA PARTNERSHIP TRA SALUTE E REGIONE

## Una sperimentazione per impedire il declino funzionale

### NELLA PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA È «ATTIVA»

La normativa nazionale affronta il tema della fragilità degli anziani sia nel Piano sanitario nazionale 2010-2012, tra i cui obiettivi figura il raggiungimento della vecchiaia in buona salute, il contrasto della fragilità e la riduzione del rischio di disabilità, sia nel Piano nazionale di prevenzione 2010-2012, dove si promuove l'attivazione di azioni integrate per la tutela degli anziani fragili (prevenzione e sorveglianza attiva, miglioramento degli stili di vita, promozione dell'anziano "risorsa" ecc.). Dall'analisi della normativa regionale condotta da Agenas nell'ambito del progetto Ccm è emerso che, mentre alcune Regioni da tempo promuovono interventi per la fragilità, altre li hanno introdotti durante l'implementazione dei Piani regionali di prevenzione, sulla base delle indicazioni fornite nell'omonimo Piano nazionale. In particolare sono stati reperiti, tra i documenti regionali di indirizzo alle Asl, programmi di promozione negli anziani dell'attività fisica adattata, di corrette abitudini alimentari e di prevenzione dei traumi e degli incidenti domestici. Nel complesso si rileva nella programmazione regionale l'intento di passare da una forma di assistenza passiva, dove i servizi attendono il cittadino già lesa, a una forma di assistenza attiva, dove il cittadino a rischio viene identificato e indirizzato verso azioni di prevenzione e di assistenza multidisciplinari e integrate, con lo

I numeri nelle due Società della salute			
	Anno 2009		
	Indice di vecchiaia (x100)	Indice di dipendenza senile (x100)	Indice di invecch.to (x100)
Fiorentina Sud-Est	172,2	36,3	23,1
Valdichiana Senese	219,9	40,9	26,7
Toscana	184,1	36,2	23,2

scopo di ritardare l'emergere di malattie e disabilità.

**Maria Donata Bellentani,  
Elisa Guglielmi**  
Agenas

### SCREENING E PREVENZIONE PER L'ANZIANO FRAGILE

La fragilità è una condizione di ridotta riserva funzionale che si manifesta all'avanzare dell'età ed è caratterizzata da una ridotta capacità di rispondere a situazioni di stress fisico e ambientale. L'anziano fragile può essere ancora completamente autosufficiente, ma è a rischio elevato di sviluppare eventi avversi: perdita dell'autonomia, ospedalizzazione e morte. Gli anziani che vivono "sul filo del rasoio" rappresentano il 10% degli over-65 e si distinguono sia dagli anziani in buona salute che da quelli già disabili. Negli ultimi 10 anni, la ricerca in ambito geriatrico ha sviluppato strumenti affidabili per l'identificazione della fragilità in fase precoce, sia tramite indici semplici, come la velo-

rità del cammino e la forza muscolare, sia tramite la misura di marker biologici. Studi rigorosi hanno dimostrato che lo screening della fragilità negli anziani è molto più utile rispetto ad approcci tradizionali basati sulla ricerca di singole condizioni di rischio, come ipertensione arteriosa o diabete. Una volta identificati, gli anziani fragili possono essere sottoposti a una valutazione multidimensionale geriatrica, per identificare i motivi che hanno condotto alla fragilità (problemi medici, deficit cognitivi, disturbi dell'umore) e per proporre interventi preventivi mirati efficaci.

