

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 41 anno XII del 3-9 novembre 2009 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

Quando la salute riproduttiva non è per tutte

di Sandra Bucciardini *

Nel 2008 gli immigrati in Italia sono aumentati del 16,8% rispetto al 2007. Si tratta dell'incremento più alto mai registrato nella storia del nostro Paese, da imputare al forte aumento del numero di immigrati di cittadinanza rumena. Al 1° gennaio 2008 si contavano 3.432.651 cittadini stranieri residenti in Italia, di cui 1.701.817 maschi e 1.730.834 donne - numeri peraltro in linea con quelli di altri grandi Paesi europei - e appare significativo il peso della componente femminile della migrazione, che negli ultimi anni è aumentata non solo per la pratica del ricongiungimento familiare, ma soprattutto per le maggiori prospettive lavorative offerte dal nostro Paese.

In termini di salute riproduttiva, le difficoltà delle donne straniere sono rappresentate dalla precarietà economica, dalla mancanza di tempo per se stesse e per i propri bisogni, dalle difficoltà linguistiche, dall'inesperienza e dalla scarsa informazione sui servizi socio-sanitari locali.

Come dimostrano gli studi descritti in questa pagina, anche la Regione Toscana pone la sua attenzione a queste problematiche, soprattutto perché rispetto alle italiane, le donne straniere sono più giovani e con un livello di istruzione più basso che comporta una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi contraccettivi. No-

CONTINUA A PAG. 2

IVG Calano le interruzioni di gravidanza ma oltre il 55% riguarda donne straniere

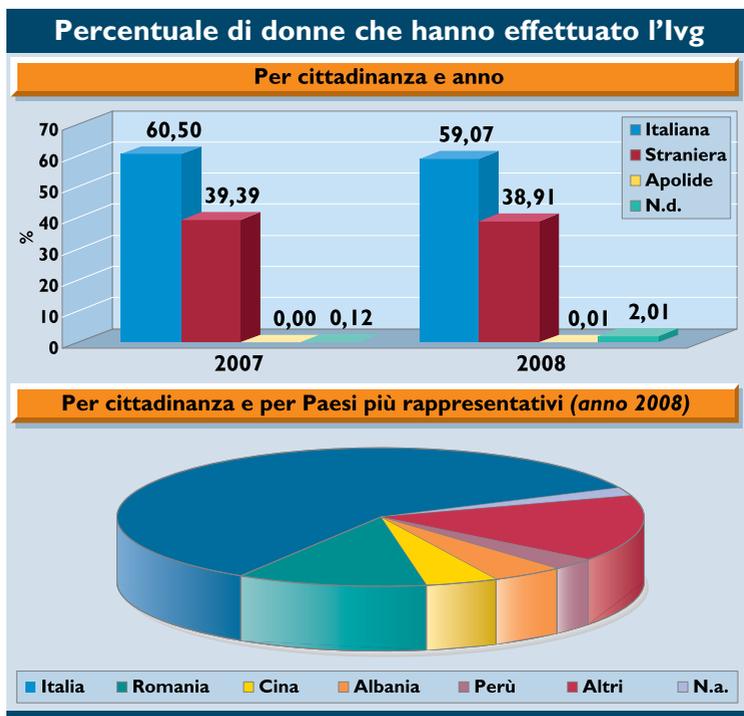
Aborto, allarme immigrate

La metà ha abortito: servono strategie per educare alla contraccezione

L'andamento nel tempo del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) nella Regione Toscana è caratterizzato globalmente da una progressiva costante riduzione (8.879 casi nel 2006; 8.508 casi nel 2007; 8.077 nel 2008) nonostante una accentuata marcata rappresentatività (39% nel 2008) del campione costituito da donne straniere. Presso l'azienda ospedaliera universitaria (Aou) di Careggi già dal 2006 le donne straniere costituiscono oltre la metà di chi ricorre alla Ivg (52% di 748 nel 2006; 55% di 740 nel 2007; 54% di 652 nel 2008; 57% di 508 nei primi 9 mesi del 2009).

La maggiore concentrazione di cittadini stranieri nell'area fiorentina, nonché la presenza di un ambulatorio dedicato alle mutilazioni genitali femminili presso l'Aou Careggi che pure "draga" molta popolazione extracomunitaria, costituiscono alcune motivazioni di questa maggiore presenza in questa struttura. I dati dell'Aou di Careggi nel periodo campione più recente (1 gennaio-30 settembre 2009) - sostanzialmente sovrapponibili a quelli riscontrati nel 2008, analizzati in termini di Paese di provenienza, epoca gestazionale a cui viene fatto ricorso alla Ivg e soprattutto storia ostetrica intesa come parità e precedente ricorso alla Ivg - possono orientare la riflessione sulle eventuali strategie di contenimento del fenomeno.

Premesso che la provenienza dai Paesi industrializzati è bassissima (2%), escludendo questi, la suddivisione del campione straniero sulla base del Continente di provenienza evidenzia nel 32% dei casi l'Asia, nel 31% l'Europa, nel 23% l'America Latina, e nel 13% l'Africa. I singoli Paesi più rappresentati sono la Cina (23%), la Romania (21%) e il Perù (17%) che insieme tra loro costituiscono il 61% del campione totale di straniere. Considerato che l'intervallo di tempo tra l'accettazione presso la struttura e la data dell'intervento è analogo tra i due gruppi, l'epoca di gravidanza a cui viene effettuato l'intervento è diversa: il 35% delle donne straniere



si sottopone entro l'ottava settimana contro il 50% del campione italiano e il 57% delle donne straniere si sottopone tra la nona e l'11esima settimana contro il 31% del campione italiano. Sebbene questo dato possa essere considerato comunque come indicatore di una maggiore attenzione alla propria salute riproduttiva tra le italiane, tuttavia non può escludere più accentuate difficoltà tra le donne straniere nell'identificazione del "luogo di approdo".

Nel confronto comparativo tra i due gruppi osservati nello stesso periodo di tempo, emerge una analoga pregressa abortività spontanea (14%), ma una significativa diversa storia ostetrica sia in termini di parità (nelle straniere il 31% non ha figli e il 40% ha più di un figlio contro, rispettivamente, il 51% e il 24% delle donne italiane), sia soprattutto di ricorso alla Ivg già in precedenza. Infatti il 49% delle straniere è già ricorso alla stessa pratica: di queste il 33% una sola volta, il 13% due volte e il 3% più di due volte, sottolineando un allarmante bisogno di educazione alla contraccezione che viceversa è molto più contenuto tra le italiane in cui il ricorso in passato alla Ivg si riscontra nel 19% dei casi, quasi sempre (17%) in un'unica occasione e, quando effettuata alla 12esima settimana, rappresenta la scelta sequenziale alla diagnosi prenatale precoce di difetti congeniti.

Valutando che il ricorso alla Ivg, soprattutto se ripetuto nel tempo, assurge questa pratica a distorta ed erronea scelta contraccettiva, il dato del ricorso multiplo alla Ivg tra le donne straniere è quello più preoccupante che necessariamente deve indurre una riflessione sulle modalità più idonee a raggiungere questa popolazione, anche in modo selettivo, sulla base delle singole culture e religioni, al fine di indurre appropriate scelte contraccettive.

Mariarosaria Di Tommaso
Ricercatore Università Firenze
Dirigente medico Daimi
Aou Careggi Firenze

ALTRO SERVIZIO A PAG. 2

PAZIENTI IN ZONE DISAGIATE

Risorse all'assistenza su monti e isole

Stanziate 10 milioni per migliorare i servizi nel biennio 2009-2010

Oltre 10 milioni investiti dalla Regione Toscana per il biennio 2009-2010 per migliorare i servizi sanitari in zone montane e isole.

Grazie all'approvazione della delibera n. 849 del 5 ottobre 2009, per la prima volta, le risorse saranno disponibili anche per quattro distretti che finora erano stati esclusi da questo tipo di finanziamenti: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina e Colline Metallifere. Inoltre, sono stati rinnovati gli accordi con l'Unione nazionale Comuni, Comunità enti montani (Uncem): il tutto per permettere ai cittadini, e in particolare alle categorie più deboli, ai non autosufficienti e ai molti anziani che vivono nelle zone montane, di usufruire con maggior facilità dei servizi sanitari offerti dalla Regione, per valorizzare le risorse umane e professionali che lavorano in queste specifiche aree geografiche, potenziare i servizi di emergenza e urgenza nei Comuni montani, e migliorare le strutture e le dotazioni tecnologiche degli ospedali.

I programmi che si svilupperanno coinvolgeranno i Comuni, le Comunità montane, le Asl e le Società della salute e un organismo tecnico sarà incaricato di monitorare e valutare i progetti interessati.

CONTROCANTO

Sinergie per una scelta consapevole

di Cristina Pacini *

La legge 194, che regola l'interruzione volontaria di gravidanza, sancita da un referendum popolare, non è mai stata applicata integralmente per un motivo squisitamente ideologico.

L'art. 2 prevede la possibilità dei consultori di collaborare con «idonee formazioni di base e di asso-

ciazioni di volontariato che possano anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita». In Toscana, come in altre Regioni, è stato applicato in rarissimi casi. Certo, chi opera nel volontariato non pretende di sostituirsi agli operatori dei consultori, ma è impensabi-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Cure gratis alle vittime di Viareggio

La Regione garantisce gratuitamente tutte le prestazioni sanitarie necessarie per la cura della salute a quei cittadini colpiti dall'incidente ferroviario avvenuto a Viareggio il 29 giugno 2009. Senza che l'operazione comporti un aumento di spesa a carico del bilancio regionale, saranno erogati anche i servizi non previsti dai Lea forniti dal Ssn. (Delibera n. 887 del 12/10/2009)

▼ Strategia contro il gioco d'azzardo

Contro il gioco d'azzardo patologico (gap) la Giunta ha stanziato 10mila euro per ogni

Asl negli anni 2009-2010. Sono state inoltre approvate le "Linee di indirizzo sugli interventi di prevenzione, formazione e trattamento del gap". (Delibera n. 860 del 5/10/2009)

▼ Contributi alla Ucp dell'Asl di Pisa

La Giunta ha stanziato un contributo di 80mila euro per proseguire fino a dicembre il progetto "Casa della salute Ucp La Rosa" dell'Asl 5 di Pisa, finanziato già per il periodo giugno-agosto 2008. Questo si è rivelato uno strumento utilissimo per la gestione delle malattie croniche. (Delibera n. 879 del 12/10/2009)

ALL'INTERNO

Ru486, lezioni da Pontedera

A PAG. 2

Bilancio "eco" per Viareggio

A PAG. 3

Al Meyer Ecmo salva-bimbi

A PAG. 7

IVG Positiva l'esperienza con la pillola abortiva utilizzata nel presidio dal 2005



Ru486, Pontedera «docet»

Oltre 400 casi e nessuna complicanza grave - Gli aborti non aumentano

L'agenzia italiana del farmaco ha autorizzato l'immissione in commercio della pillola abortiva Ru 486. Sono passati otto anni da quando iniziò a interessarsi alla possibilità di utilizzare il mifepristone e quattro da quando viene somministrata all'Ospedale di Pontedera. L'intenzione era quella di mettere a disposizione delle donne italiane, al pari di quelle di quasi tutto il mondo, una possibilità di scelta alternativa a quella chirurgica per l'interruzione volontaria di gravidanza nelle prime settimane. Vi furono forze politiche, movimenti e singole persone che sostennero l'iniziativa, spesso assai più vivacemente del sottoscritto, e tante altre che si scatenarono contro.

Segui la stesura di un protocollo clinico di utilizzo, di un dettagliato schema di raccolta del consenso informato e la messa a punto di una procedura che prevedeva, per ogni singola donna che ne aveva necessità, la prescrizione, l'invio della richiesta in originale, tramite corriere, alla casa farmaceutica a Parigi e la consegna alla farmacia dell'Asl 5 di Pisa, in cui un farmacista si occupava poi delle procedure di sdoganamento all'ufficio del medico della dogana dell'aeroporto e finalmente del recapito in ospedale e poi in reparto. Tutto ciò, data la previsione di forti azioni ostative, nel rispetto assoluto delle leggi e delle regole.

Fu organizzato un preciso e non facile percorso e iniziammo a Pontedera a fine 2005 con la procedu-

La casistica				
Anno	Somministrazione di Mifepristone con intervento chirurgico	Somministrazione di Mifepristone con Misoprostol	Somministrazione di Mifepristone	Totale
2006	12	82	49	144
2007	1	98	126	224
2008	9	112	20	141
2009	4	39	4	47

ra, tuttora in uso, che abbiamo suggerito a mezza Italia: un approfondito colloquio per il consenso informato e per le valutazioni cliniche (compresa la previsione di somministrazione prima della settimana di gestazione); il ricovero ordinario al momento della somministrazione delle compresse di mifepristone (che arresta lo sviluppo della gravidanza bloccando l'attività del progesterone); la somministrazione dopo due giorni di prostaglandine che inducono l'espulsione del materiale ovarico; e infine il controllo prima della dimissione, con raccomandazione di ulteriore visita dopo 14 giorni.

All'epoca il ministro della Sanità, Francesco Storace, si esibì in minacce di tutti i tipi, senza trovare però alcun appiglio per interrompere il nostro lavoro; furono i giorni cupi delle minacce anonime e

delle incursioni con volantaggi oltraggiosi in reparto, ma anche quelli della riconoscenza, allora come oggi, delle donne che avevamo aiutato.

Dopo un'esperienza di oltre 400 casi posso affermare che non vi sono mai state complicazioni né gravi né importanti e che l'accettabilità della procedura, verificata attraverso una nostra indagine, è stata elevatissima. Ovviamente non vi è stato alcun aumento del numero delle Ivgs, anzi, una diminuzione nel totale e maggiormente di quelle chirurgiche passate al farmacologico.

Con l'autorizzazione dell'Aifa, non essendo più legati ai viaggi del corriere Pisa-Parigi-Pisa, potremo procedere a somministrazioni in più giorni: si ridurrà l'affollamento, vi saranno meno esclusioni per il superamento dei tempi massimi gestazionali e

si alleggerirà nettamente la parte burocratica e i costi collegati.

Ma di tutta questa vicenda, resta l'amaro di uno scontro che ha sottratto energie all'obiettivo di offrire un sostegno verso una sessualità consapevole e una contraccezione efficace. L'atteggiamento non solo di condanna ma di desiderio e di ricerca di una dura punizione contro chi opera una scelta autonoma non condivisa, è ben manifesto in alcuni soggetti che ci hanno avvertito. Dapprima hanno levato gli scudi contro «l'aborto facile», poi, persa la causa per l'evidenza che un aborto non è mai facile per nessuna donna, hanno cercato di terrorizzare con «l'aborto pericoloso» (ma mai quanto un'aspirina), quindi cantato vittoria per aver, almeno sulla carta, costretto le donne a subire tre giorni di ricovero quando scelgono l'aborto farmacologico.

Credo purtroppo che con questo atteggiamento di sopraffazione, intolleranza, violenza, falsità e ipocrisia, lo scontro continuerà su temi come la contraccezione post-coitale, nota come pillola del giorno dopo, sulla rianimazione dei grandi prematuri e oltre. Da parte mia, continuerò a battermi per la causa di una maternità e genitorialità felice e non coatta.

Massimo Srebot
Direttore di Ostetricia e ginecologia
Asl 5 Pisa

OBIETTIVO PREVENZIONE



ISTITUTO PER LO STUDIO
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

DIFFERENZIALI SOCIO-ECONOMICI NELLA SOPRAVVIVENZA DA TUMORE ED EFFETTO-SCREENING

Nei giorni scorsi si è tenuta a Firenze una conferenza organizzata da Isp e Itt focalizzata sui fattori sociali ed economici che influiscono sull'insorgenza dei tumori e sui successivi percorsi di diagnosi e cura. Il sistema sanitario italiano è universalistico, ma ciò non garantisce che l'accesso a prevenzione e cure sia effettivamente offerta in maniera equanime. Anzi, sempre di più si hanno segnalazioni che la spinta naturale del sistema porta a una divaricazione crescente.

Un numero speciale del British Journal of Cancer (Volume 99, Issue S1 2008) segnala come la sopravvivenza dopo la diagnosi di un tumore sia differente a seconda dello strato sociale di appartenenza (più bassa nei livelli più deprivati) e che questo gap si va allargando negli anni recenti. La sopravvivenza nel caso dei tumori dipende da due fattori: precocità della diagnosi e qualità delle cure. Entrambi questi fattori possono essere diversamente fruibili dalla popolazione a seconda del proprio livello socio-economico ed è necessario valutare quali siano gli interventi che consentono di ridurre questo differenziale. Alla conferenza sono state presentate le prime analisi di questi differenziali: il lavoro si è concentrato per il momento sul Comune di Firenze e ha utilizzato per classificare il livello socio-economico dei singoli

casi il livello socio-economico della sezione di censimento di residenza. Il confronto è stato effettuato analizzando gli esiti di salute (incidenza e sopravvivenza dei tumori) tra il terzo della popolazione più deprivato con gli altri due terzi.

Un'attenzione particolare è stata posta all'analisi della sopravvivenza, essendo il parametro che più risente dell'attività dell'intero sistema sanitario. Quello che si osserva considerando i tumori insorti negli anni 1997-2002 nel comune di Firenze è che i casi di tumore insorti in soggetti residenti nel terzile più deprivato avevano una probabilità di sopravvivere a 10 anni ridotta rispetto ai soggetti meno deprivati. Interessante notare che tale differenziale negativo (dell'ordine del 20-25%) era presente solo nei casi di tumore a discreta o buona prognosi (definiti come quelli con sopravvivenza a 10 anni superiore rispettivamente al 33% o al 66%), mentre nessuna differenza viene riscontrata per i tumori a prognosi pessima (sopravvivenza relativa a 10 anni < 33%). Bisogna inoltre tenere conto che il metodo di analisi (usando l'aggregato della sezione di censimento) tende a sottovalutare la differenza reale. È ipotizzabile che quando l'analisi si estenderà dal Comune di Firenze ad altre aree della Toscana tale differenziale si allargherà.

Inoltre è stato presentato il caso del tumore della mammella nel Comune di Firenze e l'impatto su questo aspetto del programma di screening. In questo caso l'analisi è stata fatta studiando la sopravvi-

venza causa specifica di una serie temporale più lunga. Sono stati infatti inclusi i casi di tumore della mammella incidenti in un periodo prima dello screening (1985-1986) e quelli successivamente alla attivazione del programma di screening (il programma di screening inizia nel 1991). Inoltre sono state considerate 2 fasce di età: una interessata dallo screening (50-74 anni) una no (0-49 anni). Nel 1985-86 un caso insorto nel terzo della popolazione più deprivato aveva una probabilità di sopravvivere per quel tumore a 10 anni dalla diagnosi di quasi 12 punti percentuali inferiore rispetto agli altri due terzi della popolazione sotto i 50 anni e di 15 punti fra i 50 e i 74 anni. Quindi nella fascia d'età oggetto dello screening le differenze si sono annullate. Dopo 12 anni si può notare come tale differenza sia sostanzialmente ancora presente sotto i 50 anni, mentre sia scomparsa sopra tale età. Questi sembrano dati evidenti, che dimostrano come esperienze ben condotte di medicina di iniziativa - e i programmi di screening oncologico sono forse il migliore esempio - possono ridurre le disuguaglianze sugli esiti di salute.

Gianni Amunni
Direttore operativo Istituto toscano tumori
Carolina Cuzzoni
Direttore Sanitario Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica
Marco Zappa
Direttore Osservatorio Nazionale Screening

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

le che, come oggi accade, il solo fatto di lasciare qualche volantino o attaccare una locandina (dove è possibile farlo) possa essere esaustivo di quanto auspicato dall'art. 2 e cioè affrontare insieme alla donna «le cause che potrebbero indurre all'Ivg».

Dalla mia esperienza posso senza dubbio affermare che esiste la possibilità concreta di evitare che la donna viva questo dramma. Emerge chiaramente che i consultori, da dove vengono rilasciati i certificati d'aborto, non funzionano come potrebbero e dovrebbero: non esiste la volontà di un'attenzione specifica alla donna, il colloquio è lasciato alla genericità e alla responsabilità dell'operatore, non vi sono protocolli redatti che potrebbero aiutare in una let-

tura reale del fenomeno. Non deve restare traccia dell'accaduto.

Per non parlare poi della prevenzione all'Ivg: nessuna indicazione, nessun colloquio dopo l'aborto, pochi interventi mirati a far sì che l'aborto non sia utilizzato come metodo contraccettivo, specialmente tra le donne immigrate, dove questo problema è assai diffuso.

Anche la decisione di usare la Ru486 è dettata dalla possibilità di fare tutto molto più in fretta e lasciando alla donna il compito di «far da sé». Un aborto «medicalmente assistito» e quasi invisibile, un fatto privato che non deve riguardare nessuno, solo la donna. E resterà solo nel suo cuore e nella sua vita.

Uno dei limiti maggiori dell'ap-

plicazione della 194 in Toscana resta l'incapacità e/o la non volontà di creare quella sinergia con il volontariato per la vita che, anzi, è visto come contrastante con lo spirito della 194, richiamando scontri ideologici inutili e assurdi. Credo che alla Sanità toscana, fiore all'occhiello dell'Italia, manchi sotto questo aspetto il coraggio di credere davvero nella possibilità di ridurre al minimo la «necessità» di rinunciare al figlio.