**Enrico Mossello**  
Uf Gerontologia e geriatria,  
Università degli Studi di Firenze  
**Stefania Bandinelli**  
Uo Geriatria Asl 10 Firenze,  
Principal Investigator Inchianti Study

### L'IDENTIKIT DEL PROGETTO: ESPERIMENTO IN DUE «SDS»

Il progetto «La prevenzione della disabilità nell'anziano ad alto

rischio di declino funzionale», avviato nel marzo 2010, vede la partecipazione di: Ars Toscana (capofila), Agenas, cattedra di Geriatria dell'Università di Firenze, Uo Geriatria dell'Asl Fiorentina, Sds Valdichiana Senese, Sds Fiorentina Sud-est. Obiettivo del gruppo di progetto sono la definizione e la sperimentazione nelle due Sds di modalità di individuazione degli anziani fragili da indirizzare a interventi mirati di prevenzione della non autosufficienza. Un questionario di screening postale autocompilato rileva la presenza di alcuni fattori di rischio per la disabilità, che identificano l'anziano fragile. Ai positivi allo screening viene proposta una valutazione multidimensionale, effettuata da infermieri o assistenti sociali, volta alla conferma della condizione di fragilità e all'individuazione di specifiche criticità (a esempio difficoltà motorie, deficit cognitivo, scarsa rete sociale). I risultati della valutazione, inoltrati sotto forma di scheda sintetica al medico curante e/o ai servizi sociali distrettuali, supportano questi ultimi nell'attivazione di percorsi di prevenzione integrati e sostenibili, selezionati tra quelli ritenuti di maggior efficacia secondo criteri di «Evidence-based prevention», quali a esempio l'attività fisica adattata o interventi di supporto sociale con l'aiuto del volontariato.

**Francesco Profili**  
Ars Toscana

I NUMERI DEGLI INTERVENTI

## Coinvolti oltre 23mila over-70 tra Firenze e Valdichiana Senese

La fragilità dell'anziano è stata presa in considerazione nelle zone Fiorentina Sud-est e Valdichiana Senese già nei Piani integrati di salute 2006-2008. Nello specifico furono attivati nelle due zone i progetti sperimentali «Prevenzione della disabilità negli anziani fragili», finalizzati all'individuazione di anziani a elevato rischio di perdita dell'autonomia, che potevano beneficiare di interventi mirati al rallentamento del declino funzionale e al miglioramento della qualità della vita.

La sperimentazione, conclusasi nel 2009, ha riguardato tutti gli ultrasessantacinquenni residenti in Valdichiana Senese e tutti gli ultrasessantenni residenti in quattro Comuni della zona Fiorentina Sud-Est, per un totale di circa 11.600 persone. In continuità con questa esperienza le due Società

della Salute hanno aderito al progetto del Ccm 2009.

La sperimentazione nelle Sds dei nuovi strumenti definiti dal gruppo di progetto ha preso avvio ad aprile 2011 e riguarderà 13.644 persone 75-84enni nella zona Fiorentina Sud-est e 9.970 persone 70-84enni nella Valdichiana Senese.

La realizzazione di questi progetti richiede una forte integrazione socio-sanitaria e coinvolgerà, oltre al personale deputato alle procedure di screening (dipendenti della Società della Salute in Valdichiana Senese e infermieri della cooperativa Il Sole nella Fiorentina Sud-est), assistenti sociali e medici di medicina generale che riceveranno una sintesi delle informazioni raccolte dalle Società della salute e valuteranno l'opportunità di indirizzare gli anziani verso interven-

ti specifici. A oggi le due zone hanno inviato 5.548 questionari cui hanno risposto, per il momento, circa il 33% degli anziani. Più della metà di questi, in base alle risposte fornite al questionario postale, risultano fragili e saranno contattati per un visita domiciliare volta a identificare il loro profilo di rischio, in modo da poter essere indirizzati verso interventi atti a preservare la loro funzionalità e a migliorare la loro qualità di vita complessiva.

**Anna Salvioni**  
Responsabile del progetto  
Sds Fiorentina Sud-est  
**Carla Corridori**  
Resp. Uf Segretariato sociale  
e responsabile progetto  
Sds Valdichiana Senese

IL RUOLO DEL CENTRO

## Così il Ccm è in cerca di una vecchiaia «sana»

In linea con le più recenti politiche europee sull'invecchiamento, anche nel nostro Paese le scelte di ricerca e di azione nel settore si sono sviluppate intorno a una serie di tematiche, riassumibili come segue:

- promuovere stili di vita e comportamenti positivi/salutari;
- prevenire le condizioni di rischio;
- prevenire la progressione verso la malattia;

- prevenire aggravamento e recidive;
- prevenire il peggioramento della qualità della vita nelle fasi finali dell'esistenza.