La decisione, che resta sempre e comunque, presa o subita, alla donna, può e deve essere consapevole e mai obbligatoria. Per far sì che questo accada realmente però, bisogna crederci fino in fondo.

* Consigliera Pd Regione Toscana

Quando la salute riproduttiva... (segue dalla prima pagina)

nostante questo, le donne straniere si rivolgono ai servizi socio-sanitari locali in misura maggiore rispetto a quelle italiane. Infatti i consultori negli ultimi anni stanno acquistando un ruolo sempre più importante, prevalentemente determinato dal contributo di donne straniere che ricorrono a tale servizio.

I motivi del ricorso ai consultori sono rappresentati soprattutto dalla gravidanza, nonché dalla contraccezione e dalla interruzione volontaria di gravidanza (Ivg). Dall'analisi dei dati nazionali estratti dalla Relazione del ministero della Salute sul fenomeno Ivgs emerge una stabilità negli ultimi anni del ricorso a Ivgs in Italia. In realtà stiamo assistendo a una forte riduzione del fenomeno nelle donne italiane a fronte di un incremento del numero di interventi eseguito da donne straniere.

Alla luce di questi dati, risultano necessari specifici interventi di Sanità pubblica, attraverso la messa in rete di strutture e servizi di facile accesso, in grado di offrire un adeguato «counseling» sui metodi contraccettivi, anche con la formazione di mediatori culturali e lo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, in modo da coinvolgere le comunità di donne straniere e di valorizzare l'educazione tra pari. Solo attraverso informazione e potenziamento dei servizi adeguati come i consultori, sarà possibile una riduzione del ricorso all'Ivg analoga a quella osservata nelle cittadine italiane durante tutto l'arco temporale a partire dall'introduzione della legge 194/78.

* Dirigente medico Daimi Aou Careggi

SSR AI RAGGI X Nel Bilancio ecologico dell'Asl il check su consumi e gestione rifiuti

Il cuore verde di Viareggio



Appropriatezza sotto controllo: stretta su energia ed emissioni di CO₂

Fin dall'inaugurazione del nuovo "Ospedale Versilia" nel giugno 2002 l'Asl 12 di Viareggio ha avuto una grande attenzione agli aspetti dell'uso razionale dell'energia di un complesso di grande volume e di grande complessità tecnologica e distributiva.

Gli ospedali oggi rappresentano degli edifici in cui è necessario garantire un'elevata qualità dell'aria interna che garantisca la non trasmissione di germi o batteri specialmente nei locali speciali quali sale operatorie, terapie intensive ecc. Queste particolarità li rendono strutture particolarmente "energivore", in cui è necessario tenere sotto controllo l'uso dell'energia anche per i suoi effetti sull'ambiente esterno.

Il Bilancio ecologico dell'Asl 12 di Viareggio rappresenta la valutazione, in termini economici ma anche in termini di emissioni di CO₂, delle molte azioni di Riduzione e Regolazione del sistema impiantistico dell'ospedale "Versilia". Un rinnovato impianto di trigenerazione per la produzione combinata di energia elettrica, termica e frigorifera, le centrali termiche a condensazione con il recupero del calore dei fumi di emissione, l'utilizzo del free-cooling per il raffrescamento nelle stagioni intermedie, gli impianti di illuminazione ad alta efficienza con spegnimento automatico delle luci attraverso interruttori di presenza, una doppia alimentazione idrica

Il piano applicato nell'ospedale della Versilia

La strategia delle 3R	
1° R	Riduzione: lo studio e l'attenzione all'architettura e all'involucro edilizio per ridurre le esigenze energetiche con l'utilizzo della certificazione energetica dell'edificio
2° R	Regolazione: la corretta conduzione e regolazione degli impianti e l'appropriatezza dell'uso dell'energia attraverso sistemi operativi come il Bms e la anagrafica digitalizzata
3° R	Rinnovabili: l'utilizzo di sistemi di produzione energetica derivanti da fonti rinnovabili: pannelli solari termici, fotovoltaici, le pale eoliche, l'alimentazione a biomasse

per la rete potabile da acquedotto e per la rete industriale (wc, irrigazione giardini, ...) alimentata dal recupero dell'acqua piovana, hanno consentito, insieme a una struttura edilizia pensata per il risparmio energetico (pareti ventilate, rivestimenti "a cappotto", metrature ad alta efficienza, ...) di produrre risparmi significativi nell'uso dell'energia.

Anche in campo energetico è necessario utilizzare il concetto dell'"appropriatezza", poiché l'energia (termica, elettrica o frigorifera) va data quando serve, dove serve e nella quantità necessaria. Queste azioni hanno consentito di produrre dall'anno 2003 al 2008 una riduzione di oltre il 30% dei Tep (tonnellate equivalenti di petrolio) consumati passando da 4.819 a 3.481; mentre le emissioni di CO₂ sono passate, con analogo riduzione da 13.350 tonnellate del 2003 a 8.879 tonnellate del 2008. L'insieme delle azioni prodotte sono

inserirsi in un bilancio perché ogni intervento prodotto ha sicuramente un costo di investimento che necessita di risorse che vengono recuperate con un abbassamento dei costi di gestione, con annualità diversificate in relazione al singolo intervento.

Per ogni azione viene definito il proprio "break even point", che individua la durata del recupero dell'investimento e il momento da cui si ottiene un guano netto in termini di risparmio energetico. La redazione di un bilancio ecologico può avere la funzione di far conoscere le attenzioni e le azioni che un ente pubblico sostiene e produce, anche al fine di indirizzare i settori privati a comportamenti più virtuosi nell'uso razionale dell'energia, poiché ciò che non entra nei bilanci aziendali sono le economie "esterne" in termini di minore immissione di CO₂ nell'aria e quindi in termini di maggiore salute dei cittadini, oltre

che le economie derivanti, in termini macroeconomici, dal minor uso di combustibili derivati da idrocarburi o di energia elettrica prodotta da fonti non rinnovabili.

Nel Bilancio ecologico dell'Asl 12 di Viareggio non compaiono solo gli aspetti relativi all'energia ma anche quelli che hanno riferimento con la gestione dei rifiuti che sono articolati in tre diverse categorie: rifiuti ospedalieri speciali (provette, materiale organico, ...), rifiuti solidi urbani differenziati per le diverse tipologie, rifiuti industriali (metalli, materiali assorbenti, fibre minerali...). Grazie a una costante azione di informazione svolta dalla Direzione del presidio ospedaliero è stato possibile oggi ottimizzare questa raccolta differenziandola subito all'origine nelle singole mediche dei reparti e dei servizi dell'ospedale, con importanti livelli di risparmio nei costi di smaltimento.

In conclusione, va sottolineata l'importanza di uno strumento valutativo delle azioni in campo energetico ed ecologico in generale che può portare le singole aziende a confrontarsi con le azioni da attivare ma anche valutando il loro impatto economico sui bilanci aziendali in termini di spese di investimento e di risparmi nei conti gestione.

Stefano Maestrelli
Direttore area tecnica
Asl 12 Viareggio

GLI INTERVENTI

In corsia doppia scommessa: il futuro è solare ed eolico

L'uso razionale dell'energia si compone di una pluralità di azioni che sono in stretto rapporto tra loro anche se avvengono in termini temporali differenziati. Per l'Ospedale Versilia dopo le azioni svolte durante la realizzazione dell'edificio e gli aspetti gestionali e di regolazione costantemente gestiti in questi primi sette anni sono previsti nuovi interventi per qualificare e migliorare il complessivo bilancio ecologico dell'edificio.

I programmi operativi dei prossimi anni (2010-2012) prevedono nuove installazioni che si riferiscono principalmente all'inserimento di sistemi di produzione energetica derivata da fonti rinnovabili e di miglioramento dell'efficienza dell'impiantistica attualmente presente.

In particolare l'intervento di maggiore interesse è rappresentato dalla posa in opera e attivazione di un nuovo e importante impianto di produzione di energia elettrica tramite pannelli fotovoltaici.

Una consistente estensione che produrrà, a regime, una potenza applicata massima di circa 195 KW, una potenza equivalente a quella necessaria per servire 72 abitazioni civili in regime ordinario e un risparmio energetico pari a 50,2 tonnellate equivalenti di petrolio/anno (Tep/anno) e una riduzione delle emissioni di anidride carbonica (CO₂) di 147.243 kg/anno. Anche se rappresenta meno del

5% delle necessità energetiche dell'ospedale, costituisce comunque un importante auto-produzione che favorisce il minor ricorso a fonti energetiche non rinnovabili. L'energia prodotta, visto i notevoli consumi ospedalieri, sarà tutta utilizzata in autoconsumo, elevando così il livello di risparmio di bilancio.

Il secondo intervento innovativo prevede l'installazione di un impianto eolico, di minore importanza energetica, ma simbolico dal punto di vista dell'uso delle energie alternative. Una potenza nominale di 3 kW con una produzione annua di circa 5.000 kWh: un risparmio energetico di circa 1,2 Tep/anno e minori emissioni di CO₂ di 3.700 kg/anno.

Un ulteriore intervento previsto nel prossimo triennio è relativo alla implementazione dell'impianto di trigenerazione. Questo programma prevede la installazione di un secondo cogeneratore alimentato a metano, che produce sia energia elettrica che energie termica collegato a una macchina del tipo "assorbitore" che trasforma il calore pervenuto dal cogeneratore in energia frigorifera e acqua refrigerata. Un investimento importante per il quale si prevede, data la sua alta efficienza, un ritorno in un tempo relativamente breve di circa due anni e mezzo (trenta mesi).

Questo inserimento rende, inoltre, più efficiente il sistema energetico complessivo, grazie al completo utilizzo, nelle diverse forme, dell'energia prodotta. (termica, elettrica e frigorifera). Le minori emissioni di CO₂, a seguito dell'implementazione della trigenerazione sono pari a circa il 22% dell'attuale.

Questi tre interventi rappresentano il principale lavoro per migliorare l'uso razionale dell'energia nel prossimo triennio di vita dell'Ospedale Versilia, unitamente ad alcuni interventi minori per la messa in opera di motori elettrici ad alta efficienza, e quindi a minor consumo e per la sostituzione di alcuni impianti di condizionamento localizzati con impianti ad alta efficienza tipo Variable Refrigerant Volume/Variable Refrigerant Flow (Vrv/Vrf).

Serve comunque ricordare che le nuove predisposizioni impiantistiche sono necessarie per una maggior efficienza degli impianti, ma che senza una adeguata gestione e regolazione dei dispositivi, che massimizzi gli effetti degli investimenti, gli stessi risulterebbero non proficui e quindi dannosi dal punto di vista economico.