Questi concetti sono alla base della specifica programmazione di ricerca-intervento promossa negli ultimi anni dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), organismo incardinato nel ministero della Salute che si coordina con le Regioni nella gestione delle attività progettuali di sorveglianza e prevenzione, e della conseguente valutazione di efficacia degli interventi messi in atto. Focalizzandosi sulla "cultura dei risultati", che ricerca le "evidenze" per fornire informazioni precise, tempestive e calibrate sulle caratteristiche e sulle dinamiche territoriali dei fenomeni di interesse per la salute pubblica, il Ccm promuove dunque «informazione per l'azione».

Da un rapido excursus sui progetti finanziati negli ultimi anni dal Ccm sul tema dell'invecchiamento, è facile evincere che si è cercato di supportare una ricerca ad ampio spettro, che prendesse in considerazione il parametro dell'invecchiamento attivo e in buona salute, ma anche il concetto di fragilità, e il rischio di progressione verso la perdita di autonomia, con lo scopo di promuovere tutti gli interventi volti a mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita, nonché di attivare tempestivamente misure di contrasto alla non autonomia, agendo con iniziative di supporto all'anziano fragile e al contesto in cui vive.

In questa cornice si inserisce il progetto «La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale» che, con fondi Ccm 2009, è stato affidato al coordinamento dell'Agenzia regionale di Sanità della Toscana, e che rappresenta un fondamentale anello di congiunzione fra gli studi che individuano e promuovono stili di vita salutari e quelli che affrontano il problema della diffusione delle migliori pratiche di cura per chi sia già inserito nel circuito assistenziale, tanto domiciliare che di ricovero o in istituzione.

**Teresa Di Fiandra**  
Ministero della Salute, DG Prevenzione

*Negli ultimi anni  
molte ricerche  
sull'invecchiamento*

FIRENZE

Diagnosi precoce al Meyer per il difetto di adenosina-deaminasi

# Malattia rara stanata dal test



L'immunodeficienza è individuata senza possibilità di falsi positivi

**S**coperto il test precoce che permette, a sole 48 ore di vita, di diagnosticare una delle più gravi immunodeficienze congenite, quella dovuta al difetto di adenosina-deaminasi. Il test, sviluppato da tre ricercatori dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer e dell'Università di Firenze, unico al mondo per semplicità, basso costo ed elevata precisione di diagnosi, ha un'importanza così elevata nel mondo scientifico internazionale da essere stato di recente pubblicato su una delle più prestigiose riviste di Immunologia internazionali: il Journal of Allergy and Clinical Immunology (2011, Jun, 127(6) 1394-9).

Il test, frutto della ricerca resa possibile dal finanziamento che Regione Toscana ha stanziato mediante il bando «Salute 2009», è diventato un brevetto già registrato in tutti i Paesi del mondo. Il test diagnostico precoce nasce per dare risposta immediata alla malattia rara che quando si manifesta ha un impatto devastante nella vita del bambino e della famiglia. Il test discrimina in maniera assoluta i bambini affetti da questa grave immunodeficienza, individuando in una goccia di sangue prelevata a sole 48 ore di vita con una piccola puntura del tallone, i metaboliti tossici che causano la malattia. La differenza tra il soggetto malato

e il soggetto sano è talmente elevata - i livelli dei biomarcatori oggetto del test sono così diversi tra sano e malato (fino a 100.000 volte più alti nel malato) - che non è possibile sbagliare. Non esistono quindi, con questo test, falsi positivi o negativi. Non esiste quindi costo associato al richiamo di pazienti non malati. Questo consente di individuare la malattia in fase precocissima della vita, consentendo da subito di effettuare una terapia risolutiva che evita i danni permanenti che si assocerebbero alla loro prima e devastante manifestazione.