Stefano Pasquucci
Ufficio stampa Asl 12 Viareggio

DAL RICAMBIO DELL'ARIA ALLA RACCOLTA DELL'ACQUA PIOVANA: TUTTE LE MISURE IN PISTA

E il nuovo ospedale diventa un laboratorio «eco»

L'Asl 12 di Viareggio ha avuto l'opportunità di sperimentare nuovi approcci tecnici e gestionali per l'uso razionale dell'energia nel complesso processo di progettazione e costruzione del nuovo Ospedale della Versilia. Opportunità che hanno consentito di sperimentare direttamente le indicazioni, i suggerimenti e gli stimoli della Regione Toscana e dell'assessore alla Sanità, Enrico Rossi, che sostengono con forza la necessità del risparmio energetico, sia per economie interne al Servizio sanitario della Toscana, sia per promuovere nuovi modelli economici basati sulla sostenibilità dell'ambiente.

Oltre a quella dei cittadini, quindi, ci stiamo prendendo anche cura della salute ambientale, cercando di affiancare ai nostri interventi e ai progetti a cui stiamo lavorando l'effettivo coinvolgimento della comunità versiliese. Obiettivo che vogliamo raggiungere attraverso un'informazione trasparente e accessibile a tutti. Riteniamo, infatti, che l'ecologia abbia sempre di più un ruolo fondamentale nella soluzione dei tanti problemi che caratterizzano negativamente la società moderna.

Lo facciamo, come ampiamente descritto in questa pagina, curando, ad esempio, il ricambio dell'aria (in questo periodo, oltretutto, sono stati installati speciali filtri che garantiscono il blocco delle particelle di dimensioni pari a 0,08 micron, le dimensioni con cui normalmente si presenta il virus dell'influenza AH1N1) e la filtrazione dell'aria viziata espulsa. Lo facciamo con l'impianto di raccolta dell'acqua piovana, con l'utilizzo delle acque di falda per i vari impianti dei wc, dell'irri-



gazione e dell'antincendio, con le auto e le centrali termiche alimentate a metano, con gli impianti termici solari, con le centrali termiche a condensazione, con l'autoproduzione di energia elettrica (trigenerazione), con il recupero energetico differenziato tra estate e inverno, con la gestione e la programmazione integrata e computerizzata degli impianti, con la raccolta differenziata delle varie categorie di rifiuti e con tanti altri interventi in continua evoluzione.

Un impegno e un'attenzione che ci hanno spinto, inoltre, a dare alle stampe un libretto di 28 pagine, volutamente sintetico e immediato, all'interno del quale è possibile trovare

una prima valutazione dei risultati ottenuti e delle attività programmate per il biennio 2009-2010.

Uno strumento importante - curato dall'ingegner Stefano Maestrelli e da Fabrizio Maggiorini che si sono avvalsi della preziosa collaborazione dell'ingegner Stefano Matteucci - che stiamo provvedendo a distribuire a livello locale, regionale, nazionale e che gli interessati potranno richiedere gratuitamente scrivendo a uff.stampa@usl12.toscana.it.

Giancarlo Sassoli
Direttore generale
Asl 12 Viareggio

DOCUMENTI La Regione investe risorse per migliorare nel biennio 2009-2010 i servizi sanitari ai cittadini nelle zone geografiche più disagiate



Isole e montagna incassano fondi per 10,6 milioni

Erogazioni subordinate alla valutazione dei progetti presentati dalle aziende sanitarie e concordati con sindaci e Comunità montane

IL TESTO DELLA DELIBERA

Pubblichiamo la delibera n. 849/2009, "Governo delle specificità geografiche: aree insulari e montane. Modalità di presentazione dei progetti, assegnazione risorse per il 2009, approvazione Accordo con Uncem Toscana".

LA GIUNTA REGIONALE

Delibera

1) di accantonare sul fondo sanitario regionale, destinandola alla progettazione di interesse regionale "il governo delle specificità geografiche: aree montane e insulari" per l'anno 2009, la somma complessiva di euro 10.682.209,38, di cui euro 9.919.992,69 ripartite fra le Aziende UuSSL secondo i criteri individuati dal Psr 2008-2010 riportati in narrativa, ed euro 762.216,69 per progetti trasversali inter-aziendali, come da Allegato A) alla presente;

2) di subordinare l'assegnazione di tali risorse alla presentazione di progetti approvati con atto del direttore generale di ciascuna Azienda Usl e con deliberazione della Giunta della Società della salute ove costituita, nel termine del 31 ottobre 2009, secondo le indicazioni di cui al punto 9.1 "fondi speciali finalizzati" del Psr 2008-2010 e recependo quanto definito nell'innovato Accordo di cui in Allegato C) alla presente;

3) di prevedere l'istituzione di uno strumento tecnico di sostegno al monitoraggio e alla valutazione dei progetti finanziati, coordinato dalla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà della Regione Toscana, che resterà in carica fino al termine di vigenza del Psr 2008-2010 e a cui partecipano a titolo gratuito le seguenti figure professionali:
- n. 1 soggetto designato dalle Aziende UuSSL per ciascuna Area vasta;
- n. 1 soggetto designato da Uncem Toscana;
- n. 1 soggetto designato dalle Società della salute per ciascuna Area vasta;
- n. 1 soggetto designato dalle Conferenze dei sindaci per ciascuna Area vasta;

4) di includere nel procedimento di progettazione integrata di livello aziendale, in ragione della loro bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale, altri quattro distretti territoriali montani finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

5) di approvare lo schema di Proto-

collo d'Intesa tra la Regione Toscana e ciascuno dei quattro distretti di cui al punto 4), secondo lo schema in Allegato B) al presente atto;
6) di approvare lo schema di Accordo fra Regione Toscana e Uncem Toscana, Allegato C) alla presente, che innova modificandolo quello precedente;
7) di autorizzare il Presidente della Regione Toscana o suo delegato a sottoscrivere i predetti accordi e protocolli;

8) di prenotare le risorse necessarie al finanziamento dei progetti di cui al punto 1 pari a euro 10.682.209,38, di cui euro 6.000.000,00 disponibili sul capitolo 26061 del bilancio gestionale 2009 ed euro 4.682.209,38 per i quali è in corso storno dal capitolo n. 24047;
9) di dare atto che successivi impegni di spesa saranno subordinati all'adozione dell'atto deliberativo di variazione di bilancio.

Uncem ha ribadito l'opportunità di sensibilizzare sul tema della montagna, che consenta maggior informazione e partecipazione a scelte influenti sui territori così particolari e importanti per l'equilibrio complessivo del sistema, anche in relazione al mantenimento in loco delle condizioni vitali in termini generali e sanitari in particolare per i residenti e per gli "utenti" degli ambienti naturali;
In data Regione Toscana e Uncem hanno sottoscritto un Accordo valido per gli anni 2009-2010, che individua in dettaglio rinnovate procedure condivise per l'utilizzo del suddetto stanziamento regionale mediante presentazione di progetti da parte delle singole Aziende UuSSL;

Preso atto che

Il Psr 2008-2010 privilegia percorsi progettuali aziendali finalizzati al superamento delle situazioni di disagio, alla tutela dei livelli essenziali dei servizi, a individuare obiettivi specifici e misurabili, a potenziare il livello di concertazione, nonché fattibilità e compatibilità economica;

La progettazione integrata di livello aziendale dovrà perciò essere finalizzata a obiettivi condivisi di salute e all'effettiva traduzione dei bisogni correlati alle specificità territoriali;

La presentazione dei progetti da parte delle Aziende UuSSL dovrà in tal senso avvenire attraverso percorsi integrati di progettualità fra i Comuni, coinvolgendo le Conferenze dei sindaci, le Comunità montane e le Aziende UuSSL nelle articolazioni zona-distretto, e all'interno delle Società della Salute, ove costituite;

Preso altresì atto che

La progettazione integrata a livello di zona-distretto dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alla persona non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

La progettualità relativa agli interventi nelle zone insulari e montane non può che trovare inclusione nei Piani integrati di salute in elaborazione da parte delle Società della Salute e delle zone-distretto;

Dato atto che

Con la deliberazione e l'Accordo sopra considerati, per gli anni 2009 e 2010 sono inclusi nella progettazione integrata di livello aziendale, in ragione della loro bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale, altri quattro distretti territoriali montani finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Si prevede la stipula di singoli Protocolli d'Intesa tra la Regione Toscana e ciascuno dei suddetti quattro distretti, secondo lo schema in Allegato B) alla medesima Deliberazione;

Le parti addivengono alla sottoscrizione del presente Protocollo di intesa al fine di assumere una serie di impegni comuni reciproci sul "governo delle specificità geografiche", secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui in premessa ed in relazione ai bisogni e finalità individuati nella progettazione integrata di livello aziendale;

Le parti addivengono alla sottoscrizione del presente Protocollo di intesa al fine di assumere una serie di impegni comuni reciproci sul "governo delle specificità geografiche", secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui in premessa ed in relazione ai bisogni e finalità individuati nella progettazione integrata di livello aziendale;

Le parti addivengono alla sottoscrizione del presente Protocollo di intesa al fine di assumere una serie di impegni comuni reciproci sul "governo delle specificità geografiche", secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui in premessa ed in relazione ai bisogni e finalità individuati nella progettazione integrata di livello aziendale;

Le parti addivengono alla sottoscrizione del presente Protocollo di intesa al fine di assumere una serie di impegni comuni reciproci sul "governo delle specificità geografiche", secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui in premessa ed in relazione ai bisogni e finalità individuati nella progettazione integrata di livello aziendale;

Le parti addivengono alla sottoscrizione del presente Protocollo di intesa al fine di assumere una serie di impegni comuni reciproci sul "governo delle specificità geografiche", secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui in premessa ed in relazione ai bisogni e finalità individuati nella progettazione integrata di livello aziendale;

Le parti addivengono alla sottoscrizione del presente Protocollo di intesa al fine di assumere una serie di impegni comuni reciproci sul "governo delle specificità geografiche", secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui in premessa ed in relazione ai bisogni e finalità individuati nella progettazione integrata di livello aziendale;

Le parti addivengono alla sottoscrizione del presente Protocollo di intesa al fine di assumere una serie di impegni comuni reciproci sul "governo delle specificità geografiche", secondo gli indirizzi e gli obiettivi di cui in premessa ed in relazione ai bisogni e finalità individuati nella progettazione integrata di livello aziendale;

Tutto ciò premesso si conviene e si stipula quanto segue

Articolo 1

La premessa costituisce parte integrante del presente protocollo d'intesa.

Articolo 2
Il presente protocollo d'intesa ha validità per il biennio 2009-2010.