Il costo irrisorio e l'alta specificità e sensibilità, aspetti caratterizzanti del nuovo metodo, lo rendono

no sostenibile e immediatamente utilizzabile, tanto che è oggi già applicato a tutti nuovi nati della Toscana e può essere esteso sia a livello nazionale che internazionale. Il test sviluppato al Meyer, nell'ambito del programma Regione Toscana-Università, è destinato a rivoluzionare la diagnosi di questa rara immunodeficienza. Lo studio effettuato su 12mila soggetti sani e 4 bambini affetti da questo difetto ne ha verificato l'estrema efficacia e precisione.

**Roberta Rezoalli**  
Ufficio Stampa Aou Meyer Firenze

AREZZO

## Il robot Da Vinci del San Donato fa scuola agli urologi di 5 Regioni

**T**ra i 53 i robot Da Vinci installati in Italia, quello del San Donato fa registrare un utilizzo tra i più intensi. La Ab Medica, la società che distribuisce e gestisce questa tecnologia, ha indicato il team guidato da Michele De Angelis, direttore Urologia dell'Asl aretina, come ideale per formare chirurghi di altre Regioni italiane impegnate su questo fronte.

tecnica robotica.

Con il robot Da Vinci gli urologi aretini eseguono interventi di prostatectomia radicale per cancro prostatico, al tumore del rene con resezione parziale e salvataggio dell'organo o asportazione radicale, dalle malformazioni genitourinarie (stenosi del giunto) alla linfoadenectomia per tumori del testicolo. Tutti interventi di alta complessità. La partenza a pieno regime in questa attività dopo la installazione del robot, è stata possibile

«Per questo primo corso che ho organizzato assieme a Filippo Annino - afferma Michele De Angelis - abbiamo ospitato per due giorni specialisti provenienti dalla Campania, Lombardia, Lazio e Umbria, interessati ad apprendere le tecniche da noi utilizzate per abbattere la curva di attesa e che ci hanno permesso di eseguire 63 interventi in sei mesi».

Il corso, che ha preso il via a metà luglio, ha visto una prima sessione teorica e poi il trasferimento nelle sale chirurgiche del San Donato e la possibilità di seguire l'attività pratica degli urologi aretini con il robot. Assieme ai chirurghi delle quattro Regioni, ad Arezzo anche infermieri di sala che si stanno specializzando proprio nella assistenza necessaria nelle sale operatorie con la

**Specializzazione prevista anche per gli infermieri**

sciuto professionalmente nel centro di urologia dell'ospedale St. Augustin di Bordeaux, con Richard Gaston, pioniere della chirurgia robotica, massima autorità europea in questa disciplina. Ad Arezzo il robot Da Vinci è stato acquisito, a differenza di altri centri italiani, con la doppia consolle e questo consente di fare formazione, creando una vera e propria scuola dedicata al professionisti di questa innovativa tecnica.

**Pierluigi Amorini**  
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

LIVORNO

## Immagini diagnostiche all'avanguardia con la nuova risonanza a Piombino

**I**naugurata all'ospedale Villa Marina la nuova risonanza magnetica nucleare (Rnm) che ha sostituito, da alcune settimane, la precedente apparecchiatura. «La nuova macchina - dice Irio Galli, direttore del presidio ospedaliero di Piombino - garantirà un miglioramento quantitativo e qualitativo delle prestazioni diagnostiche offerte, migliorando la definizione delle immagini. Non posso che ringraziare chi si è impegnato per raggiungere questo traguardo: dall'area tecnica al dipartimento dei servizi alla direzione dell'azienda».