Articolo 3
La Regione Toscana si impegna a sostenere finanziariamente gli interventi previsti dal presente protocollo, con l'assegnazione ed attribuzione di risorse alla Azienda Usl di appartenenza della zona-distretto, in base agli indirizzi e obiettivi di cui alla deliberazione n. del e all'Accordo tra Regione Toscana e Uncem sottoscritto in data

Articolo 4
La Comunità montana si impegna a:

- tradurre secondo i bisogni locali, individuati a livello di zona-distretto, gli indirizzi e le modalità di progettazione determinati a livello regionale;
- favorire modalità di gestione integrata ed associata dei fondi stanziati a livello aziendale dalla Regione Toscana per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;
- prendere parte ai percorsi integrati di progettualità aziendale, ai suddetti fini costituiti, nella propria articolazione di zona distretto, e all'interno della Società della Salute ove costituita;

Articolo 5
I progetti elaborati in base al presente Protocollo dovranno confluire in un unico documento a livello di Azienda Usl, la quale si impegna a rispettare modalità e tempistica di presentazione come da citato Accordo tra Regione Toscana e Uncem.

Articolo 6
Le parti si impegnano a promuovere, ognuna nel proprio ambito, le iniziative amministrative necessarie alla realizzazione del presente protocollo di intesa, per quanto riguarda in particolare l'attività di monitoraggio e valutazione dei progetti finanziati, da parte dello strumento tecnico di sostegno a tal fine istituito.

Articolo 7
Eventuali modifiche al presente atto, dovute al mutare delle condizioni organizzative, delle attività poste in essere o dei contenuti finanziari stabiliti, daranno luogo a specifiche variazioni dello stesso da approvare con appositi successivi atti.

ALLEGATO C

ACCORDO PER:

"Il governo delle specificità geografiche: aree insulari e montane": programmazione degli interventi

L'anno 2009, il giorno del mese di presso la sede della Presidenza della Regione Toscana - Firenze, via Cavour 18

tra Regione Toscana, con sede in Via codice fiscale "omissis", rappresentata dal in qualità di e

Unione nazionale Comuni, Comunità, Enti montani, Uncem - Toscana, con sede in Via codice fiscale "omissis", rappresentata dal in qualità di;

Il medesimo punto del Psr 2008-2010 prevede l'attivazione di processi di condivisione/concertazione fra Aziende UuSSL, Conferenze dei sindaci, Comunità montane e Società della salute, finalizzati a individuare obiettivi condivisi di salute e all'effettiva traduzione dei bisogni correlati alle specificità territoriali;

La legge regionale della Toscana n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Il presente Accordo ha durata biennale, 2009-2010, tuttavia il verificarsi di cause di forza maggiore potranno dar luogo a variazioni nelle condizioni organizzative e/o contenuti finanziari dello stesso, da approvare con successivi atti.

Il termine per la presentazione dei progetti per l'anno 2009 è fissato alla data del 31/10/09, per l'anno successivo sarà concordato fra le parti;

I progetti elaborati sulla base dei bisogni rilevati dovranno confluire nei Piani integrati di salute, di cui costituiranno parte integrante;

Per le zone interessate dai finanziamenti sia per il criterio dell'insularità che per la presenza di Comuni montani, detti finanziamenti devono intendersi unitari e la loro eventuale suddivisione specifica fra le aree interessate dovrà essere individuata dall'Azienda Usl di concerto con la Società della salute o le Conferenze dei sindaci e le Comunità montane;

In sede di progettazione integrata a livello di zona-distretto si dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL il progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Di stipulare specifici Protocolli d'Intesa, per includere nella progettazione integrata di livello aziendale altri quattro distretti territoriali montani, finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico, ammessi in ragione della bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale, introducendo poi il concetto della programmazione trasversale integrata tra più zone, anche appartenenti ad Aziende UuSSL diverse;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL, per la quale sono stanziati specifici fondi, ciascun progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Vista:
La deliberazione di Giunta regionale Toscana n. 327 del 28 marzo 2008 "Approvazione schema d'intesa fra la Giunta regionale toscana e le parti sociali del tavolo di concertazione regionale (Società della salute, Aziende Usl e Conferenza dei sindaci) sulle linee di definizione della proposta di legge e del progetto per "l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente";

La legge regionale della Toscana n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Il presente Accordo ha durata biennale, 2009-2010, tuttavia il verificarsi di cause di forza maggiore potranno dar luogo a variazioni nelle condizioni organizzative e/o contenuti finanziari dello stesso, da approvare con successivi atti.

Il termine per la presentazione dei progetti per l'anno 2009 è fissato alla data del 31/10/09, per l'anno successivo sarà concordato fra le parti;

I progetti elaborati sulla base dei bisogni rilevati dovranno confluire nei Piani integrati di salute, di cui costituiranno parte integrante;

Per le zone interessate dai finanziamenti sia per il criterio dell'insularità che per la presenza di Comuni montani, detti finanziamenti devono intendersi unitari e la loro eventuale suddivisione specifica fra le aree interessate dovrà essere individuata dall'Azienda Usl di concerto con la Società della salute o le Conferenze dei sindaci e le Comunità montane;

In sede di progettazione integrata a livello di zona-distretto si dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL il progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Di stipulare specifici Protocolli d'Intesa, per includere nella progettazione integrata di livello aziendale altri quattro distretti territoriali montani, finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico, ammessi in ragione della bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale, introducendo poi il concetto della programmazione trasversale integrata tra più zone, anche appartenenti ad Aziende UuSSL diverse;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL, per la quale sono stanziati specifici fondi, ciascun progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Vista:
La deliberazione di Giunta regionale Toscana n. 327 del 28 marzo 2008 "Approvazione schema d'intesa fra la Giunta regionale toscana e le parti sociali del tavolo di concertazione regionale (Società della salute, Aziende Usl e Conferenza dei sindaci) sulle linee di definizione della proposta di legge e del progetto per "l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente";

La legge regionale della Toscana n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Il presente Accordo ha durata biennale, 2009-2010, tuttavia il verificarsi di cause di forza maggiore potranno dar luogo a variazioni nelle condizioni organizzative e/o contenuti finanziari dello stesso, da approvare con successivi atti.

Il termine per la presentazione dei progetti per l'anno 2009 è fissato alla data del 31/10/09, per l'anno successivo sarà concordato fra le parti;

I progetti elaborati sulla base dei bisogni rilevati dovranno confluire nei Piani integrati di salute, di cui costituiranno parte integrante;

Per le zone interessate dai finanziamenti sia per il criterio dell'insularità che per la presenza di Comuni montani, detti finanziamenti devono intendersi unitari e la loro eventuale suddivisione specifica fra le aree interessate dovrà essere individuata dall'Azienda Usl di concerto con la Società della salute o le Conferenze dei sindaci e le Comunità montane;

In sede di progettazione integrata a livello di zona-distretto si dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL il progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Di stipulare specifici Protocolli d'Intesa, per includere nella progettazione integrata di livello aziendale altri quattro distretti territoriali montani, finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico, ammessi in ragione della bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale, introducendo poi il concetto della programmazione trasversale integrata tra più zone, anche appartenenti ad Aziende UuSSL diverse;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL, per la quale sono stanziati specifici fondi, ciascun progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Vista:
La deliberazione di Giunta regionale Toscana n. 327 del 28 marzo 2008 "Approvazione schema d'intesa fra la Giunta regionale toscana e le parti sociali del tavolo di concertazione regionale (Società della salute, Aziende Usl e Conferenza dei sindaci) sulle linee di definizione della proposta di legge e del progetto per "l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente";

La legge regionale della Toscana n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Il presente Accordo ha durata biennale, 2009-2010, tuttavia il verificarsi di cause di forza maggiore potranno dar luogo a variazioni nelle condizioni organizzative e/o contenuti finanziari dello stesso, da approvare con successivi atti.

Il termine per la presentazione dei progetti per l'anno 2009 è fissato alla data del 31/10/09, per l'anno successivo sarà concordato fra le parti;

I progetti elaborati sulla base dei bisogni rilevati dovranno confluire nei Piani integrati di salute, di cui costituiranno parte integrante;

Per le zone interessate dai finanziamenti sia per il criterio dell'insularità che per la presenza di Comuni montani, detti finanziamenti devono intendersi unitari e la loro eventuale suddivisione specifica fra le aree interessate dovrà essere individuata dall'Azienda Usl di concerto con la Società della salute o le Conferenze dei sindaci e le Comunità montane;

In sede di progettazione integrata a livello di zona-distretto si dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL il progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Di stipulare specifici Protocolli d'Intesa, per includere nella progettazione integrata di livello aziendale altri quattro distretti territoriali montani, finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico, ammessi in ragione della bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale, introducendo poi il concetto della programmazione trasversale integrata tra più zone, anche appartenenti ad Aziende UuSSL diverse;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL, per la quale sono stanziati specifici fondi, ciascun progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Vista:
La deliberazione di Giunta regionale Toscana n. 327 del 28 marzo 2008 "Approvazione schema d'intesa fra la Giunta regionale toscana e le parti sociali del tavolo di concertazione regionale (Società della salute, Aziende Usl e Conferenza dei sindaci) sulle linee di definizione della proposta di legge e del progetto per "l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente";

La legge regionale della Toscana n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Il presente Accordo ha durata biennale, 2009-2010, tuttavia il verificarsi di cause di forza maggiore potranno dar luogo a variazioni nelle condizioni organizzative e/o contenuti finanziari dello stesso, da approvare con successivi atti.

Il termine per la presentazione dei progetti per l'anno 2009 è fissato alla data del 31/10/09, per l'anno successivo sarà concordato fra le parti;

I progetti elaborati sulla base dei bisogni rilevati dovranno confluire nei Piani integrati di salute, di cui costituiranno parte integrante;

Per le zone interessate dai finanziamenti sia per il criterio dell'insularità che per la presenza di Comuni montani, detti finanziamenti devono intendersi unitari e la loro eventuale suddivisione specifica fra le aree interessate dovrà essere individuata dall'Azienda Usl di concerto con la Società della salute o le Conferenze dei sindaci e le Comunità montane;

In sede di progettazione integrata a livello di zona-distretto si dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL il progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Di stipulare specifici Protocolli d'Intesa, per includere nella progettazione integrata di livello aziendale altri quattro distretti territoriali montani, finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico, ammessi in ragione della bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale, introducendo poi il concetto della programmazione trasversale integrata tra più zone, anche appartenenti ad Aziende UuSSL diverse;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL, per la quale sono stanziati specifici fondi, ciascun progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Vista:
La deliberazione di Giunta regionale Toscana n. 327 del 28 marzo 2008 "Approvazione schema d'intesa fra la Giunta regionale toscana e le parti sociali del tavolo di concertazione regionale (Società della salute, Aziende Usl e Conferenza dei sindaci) sulle linee di definizione della proposta di legge e del progetto per "l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente";

La legge regionale della Toscana n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Il presente Accordo ha durata biennale, 2009-2010, tuttavia il verificarsi di cause di forza maggiore potranno dar luogo a variazioni nelle condizioni organizzative e/o contenuti finanziari dello stesso, da approvare con successivi atti.

Il termine per la presentazione dei progetti per l'anno 2009 è fissato alla data del 31/10/09, per l'anno successivo sarà concordato fra le parti;

I progetti elaborati sulla base dei bisogni rilevati dovranno confluire nei Piani integrati di salute, di cui costituiranno parte integrante;

Per le zone interessate dai finanziamenti sia per il criterio dell'insularità che per la presenza di Comuni montani, detti finanziamenti devono intendersi unitari e la loro eventuale suddivisione specifica fra le aree interessate dovrà essere individuata dall'Azienda Usl di concerto con la Società della salute o le Conferenze dei sindaci e le Comunità montane;

In sede di progettazione integrata a livello di zona-distretto si dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL il progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Di stipulare specifici Protocolli d'Intesa, per includere nella progettazione integrata di livello aziendale altri quattro distretti territoriali montani, finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico, ammessi in ragione della bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale, introducendo poi il concetto della programmazione trasversale integrata tra più zone, anche appartenenti ad Aziende UuSSL diverse;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL, per la quale sono stanziati specifici fondi, ciascun progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Vista:
La deliberazione di Giunta regionale Toscana n. 327 del 28 marzo 2008 "Approvazione schema d'intesa fra la Giunta regionale toscana e le parti sociali del tavolo di concertazione regionale (Società della salute, Aziende Usl e Conferenza dei sindaci) sulle linee di definizione della proposta di legge e del progetto per "l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente";

La legge regionale della Toscana n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Il presente Accordo ha durata biennale, 2009-2010, tuttavia il verificarsi di cause di forza maggiore potranno dar luogo a variazioni nelle condizioni organizzative e/o contenuti finanziari dello stesso, da approvare con successivi atti.

Il termine per la presentazione dei progetti per l'anno 2009 è fissato alla data del 31/10/09, per l'anno successivo sarà concordato fra le parti;

I progetti elaborati sulla base dei bisogni rilevati dovranno confluire nei Piani integrati di salute, di cui costituiranno parte integrante;

Per le zone interessate dai finanziamenti sia per il criterio dell'insularità che per la presenza di Comuni montani, detti finanziamenti devono intendersi unitari e la loro eventuale suddivisione specifica fra le aree interessate dovrà essere individuata dall'Azienda Usl di concerto con la Società della salute o le Conferenze dei sindaci e le Comunità montane;

In sede di progettazione integrata a livello di zona-distretto si dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL il progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Di stipulare specifici Protocolli d'Intesa, per includere nella progettazione integrata di livello aziendale altri quattro distretti territoriali montani, finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico, ammessi in ragione della bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale, introducendo poi il concetto della programmazione trasversale integrata tra più zone, anche appartenenti ad Aziende UuSSL diverse;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL, per la quale sono stanziati specifici fondi, ciascun progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Vista:
La deliberazione di Giunta regionale Toscana n. 327 del 28 marzo 2008 "Approvazione schema d'intesa fra la Giunta regionale toscana e le parti sociali del tavolo di concertazione regionale (Società della salute, Aziende Usl e Conferenza dei sindaci) sulle linee di definizione della proposta di legge e del progetto per "l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente";

La legge regionale della Toscana n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Il presente Accordo ha durata biennale, 2009-2010, tuttavia il verificarsi di cause di forza maggiore potranno dar luogo a variazioni nelle condizioni organizzative e/o contenuti finanziari dello stesso, da approvare con successivi atti.

Il termine per la presentazione dei progetti per l'anno 2009 è fissato alla data del 31/10/09, per l'anno successivo sarà concordato fra le parti;

I progetti elaborati sulla base dei bisogni rilevati dovranno confluire nei Piani integrati di salute, di cui costituiranno parte integrante;

Per le zone interessate dai finanziamenti sia per il criterio dell'insularità che per la presenza di Comuni montani, detti finanziamenti devono intendersi unitari e la loro eventuale suddivisione specifica fra le aree interessate dovrà essere individuata dall'Azienda Usl di concerto con la Società della salute o le Conferenze dei sindaci e le Comunità montane;

In sede di progettazione integrata a livello di zona-distretto si dovrà tener conto dell'avvio del progetto della Regione Toscana sull'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, promuovendo modalità di gestione integrata e associata dei fondi stanziati per le specificità geografiche e per la non autosufficienza;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL il progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Di stipulare specifici Protocolli d'Intesa, per includere nella progettazione integrata di livello aziendale altri quattro distretti territoriali montani, finora esclusi in base alla sola applicazione dell'indice morfometrico, ammessi in ragione della bassa densità abitativa e della grande dispersione territoriale: Val di Merse, Colline del Fiora, Val di Cecina, Colline Metallifere;

Le risorse erogate dovranno essere impiegate in relazione alle esigenze complessive della programmazione zonale, introducendo poi il concetto della programmazione trasversale integrata tra più zone, anche appartenenti ad Aziende UuSSL diverse;

In caso di programmazione trasversale integrata che interessi più Aziende UuSSL, per la quale sono stanziati specifici fondi, ciascun progetto dovrà indicare anche l'Azienda Usl capofila cui attribuire la gestione del finanziamento;

Vista:
La deliberazione di Giunta regionale Toscana

AMBIENTE&SALUTE La Regione favorisce lo sviluppo del trasporto su rotaia



Cura del ferro, aria pulita

Potenziare il sistema ferroviario aiuta a ridurre l'inquinamento da traffico

In Toscana ci sono oltre 400 km di autostrade, quasi 900 di strade statali e 1.500 di strade regionali. Le infrastrutture occupano l'1,6% del territorio regionale (dato Irpet, 2007) e fatto 100 le aree urbanizzate alle infrastrutture spetta il 22% del territorio, su cui ogni giorno milioni di persone, per motivi diversi, sono in movimento e si spostano in autobus, in treno, in macchina, in motorino, in bici. A questi si aggiungono anche le merci: tonnellate e tonnellate di oggetti vanno da una parte all'altra. Trasporti e vie di comunicazione sono indispensabili agli scambi, all'economia e ai contatti anche se comportano dei problemi: traffico, ingorghi, inquinamento, asfalto e le vittime della strada.

Chi abita in città è abituato a sentir parlare ormai tutti i giorni di inquinamento, che sia dell'aria, acustico o luminoso e una buona percentuale dei primi due proviene dai trasporti. L'inquinamento atmosferico dipende da numerosi fattori quali la specifica configurazione delle strade, le caratteristiche del traffico, l'organizzazione delle strade messa in relazione all'orientamento del vento. Nelle aree urbane il traffico rende l'inquinamento atmosferico uno dei problemi più pressanti: i limiti di qualità dell'aria vengono spesso superati soprattutto nelle zone "calde" delle città quali le strade molto trafficate. Il 30% degli inquinanti atmosferici nelle aree urbane derivano dal traffico, e oltre il 25% della popolazione toscana risente degli alti livelli di inquinamento causati proprio dai mezzi di trasporto.

Analisi Irpet stimano i costi sociali di una simile situazione in oltre 500 milioni di euro; in pratica 330 euro pro capite, che gravano ogni anno su ciascun individuo dell'area urbana, a prescindere dal fatto che si sia spostato o meno e del mezzo utilizzato. Per completare il quadro a quanto detto aggiungiamo anche i "danni" da inquinamento acustico e luminoso; i livelli del primo sono addirittura peggiori nelle ore notturne e colpiscono soprattutto le aree di Firenze, ma anche Arezzo, Livorno e Pisa confermano situazioni critiche. In Toscana soltanto il 5,4% della popolazione è esposta a elevati livelli di rumore da trasporto ferroviario, e ancora più bassa è l'incidenza rispetto al traffico aereo. La popolazione esposta al rumore degli aeroporti di Pisa e Firenze



risulta un numero esiguo, se confrontata con quella danneggiata dal traffico stradale: si parla di circa 450 residenti seriamente interessati dal rumore del Vespucci e di 200 circa quelli sottoposti al frastuono del Galilei.

La Regione Toscana è da tempo operativa per arginare e se possibile migliorare il quadro appena descritto, anche in linea con quanto stabilito dalle direttive europee. Ecco quindi la rete regionale di rilevamento del Pm10 con 26 postazioni che indica a oggi un decremento significativo del numero di superamenti giornalieri consentiti, nonostante si sia ancora lontani dal centrare l'obiettivo comunitario, che fissa dal 1° gennaio del 2010 non più di 7 i giorni all'anno in cui le Pm10 superano i 50 microgrammi per metrocubo e la media annuale massima delle Pm10 sia di 20 microgrammi al metrocubo. A questo si aggiunge il Piano regionale antisismog firmato il 10 maggio 2007 da 30 Comuni impegnati nella riduzione e la prevenzione dell'inquinamento atmosferico nelle aree urbane.

Premessa fondamentale dello sviluppo di ogni progetto regionale è quella che in più occasioni è stata definita la "cura del ferro", ossia l'incremen-

to del trasporto su ferro per persone e merci su tutto il territorio regionale, ottenuto attraverso l'integrazione di linee e tracciati toscani ma anche nazionali, le agevolazioni per tali mezzi di trasporto e lo sviluppo di nuovi nodi e collegamenti. Oggi fulcro di queste politiche e tema di costante dibattito è lo sviluppo dell'Alta velocità in Toscana. È sempre più evidente, infatti, che il servizio ferroviario rappresenta la struttura portante dei servizi di trasporto pubblico, ed è centrale nel realizzare strategie di intervento per rispondere alla nuova domanda di mobilità diffusa e passare, razionalizzando, potenziando e strutturando i servizi, da un sistema organizzato per linea a un sistema di mobilità a rete, e preservare i polmoni e la salute dei cittadini.

La realizzazione dell'Alta velocità/alta capacità potenzia la linea Firenze-Bologna e il Nodo di Firenze, e incrementa il traffico viaggiatori e merci (traffico nazionale veloce +60%, regionale +90%, traffico merci +40%) liberando le strade e riducendo le emissioni di CO₂.

Il nuovo tracciato Alta Velocità Firenze-Bologna consente di raddoppiare la potenzialità dei treni tra le due città e, in considerazione della

sagoma delle nuove gallerie, di utilizzare vagoni adatti anche per il trasporto combinato; da qui la definizione di linea ad "Alta Capacità".

La realizzazione del sottoattraversamento di Firenze e lo sviluppo dell'Alta velocità, prevista per dicembre 2014 e con un costo complessivo di 1.300 milioni di euro, consentiranno di incrementare il traffico di treni nazionali, passeggeri e merci, e di liberare i binari in superficie e potenziare progressivamente i servizi ferroviari metropolitani distinti e indipendenti da quelli regionali. Questo permetterà di realizzare servizi ad alta frequenza con "cadenzamento omogeneo", con una significativa velocizzazione per le linee regionali e una buona risposta alla domanda crescente ed "evoluita" di mobilità. Inoltre, il Piano di indirizzo territoriale della Regione evidenzia che il prossimo completamento ferroviario dell'alta capacità costituisce un'opportunità di grande importanza a livello transregionale ed europeo, consentendo di ipotizzare nuovi scenari di relazione sia spaziali che economici tra l'area forte della Toscana e le aree forti a Nord, da aprire direttamente ai progetti prioritari relativi al Corridoio europeo 1 (Berlino-Milano-Roma-Palermo), alle autostrade del mare attraverso il porto di Livorno, nonché al Corridoio europeo 5 (Lisbona-Kiev). La visione al futuro di questa piattaforma territoriale strategica è rafforzata dal completamento della Piattaforma logistica costiera: porto di Livorno, interporto A. Vespucci di Guasticce, aeroporto G. Galilei di Pisa e connessione stabile con interporto di Gonfienti di Prato e aeroporto di Firenze Peretola, nonché con la restante portualità dell'Alto Tirreno.

Il nuovo quadro infrastrutturale, quindi, porta, da un lato a sviluppare un sistema logistico transregionale di valenza internazionale che darà alla Toscana un ruolo privilegiato di piattaforma commerciale plurimodale per gli scambi tra Oriente e Occidente e tra Nord e Sud del continente, dall'altro gli effetti di un simile sviluppo incrementeranno i servizi e collegamenti nei sistemi territoriali urbani, extraurbani, regionali e nazionali, incentivando l'uso del mezzo pubblico, in particolare del treno.

Francesca Calonaci
Agenzia Toscana Notizie

IN UNA PUBBLICAZIONE GLI EFFETTI DEL GAS SULL'UOMO

Così il monossido di carbonio può uccidere

In molte rassegne di casistica tossicologica il CO è la causa più frequente di avvelenamento accidentale o di incidenti tossicologici con vittime multiple e molti paesi europei - fra questi Francia, Irlanda e Spagna - considerano il rischio dell'intossicazione da CO un problema di sanità pubblica che richiede interventi di prevenzione e sorveglianza attiva.

Il problema viene affrontato anche dalla Regione Toscana che, tramite la Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, il Centro antiveleni dell'azienda ospedaliera universitaria di Careggi e il contributo dell'Albero della Salute - quale struttura di riferimento per la mediazione culturale in Sanità - si è impegnata nella realizzazione di una breve pubblicazione dal titolo «Il monossido di carbonio può uccidere». Si tratta di un opuscolo multilingue - italiano, inglese, francese, albanese, spagnolo, rumeno, arabo e cinese - che spiega in modo semplice e chiaro come, quando e perché si produce questo gas, quali sono i suoi effetti sulla salute dell'uomo, quali misure preventive adottare per evitare l'insorgere del problema e infine cosa fare e chi contattare in caso di intossicazione.

Il CO è un gas inodore, incolore e non irritante e queste caratteristiche lo

rendono particolarmente insidioso e si origina dalla combustione di tutti i materiali organici, contenenti cioè l'atomo di carbonio: la legna e i derivati del petrolio, siano essi in forma liquida o gassosa (benzina, nafta, kerosene, metano, propano ecc.) producono CO, soprattutto se la combustione è incompleta, cioè avviene in carenza di ossigeno.

Le cause più importanti, dal punto di vista epidemiologico e clinico, sono i gas di scarico prodotti dai motori a scoppio e gli impianti di riscaldamento domestico malfunzionanti. In ambedue i casi la tipologia di incidente più comune è la scarsa o totale mancanza di dispersione dei gas combustibili che si determina quando si permane in garages chiusi o si sosta a lungo in tunnel stradali con motori accesi, o in presenza di ostruzione della canna fumaria e conseguente diffusione del gas nell'ambiente di vita. Negli ultimi anni un numero crescente di intossicazioni da CO avviene nell'ambito di comunità di immigrati che impiegano mezzi precari di riscaldamento quali bracieri o vec-

chie stufe a kerosene.

Il ripetersi di questi incidenti dimostra che esiste una generalizzata disinformazione sulle caratteristiche di questo gas: un errore frequente in cui si incorre è quello di pensare che l'assenza di odore di gas rappresenti sempre una condizione di sicurezza. La bassa percezione di questo rischio da parte della popolazione ha reso quindi necessario e doveroso promuovere un intervento di sensibilizzazione in tal senso.

Per questo motivo all'interno della breve pubblicazione vengono illustrati i consigli utili per la prevenzione: verificare periodicamente, avvalendosi dell'intervento di operatori abilitati, il corretto funzionamento dei seguenti apparecchi a combustione: stufe a carbone, a gas, a legna, caldaie, boilers, cucine, camini aperti, forni; effettuare la pulizia periodica di camini e canne fumarie e verificare il loro corretto tiraggio, soprattutto se l'abitazione, per esempio una casa di vacanza, è abitata saltuariamente; provvedere all'apertura di prese d'aria, secondo le norme vigenti, nei locali dove si utilizzano apparecchi a

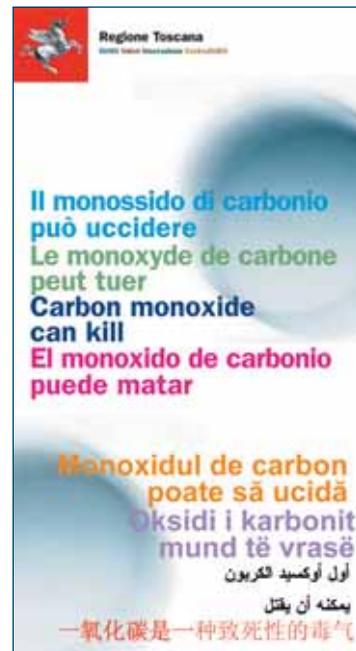
combustione e mantenerle aperte; e non accendere bracieri o scaldini, a carbone o a legna, all'interno dell'abitazione.

Nella stessa pubblicazione viene inoltre indicato come contattare il Centro antiveleni dell'azienda ospedaliera universitaria di Careggi in caso di intossicazione. I primi sintomi sono mal di testa, palpazioni, disturbi visivi, vertigini, nausea, perdita di coscienza. È possibile capire che è intossicazione da CO quando qualcuno di questi sintomi si presenta in persone che soggiornano in ambienti dove è in funzione un sistema di combustione che produce CO e soprattutto se più persone presentano gli stessi sintomi nello stesso tempo.

La severità del quadro clinico dipende soprattutto dalla concentrazione di CO presente nell'aria dell'ambiente e dalla durata dell'esposizione. In alcuni casi (4,4% nella nostra casistica) queste condizioni possono residuare disturbi neurologici a lenta risoluzione. La mortalità (<1% nella nostra esperienza) è probabilmente sottostimata perché non tiene conto dei pazienti deceduti sul luogo dell'evento, che non giungono al ricovero.

Nell'ultimo decennio (1998-2007) 258 pazienti sono stati ricoverati per

**Sotto accusa
motori a scoppio
e riscaldamento**



La copertina dell'opuscolo

questo motivo nel reparto di Tossicologia medica dell'azienda ospedaliera universitaria di Careggi e un numero analogo di casi sono stati seguiti dal Centro antiveleni di Careggi presso altri ospedali.

Primo Botti
Responsabile Centro antiveleni
dell'azienda ospedaliera universitaria
di Careggi

FIRENZE

L'ospedale pediatrico Meyer si candida a diventare centro di riferimento

Bimbi, Ecmo salva-respiro



La tecnica di supporto cardiopolmonare ha curato una bimba di 7 mesi

L'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, con il servizio di rianimazione diretto da Lorenzo Mirabile e il coordinamento di Anna Cazzaniga, responsabile settore anestesiologicalo, si candida a divenire Centro nazionale di riferimento per Ecmo respiratorio in età pediatrica. Infatti l'Aou Meyer ha curato Aurora, una bambina di 7 mesi colpita da una broncodi-splasia con l'Ecmo respiratorio (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), una tecnica di supporto cardiopolmonare che le ha permesso di vivere. Per due settimane i polmoni della piccola sono stati a totale riposo, completamente sostituiti

nelle loro funzioni dall'avanzata apparecchiatura. La macchina ha "lavorato" per lei, consentendo ai suoi organi respiratori di guarire dalla gravissima insufficienza che ne aveva scompensato completamente il quadro clinico. Ora quella bambina arrivata in fin di vita all'Ecmo è a casa e sta bene. Ma come lei altri neonati potrebbero averne bisogno. «L'Ecmo - spiega Lorenzo Mirabile - è una tecnica di supporto molto utilizzata in Italia, sia tra gli adulti che tra i bambini, in ambito cardiocirurgico in tutti i casi di gravissima insufficienza cardiaca. Al Meyer la impieghiamo in tutti quei selezionatissimi casi di insufficienza respiratoria acuta grave che potenzialmente è reversibile ma in quel momento risulta essere refrattaria al trattamento medico e farmacologico». L'Ecmo è quindi un vero e proprio supporto che mantiene i polmoni a riposo, consentendo così il loro recupero funzionale e garantendo la sopravvivenza del bambino. «Il miglioramento delle capacità assistenziali in neonatologia determina la sopravvivenza di gravi bambini pre-termine», prosegue Mirabile. «Il ricorso all'Ecmo si basa sull'elevato numero di patologie respiratorie correlate alle avanzate e moderne tecniche di assistenza ventilatoria che permetto-

no la sopravvivenza di bambini nati pre-termine ma che possono ingenerare delle patologie respiratorie croniche che costituiscono la base di gravissime situazioni polmonari in caso di eventuali processi acuti delle vie aeree». La tecnica Ecmo è recentemente divenuta di particolare attualità in quanto rappresenta la terapia per i pazienti che, a seguito dell'influenza H1N1, sviluppano un quadro clinico di insufficienza respiratoria grave.

no la sopravvivenza di bambini nati pre-termine ma che possono ingenerare delle patologie respiratorie croniche che costituiscono la base di gravissime situazioni polmonari in caso di eventuali processi acuti delle vie aeree».

La tecnica Ecmo è recentemente divenuta di particolare attualità in quanto rappresenta la terapia per i pazienti che, a seguito dell'influenza H1N1, sviluppano un quadro clinico di insufficienza respiratoria grave.

Roberta Rezoalli
Ufficio stampa Aou Meyer

LUCCA

Tagli in vista alle attese per i prelievi: partito il servizio di pre-accettazione

Un risparmio di tempo per i cittadini e una migliore organizzazione dell'attività di prelievo di sangue nella struttura ospedaliera e nei centri socio-sanitari distribuiti capillarmente sul territorio della Piana di Lucca. Sono gli obiettivi dell'Asl 2 che a partire da lunedì 19 ottobre ha attivato - parallelamente alla consueta modalità di accettazione diretta - una modalità di pre-accettazione delle richieste di esami ematochimici per la quale è fondamentale il ruolo dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali.

Il medico di base può inviare la richiesta on line

In pratica presso l'azienda è stata istituita una centrale di pre-accettazione prelievi (Cp), a cui il medico può inviare la prescrizione sul modulo del Servizio sanitario nazionale, insieme a un apposito frontespizio su cui verranno annotati la generalità dell'utente, l'eventuale indicazione di "prelievo a riposo" e soprattutto il giorno e la sede di effettuazione del prelievo. I cittadini, quindi, nel giorno stabilito, potranno recarsi al punto prelievi indicato nella richiesta, dove ritireranno la conferma della loro accettazione e accederanno direttamente alla prestazione.

In questo modo ci saranno vantaggi sia per gli utenti, per i quali si ridurranno in maniera considerevole i tempi d'attesa, che per l'organizzazione aziendale. Dovranno invece necessariamente essere effettuati al centro prelievi dell'ospedale di Lucca e senza la modalità di pre-accettazione alcuni esami particolari: antigeni del citomegalovirus, tipizzazione linfocitaria, tampone urinario, immunofenotipo, HLA B27, HLA locus AB, HLA Dr Dq Dp, HLA linfocitosi, anticorpi antiplasmici.

L'iniziativa, che parte a livello sperimentale, rientra nel progetto di riorganizzazione e potenziamento dell'attività di prelievo sul territorio ma anche di miglioramento del servizio ospedaliero. Già da alcuni mesi viene garantita una maggiore apertura dei centri socio-sanitari dell'immediata periferia del centro storico di Lucca e una più efficace integrazione fra i punti di prelievo territoriali e il centro prelievi ospedaliero in cui finora venivano effettuati anche 400 prelievi in un giorno.

Sirio del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

PISA

Riabilitazione hi-tech per i disabili: al via ricerca S. Anna-Auxilium Vitae

La Scuola superiore S. Anna di Pisa e il Centro di riabilitazione Auxilium Vitae di Volterra, che già collaborano in attività di ricerca sull'utilizzazione di tecnologie avanzate in riabilitazione, riceveranno un finanziamento per un progetto "Giovani Ricercatori" (Por Fse 2007-2013 asse IV) bandito dalla Regione Toscana.

Il progetto, presentato dalla Scuola superiore S. Anna in collaborazione con Federico Postera, responsabile delle Unità operative di riabilitazione neurologica e gravi cerebrolesioni dell'Auxilium Vitae, è stato valutato positivamente dalla commissione risultando il quinto miglior progetto su 172 ammessi alla valutazione e sarà svolto dal gruppo coordinato dalla professoressa Maria Chiara Carozza e dal professor Paolo Dario.

L'attività di ricerca, che vede coinvolta anche Humanware Srl, azienda spin-off della Scuola S. Anna, ha come obiettivo quello di sviluppare tecnologie per la televalutazione, la comunicazione alternativa e l'automazione ambientale di pazienti con disabilità gravi e gravissime.

«Questo riconoscimento - dice il presidente dell'Auxilium Vi-

tae, Giovanni Brunale - conferma che la collaborazione tra le due istituzioni ha raggiunto livelli organizzativi e scientifici tali da essere in grado di attrarre finanziamenti per la ricerca sia dalla Regione Toscana, ma anche da altri enti nazionali e internazionali».

Il finanziamento erogato consentirà a un giovane bioingegnere della Scuola S. Anna di svolgere attività di ricerca triennale in collaborazione con lo staff di Auxilium Vitae sviluppando sistemi tecnologicamente avanzati per la valutazione e la riabilitazione di pazienti con lesione neurologica. Si consolida quindi la collaborazione tra tecnici della riabilitazione e bioingegneri che rappresenta un elemento importante e peculiare che consente all'Auxilium Vitae di erogare prestazioni riabilitative moderne e di eccellenza.

La presenza di una azienda spin-off della Scuola S. Anna permetterà inoltre l'eventuale trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca con importanti ricadute sul territorio anche in termini di sfruttamento industriale.

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

SIENA

Il laboratorio analisi del Policlinico Le Scotte conquista il bollino Iso

L'Uoc Laboratorio analisi cliniche del Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, diretta da Carlo Scapellato, che ha ottenuto la certificazione di qualità Uni En Iso 9001:2008. Le caratteristiche di questo traguardo sono relative agli eccellenti standard nell'esecuzione degli esami, nell'attenzione alla soddisfazione dell'utente e nelle attività di ricerca. L'Aou senese è una tra le prime in Toscana ad aver ottenuto tale riconoscimento.

È stata certificata l'eccellenza degli standard

La certificazione riguarda l'organizzazione e la pianificazione delle attività necessarie a offrire servizi di alta qualità come l'accoglienza, l'identificazione, l'accettazione, i prelievi effettuati presso il punto prelievi unico, l'esecuzione degli esami, l'emissione del referto. «Il percorso di eccellenza - spiega Scapellato - che ha avuto inizio con la razionalizzazione dei laboratori, con l'apertura del Ppu e con l'integrazione di percorsi diagnostico/clinici, diventa oggi un vero modello a livello nazionale, basti pensare che specialisti del settore provenienti da oltre 20 realtà ospedaliere, tra le più prestigiose, come l'Aou di Pisa, il San Martino di Genova e le Mo-

linette di Torino, sono venuti a visitare e a studiare l'organizzazione del Laboratorio».

L'attestazione di qualità si riferisce anche al settore della ricerca e della progettazione nel campo biomedico. «Questo - continua Scapellato - significa che il Laboratorio è tra i pochi in Italia che possono sperimentare e verificare sistemi analitici, tecnologie, metodiche e biomarcatori, con il riconoscimento dei risultati a livello europeo e internazionale».

«L'azienda - afferma il direttore generale Paolo Morello Marchese - conferma la propria missione riunendo ricerca e servizio per migliorare l'offerta all'utente e si impegna a supportare finanziariamente il raggiungimento della certificazione di qualità per tutti i laboratori». Periodicamente al policlinico viene somministrato un questionario di soddisfazione dell'utente sui servizi diagnostici, utile a capire le esigenze e le aspettative dei pazienti e a mettere in evidenza punti di forza e di debolezza dell'erogazione.

Ines Ricciato
Ufficio stampa Policlinico Santa Maria alle Scotte

IN BREVE

▼ EMPOLI

Il 1° ottobre è stato consegnato ai sindaci dei 15 Comuni dell'Asl 11 il Regolamento per l'edilizia bio-ecosostenibile. Non appena verrà recepito, diventerà obbligatorio costruire i nuovi fabbricati (e per alcuni requisiti anche ristrutturare quelli esistenti) rispettando alcune regole: recuperare le acque piovane e quelle dei lavandini; porre attenzione all'orientamento della casa in modo che il sole e l'ombra contribuiscano al benessere di chi ci abita; minimizzare l'inquinamento atmosferico, acustico ed elettromagnetico; costruire con materiali non pericolosi per la salute, possibilmente provenienti da aree vicine (filiera corta) e recuperabili in caso di demolizione; ricorrere alle energie rinnovabili; aumentare gli spazi verdi; ridurre l'effetto "isola di calore".

▼ SIENA

Sono stati eseguiti presso l'Uoc oculistica del Policlinico Santa Maria alle Scotte due interventi molto complessi di chirurgia del glaucoma che aprono nuovi orizzonti per la cura di questa patologia. Gli interventi sono i primi svolti in Toscana e si tratta di una chirurgia complessa che consente, attraverso un catetere guidato da una fibra ottica, di riaprire il canale di Schlemm, che con l'invecchiamento rischia di collapsare. «Questo tipo di tecnologia - spiega il professor Caporossi - è estremamente complicata e richiede un tempo di esecuzione di circa un'ora e mezzo, destinato però a ridursi con l'incremento della casistica». I pazienti che sono stati operati erano seguiti presso l'Uoc Oculistica da alcuni mesi e presentavano importanti problematiche legate al glaucoma.

▼ AREZZO

Il Dipartimento materno-infantile dell'Ospedale San Donato di Arezzo ha "superato" l'esame della commissione Sanità del Consiglio regionale, che ha visitato i reparti e si è incontrata con gli operatori e il direttore sanitario dell'Asl 8. L'attività del Dipartimento, nel periodo gennaio-settembre 2009, presenta risultati superiori alla media nazionale e regionale: su 1.071 parti solo 236 sono avvenuti con il cesareo (20,35%), mentre 218 sono stati effettuati gratuitamente con il metodo di parto-anestesia. Anche la mortalità dei neonati e delle madri ha un tasso più basso della media. Inoltre sono pienamente attivi e di alto livello qualitativo sia il percorso del "rooming-in" sia la ludoteca, che la neonatologia, una sezione che riesce a trattare neonati partoriti anche sotto la 31esima settimana di gravidanza.

▼ PISA

Il 17 ottobre si è svolto presso il Centro Studi S. Maria Maddalena della Cassa di Risparmio di Volterra il congresso regionale dell'Associazione degli pneumologi ospedalieri toscani (Aipo). È stato fatto il punto sullo stato dell'arte riguardo alle principali patologie respiratorie, alla loro diagnosi e al loro trattamento. Una particolare attenzione è stata posta alla ridefinizione del ruolo della pneumologia nel divenire del sistema sanitario nazionale e regionale in considerazione dell'evolversi delle modalità assistenziali e organizzative e sono stati presentati lavori eseguiti presso reparti pneumologici toscani. Tra questi la messa a punto di metodiche di trattamento mininvasivo dell'enfisema polmonare attraverso il posizionamento di valvole endobronchiali per via broncoscopica.



Regione Toscana
 Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Province della Toscana



Pegaso, sistema **ecologico!**



Un solo abbonamento per autobus e treno,
 meno auto, meno inquinamento.
 Pegaso ama l'ambiente e rispetta la natura!

Numero Verde
800-570530

cos'è Pegasocard

È la carta di accesso al sistema integrato Pegaso, che unisce il trasporto con bus urbano, autobus extraurbano e treno in un unico abbonamento annuale o mensile.

La card si acquista una sola volta, ha un costo di 6 Euro e ti permette di viaggiare ad un prezzo ridotto rispetto alla somma dei singoli abbonamenti utilizzati.

come funziona Pegasocard

Al momento della richiesta della card, si sceglie il percorso che si copre abitualmente.

Pegasocard è nominale, è valida in tutta la Toscana e va esibita unitamente all'abbonamento scelto.

dove trovi Pegasocard

Presso le principali biglietterie ferroviarie, le sedi centrali delle Aziende di trasporto e gli esercizi convenzionati che espongono il marchio **Pegasocard**.