La nuova risonanza magnetica, costata circa 2 milioni comprensivi dei lavori necessari, è stata collocata al piano terra dell'ospedale nei locali completamente ristrutturati e ampliati della Radiologia. «La nostra azienda - spiega il direttore generale dell'Asl 6 Livorno, Monica Calamai - è impegnata da tempo in un percorso più complessivo di ulteriore qualificazione della diagnostica che ha portato a potenziare l'offerta con l'acquisizione di tre nuove macchine nei presidi ospedalieri di Livorno, Cecina e appunto Piombino. Si tratta di un investimento importante in tecnologia al quale ne seguiranno

ben presto altri per l'incremento delle risorse umane per sfruttare al meglio quanto a nostra disposizione e arrivare a una offerta che possa essere attrattiva non solo per la Val di Cornia. Altro discorso meritano, poi, le liste di attesa. Nella lotta per la riduzione dei tempi servono sicuramente risorse umane e tecnologiche adeguate, ma ciò sarebbe vanificato, se non vi corrispondesse un analogo sforzo nel migliorare l'appropriatezza delle richieste di esame evitando un iper-consumo».

**L'offerta sarà attrattiva non solo in Val di Cornia**

Le potenzialità della nuova Rnm sono state illustrate da Andrea Fagioli, responsabile della Uo diagnostica per immagini di Piombino. «Si tratta di una macchina da 1,5 Tesla - dice - che permetterà un maggior livello di dettaglio delle immagini rilevate e quindi possibilità di diagnosi sempre più raffinate. Il nostro reparto ha eseguito nel 2010 circa 60mila prestazioni comprensive di Tac, Rnm, ecografie e altri esami. Le nuove risorse a disposizione, una volta a regime, ci permetteranno di migliorare ulteriormente i risultati raggiunti».

**Pierpaolo Poggianti**  
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

PISA

## Formazione continua e intensiva per gli operatori del Dea di Cisanello

**S**ono medici e infermieri, tecnici e operatori socio-sanitari, portano camici di colore diverso ma sono la squadra dell'emergenza-urgenza che lavora 24 ore su 24 nel nuovo Dea-Dipartimento emergenza-accettazione di Cisanello. Ma per essere pronti a raccogliere le sfide che ogni giorno giungono al triage, per essere al passo con i tempi e con l'innovazione sempre più veloce delle tecnologie, con le nuove scoperte scientifiche e i risultati della ricerca, con i cambiamenti organizzativi e sociali, occorre aggiornarsi continuamente, formarsi sul campo per offrire ai cittadini servizi sempre più efficaci, integrati e appropriati. Per questo

ca che i professionisti del Ps hanno avuto la possibilità di partecipare mediamente a 4 o 5 eventi, di quelli programmati, compatibili con l'impegno lavorativo. Gli eventi accreditati sono stati 27, articolati in cicli: dall'accoglienza e presa in carico del cittadino alla gestione del politraumatizzato, dalla simulazione di situazioni di emergenza in Ps e medicina d'urgenza agli audit clinici.

Non sono mancati approfondimenti sul triage, la gestione del dolore e il corso di Paolo Groff, direttore del Ps e medicina d'urgenza di San Benedetto del Tronto e consigliere Simeu (Società italiana medici emergenza urgenza), dedicato

**Già realizzati 27 eventi, altri 18 al via a settembre**

l'Uo di Pronto soccorso e medicina d'urgenza, diretta da Massimo Santini ha programmato, a partire da gennaio, subito dopo il trasferimento nella nuova sede del Dea diretto da Eugenio Orsitto, un'intensa attività formativa pensata e organizzata a piccoli gruppi, nell'area dove gli operatori prestano servizio quotidiano, dove le attività sono frenetiche e h24. I numeri parlano chiaro: le attività formative rivolte a medici, infermieri, Oss, svolte nella prima parte dell'anno hanno visto 445 partecipazioni, ciò signifi-

ca alla tecniche di ventilazione non invasiva in Pronto soccorso, che sarà replicato il 20 settembre. Da settembre ci saranno altri 18 eventi, programmati e accreditati dal settore formazione dell'Uo di politiche e gestione delle risorse umane, per aggiornare conoscenze e abilità degli operatori sanitari, favorire l'integrazione interprofessionale e interdisciplinare, relazionarsi in modo corretto con i cittadini.

**Emanuela Del Mauro**  
Ufficio stampa Aou Pisa

IN BREVE

▼ AREZZO

La dematerializzazione avviata dall'Asl da molti mesi ha i primi risultati: dal 18 luglio le vecchie lastre sono scomparse anche dal pronto soccorso. Alla dimissione sarà consegnata a ogni cittadino una relazione clinica con i referti delle prestazioni radiologiche eventualmente effettuate. Nella stessa relazione sarà riportata l'informazione sulla possibilità di ritirare le immagini radiologiche, su richiesta degli interessati e senza nessun costo aggiuntivo, su Cd. La richiesta dovrà essere presentata - anche da persone diverse dall'interessato - alle accettazioni radiologiche di ciascun presidio, che rilasceranno la documentazione dopo qualche giorno.

▼ PISTOIA

È stata inaugurata il 14 luglio nell'ex chiesa di San Giovanni Battista di Pistoia, la prima mostra dal titolo «La promessa» realizzata con le opere di ragazzi e ragazze del Ceis di Pistoia. Il tema deve intendersi come promessa che si fa a se stessi per poter migliorare e crescere, per imparare a porsi un obiettivo per il futuro. L'iniziativa, patrocinata dal SerT di Pistoia ha le sue radici nel progetto «Fiamma Pilota©». Attraverso un percorso di socializzazione all'arte i ragazzi sono stati guidati e condotti a esprimere il proprio stato in modo artistico. È stato dato così agli autori l'opportunità di comunicare il messaggio al mondo esterno.

▼ PISA

Il premio per il miglior lavoro per metodo e innovazione nel trattamento dei tumori del timo è stato vinto dagli specialisti dell'Aou (chirurghi toracici, pneumologi e medici nucleari) per uno studio di fase I-II sul trattamento radio-immunoterapico della fase avanzata della patologia neoplastica. L'assegnazione del premio, intitolato al chirurgo toracico giapponese Masaoka, pioniere nel trattamento dei tumori timici e autore del sistema di stadiazione che porta il suo nome, è avvenuta ad Amsterdam, al congresso dell'International thymic malignancy interest group, Società scientifica che raccoglie specialisti di diverse discipline di tutto il mondo.

CALENDARIO



LUCCA

Seminario su «eHealth e informazione sanitaria» all'Asl 2 per aggiornare gli operatori sul rapporto costruttivo con l'innovazione tecnologica, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Info: 058391971, tatiana.fabbiani@clinicabarbantini.com



FIRENZE

Riunione di aggiornamento «Migliorare la qualità del fine vita a domicilio» all'Asl per l'implementazione delle conoscenze relative agli aspetti assistenziali della comunicazione di cattive notizie, con la presentazione di casi emblematici e potenzialmente critici. Info: 0556939211, formazione.professionale@asf.toscana.it



SIENA

«La prevenzione delle infezioni ospedaliere: l'igiene delle mani - misura preventiva e buona pratica assistenziale» è il seminario che si terrà presso l'Aou di Siena. Saranno illustrate le linee guida sul lavaggio delle mani, la tecnica di lavaggio delle mani, i vari tipi di lavaggio. Info: 0577585549, d.fabbri@ao-siena.toscana.it

Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



# MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN  
CONTRI  
STUPE  
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA  
ZI  
CONTEM  
PORANEI

FILM  
E  
MUSICA

IN  
GRESSO  
LIBERO

IN  
CONTRI  
STUPE  
FACENTI

MUSICA  
E  
FILM

INTER  
NET  
PER  
TUTTI

GIOR  
NALI  
E  
RIVISTE

SERATE  
ALTER  
NATIVE

PRE  
STITO  
GRA  
TUITO

SPA  
ZI  
CONTEM  
PORANEI

IN  
GR  
LIB

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua  
[www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche](http://www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche)