

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. 8
anno XV del 28 feb.-5 mar. 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

La Regione gioca la carta dell'on line

di Daniela Volpi
Emanuela Balocchini *

Da anni ormai la Regione Toscana è impegnata in un processo di semplificazione degli adempimenti connessi al sistema della prevenzione collettiva, processo che ha trovato il suo culmine nella Lr 40/2009 e che ha portato alla abolizione di numerosi adempimenti, sostituiti da mere autocertificazioni e notifiche.

La tecnologia informatica è senz'altro una risorsa fondamentale per consentire la positiva definizione di queste istanze: oltre alla semplicità e comodità d'uso la cooperazione applicativa permette il colloquio e lo scambio di dati tra i sistemi informativi di Enti diversi, e il cittadino o l'impresa pertanto non debbono inserire più volte le medesime informazioni.

Ecco dunque che per la Regione Toscana il Sistema informativo sanitario della prevenzione collettiva (Sispc), cui sono ricondotti tutti i flussi informativi relativi alla materia e che è in grado di interconnettersi con tutti gli altri sistemi informativi di altri Enti coinvolti (Comuni, organismi paritetici ecc.), rappresenta un tassello fondamentale di questo percorso. Classico esempio di questo processo di sburocratizzazione del sistema è il Suap (Sportello unico attività produttive): un singolo ufficio del Comune al quale l'imprenditore si rivolge per poter aprire

CONTINUA A PAG. 2

PREVENZIONE

La qualità aumenta con la semplificazione delle attività di controllo

Sicurezza senza burocrazia

Ambienti di lavoro: il modello per i rapporti tra imprese e servizio sanitario

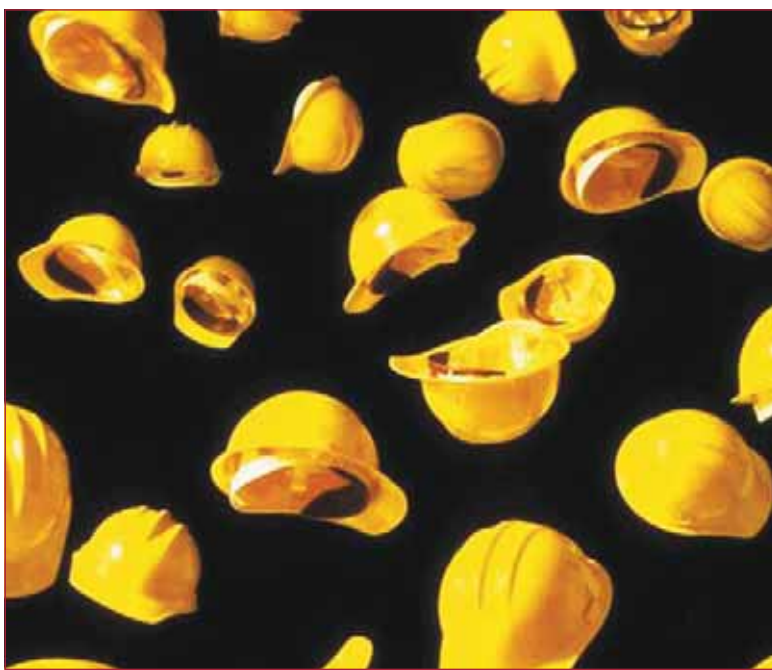
La qualità e la semplificazione delle attività di controllo dei servizi pubblici di prevenzione passano anche dai processi di sburocratizzazione che non servono solo a risparmiare risorse ma anche a impedire che il concreto miglioramento venga bloccato o rallentato.

In questa direzione sta andando la Toscana che sta proseguendo il confronto tra istituzioni e parti sociali su ulteriori processi di semplificazione (si pensi in primo luogo al percorso di eliminazione di certificazioni inutili, già intrapreso con Lr 40/2009) e su novità di diretto interesse per le imprese relative al sistema informativo che interconnette le stesse imprese e il servizio sanitario (Suap, notifica nuovi cantieri edili ecc.).

Si è svolto infatti il 24 febbraio a Firenze il convegno «Qualità e semplificazione. La prevenzione collettiva si confronta con imprese e cittadini» in cui si è parlato delle attività di controllo nelle imprese, i percorsi di semplificazione in Sanità pubblica e l'efficacia e omogeneità dei controlli per la sicurezza alimentare e su novità di diretto interesse per le imprese relative al sistema informativo che interconnette le stesse imprese e il servizio sanitario (Suap, notifica nuovi cantieri edili ecc.).

Un ambito particolare in cui muoversi è quello della sicurezza alimentare, così fortemente legato al circuito europeo, rispetto al quale le nostre imprese hanno raggiunto buoni livelli di qualità, ma che devono essere mantenuti e sviluppati, anche come fattore positivo anticiclico. Il percorso di miglioramento prevede vari profili tra i quali quello della diffusione di standard formativi e operativi per gli operatori sanitari addetti alle attività di controllo e la semplificazione dell'organizzazione interna dei servizi.

Il potenziamento delle attività di assistenza/informazione alle microimprese sul versante della sicurezza dei lavoratori, volto a semplificare obblighi e assicurare adeguati livelli di tutela della salute, sarà un altro aspetto caratteriz-



CIRCOLARE DEL MINISTERO

Protesi d'anca, pazienti «richiamati»

Dispositivi difettosi impiantati in 808 pazienti toscani - Sostituzioni caso per caso

Le aziende sanitarie toscane stanno richiamando tutti i pazienti ai quali, tra il 2006 e il 2010, sono state impiantate protesi d'anca della ditta DePuy. Su tutti verranno fatte visite di controllo e accertamenti clinico-diagnostici. La Regione Toscana si è mossa appena è arrivata la circolare del ministero, che ha informato sulla vicenda delle protesi d'anca DePuy risultate difettose e ritirate dal mercato in tutto il mondo, fornendogli l'elenco di tutti i pazienti, in Toscana 808.

In Regione è stato costituito un gruppo di esperti per monitorare la situazione e dare le indicazioni necessarie. «Nei principali ospedali toscani esiste già un sistema di controllo, grazie al quale i chirurghi valutano periodicamente i pazienti che hanno avuto impianti: a 3, 6 e 12 mesi, poi ogni anno - spiega Massimo Innocenti, direttore della clinica ortopedica dell'Università di Firenze e membro del gruppo di esperti -. Quindi un monitoraggio avviene già e gli eventi avversi vengono rilevati. Ora, in seguito alla circolare del ministero e alle direttive della Regione Toscana, chi le ha impiantate sta richiamando tutti i pazienti con protesi DePuy Asr, per sottoporli a screening clinico: visita, esame radiografico, accertamenti diagnostici. Se dovesse rendersi necessaria una sostituzione della protesi, verrà sostituita. Ma questo va verificato caso per caso».

zante dei prossimi anni. Riteniamo che fornire strumenti e indicazioni per facilitare gli obblighi e assicurare la prevenzione - in collaborazione con le associazioni delle aziende e dei sindacati - sia particolarmente utile, anche in considerazione della disarticolazione dei sistemi di impresa e della più difficoltosa gestione della sicurezza in questi ambienti. La sfida cui sono chiamati gli stessi servizi pubblici deve partire dalla consapevolezza del grande scarto ancora esistente tra la prevenzione possibile realizzabile con le attuali conoscenze scientifiche e tecniche e la situazione reale in diversi ambienti di lavoro.

I servizi di prevenzione collettiva, anche in questa fase di crisi economica, dovranno continuare a garantire un efficace equilibrio tra le azioni di promozione della salute e quelle di vigilanza, insieme a un potenziamento delle pratiche di verifica dei risultati. Dobbiamo seguire anche con interesse (e apprensione...) gli sviluppi di recenti provvedimenti nazionali. Il decreto sulla "semplificazione" caratterizzato da una certa genericità, rischia di ridurre i livelli di tutela della salute e dell'ambiente. Sono questi, infatti, i primi "interessi pubblici" da tutelare ai sensi dell'art. 41 della Costituzione che integra la libertà d'impresa con la tutela della dignità e della salute della persona.

Sulla strada del miglioramento continuo della qualità e della riduzione della variabilità delle modalità dei controlli (talvolta non giustificata da differenze territoriali), dobbiamo promuovere anche una rinnovata considerazione dell'importante funzione sociale svolta dagli operatori della prevenzione collettiva. È necessario tenere insieme queste parole: adeguati livelli di tutela della salute, semplificazione, sburocratizzazione, controlli e copertura del territorio, partecipazione.

Mauro Valiani
Dipartimento prevenzione
Asl 11 Empoli
Paolo Madrucci
Dipartimento prevenzione
Asl 9 Grosseto

ALTRI SERVIZI A PAG. 3

CONTROCANTO

«Regole certe ma essenziali per il mercato»

di Stefano Bottai *

Come Rete imprese Italia Toscana seguiamo con particolare interesse il percorso sulle semplificazioni intrapreso dal Governo, perché è soprattutto nostro interesse accrescere l'efficacia delle azioni di prevenzione per la salute e la sicurezza dei lavoratori e dei consumatori. Negli ultimi cinque anni, con le numerose direttive comunitarie in materia

di ambiente, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, gli adempimenti in capo alle imprese sono andati aumentando in modo considerevole e con loro gli impegni di natura economica, spesso sproporzionati rispetto all'organizzazione e ai bilanci aziendali. L'eliminazione di una burocrazia fastidiosa e

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ **Infortuni, intesa Corte d'Appello-Ssr**

La Giunta regionale ha approvato la delibera che dà applicazione al protocollo firmato il 14 settembre scorso tra la Regione Toscana e la Procura generale presso la Corte di Appello di Firenze per il rafforzamento della tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali dai quali siano derivate lesioni gravi o gravissime o morte. Per l'adozione di politiche di gestione del personale che consentano il raggiungimento degli obiettivi previsti dal citato protocollo la Regione metterà in campo 3,3 milioni di euro. (Delibera n. 1228 del 27/12/2011)

▼ **Vigilanza, al via l'accordo con i Nas**

Approvato lo schema di "Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza complessiva dei controlli e delle attività di vigilanza in materia di tutela della salute". L'accordo punta a migliorare l'efficacia e l'efficienza complessiva dei controlli e delle attività di vigilanza in materia di tutela della salute, fermo restando il riconoscimento dei ruoli, funzioni e obblighi delle parti stesse e degli altri soggetti coinvolti, come previsti dalle norme vigenti. (Delibera n. 1256 del 27/12/2011)

ALL'INTERNO

Richard: l'Ict cura i cronici

A PAG. 2

Carcerati in cura nei Sert

A PAG. 4-5

La "vista" dei ciechi a Pisa

A PAG. 7

RICERCA

Il progetto Ue con quindici partner è coordinato dalla Regione



Richard spinge le cure in Ict

Allo studio i modelli innovativi di gestione delle malattie croniche

Si chiama "Richard" (Regional ict based clusters for healthcare applications and R&D integration) il progetto coordinato dalla Regione Toscana e finanziato dall'Unione europea nell'ambito del Settimo Programma Quadro - "Regions of knowledge" che prevede, attraverso l'analisi di modelli innovativi per la gestione delle malattie croniche, la definizione di modelli territoriali assistiti dalle tecnologie dell'informazione e comunicazione (Ict) e la sperimentazione di tali modelli nelle Regioni europee partecipanti: Toscana, Vasterbotten (Svezia) Yorkshire (Regno Unito), Lodz (Polonia).

Coinvolti anche Svezia, Polonia e Regno Unito

Nel primo anno di progetto, che coinvolge 15 partner in 4 Regioni europee organizzati in "cluster" regionali, ci sono stati un confronto e una collaborazione per definire un piano di azione condiviso (Joint action plan - Jap) che porti all'integrazione di applicazioni Ict nei percorsi assistenziali per la cronicità nelle di-

verse realtà europee. Sono stati analizzati i modelli assistenziali esistenti e censite le risorse presenti sul territorio. Ogni Regione ha evidenziato i punti di forza e di debolezza del proprio modello organizzativo e ha effettuato una analisi Swot (Valutazione dei punti di forza, debolezza, opportunità e minacce) per valutare i cambiamenti necessari per un utilizzo efficace dei modelli

di gestione delle malattie croniche che utilizzano l'Ict e per individuare e analizzare le aspettative di ciascuna Regione. In parallelo è stata condotta un'analisi sistematica dei potenziali fattori "barriera" che, da letteratura, possono impedire o rallentare l'applicazione dell'Ict in campo sanitario. È in fase di definizione una "visione comune" che sintetizza il lavoro di analisi e confronto delle necessità e potenzialità rilevate in ogni Regione e degli obiettivi strategici e azioni concrete proposte da ogni Cluster. La "visione comune" rappresen-

ta la base del Jap (Joint action plan o Piano di azione congiunto) a partire dal quale verranno poi identificate le misure da adottare per implementarlo nel breve, medio e lungo periodo. Un primo risultato del Jap sarà uno strumento (Toolkit) per fornire le linee guida ai "decision makers" e a chi sviluppa servizi, su come portare a sistema un modello definito. Il toolkit rappresenta anche il punto di riferimento per la definizione delle azioni implementative del Jap.

L'obiettivo comune dei Cluster è l'introduzione di nuovi modelli di cura che, utilizzando la tecnologia e integrando risorse e capacità già presenti e esistenti sul territorio, consentano la gestione del malato cronico al di fuori delle strutture ospedaliere, garantendo una migliore qualità di vita e una maggiore sostenibilità dei costi. Quanto sopra si inserisce perfettamente nel modello di cura "Chronic care model" (Ccm) adottato dalla Regione Toscana per affrontare questa nuova transizione epidemiologica. Si tende dunque a potenziare i servizi per la gestione di queste patologie, ottimizzando le risorse strutturali e organiz-

zative presenti sul territorio (azione tipica del Ccm) e integrandole "a rete" con quelle regionali senza mai dimenticare la centralità e la soddisfazione del cittadino-paziente e la flessibilità del servizio assistenziale.

Toscana, Vasterbotten e Yorkshire possiedono già esperienze rispettivamente nella gestione dell'ictus, della demenza e del diabete e in generale nell'utilizzo dell'Ict in Sanità, mentre nella Regione di Lodz non esiste ancora un piano strategico per la gestione delle malattie croniche e il livello di sviluppo tecnologico non è ancora adeguato. Il progetto mira pertanto a creare una rete di relazioni e sinergie tra le varie esperienze in modo tale che tutte le Regioni possano beneficiare in modo complementare delle competenze reciproche e in particolare esercitare un'azione di secondamento "mentoring" nei confronti di Lodz per l'introduzione di modelli per la gestione delle malattie croniche e per l'utilizzo dell'Ict nel sistema sanitario regionale.

La composizione del Consorzio si fonda sul concetto della Triple Helix promuovendo un'intensa cooperazione tra indu-

stria, ricerca e settore pubblico. Il Consorzio è diviso in 4 Cluster regionali per un totale di 15 partner:

- **Italia:** assessorato al Diritto alla salute della Regione Toscana, Azienda Ausl 11 Empoli, Signo Motus Srl, Università di Siena;

- **Polonia:** Marshal's office of Lodz region, Pixel Technology, Università di Lodz, Pirogow regional specialist hospital;

- **Regno Unito:** Bradford municipality, Advanced digital institute, Sheffield Hallam University, Airedale Hospital Nhs Trust;

- **Svezia:** Università di Umea, County Council of Vasterbotten, Explizit.

Il progetto Richard conta anche un sito web (<http://www.richardproject.eu>) pubblicato in 4 lingue (inglese, italiano, polacco, svedese) e contiene una descrizione del progetto, dei Cluster oltre a una sezione specifica di disseminazione, con gli eventi, le pubblicazioni e il ma-

teriale disponibile. Da fine febbraio 2012 è attiva una newsletter elettronica per aggiornare sugli sviluppi del progetto e promuovere la collaborazione con partners ed esperienze interessanti presenti in Europa. Nell'ultimo trimestre 2012 verranno poi organizzate due conferenze internazionali, una in Toscana e una a Lodz, volte a divulgare i risultati del progetto e a promuovere il confronto tra Regioni e Paesi esterni a Richard sul tema dell'utilizzo delle tecnologie nei percorsi assistenziali per le malattie croniche.

Olga Renda

Partner del Progetto Richard
Andrea Leto
Area di coordinamento Sistema socio-sanitario Regione Toscana
Lorenzo Roti
Responsabile Settore Servizi alla Persona sul Territorio Regione Toscana

Per informazioni:
richard.project@regione.toscana.it

LA GIORNATA MONDIALE SARÀ CELEBRATA IL 29 FEBBRAIO

I malati rari all'insegna della solidarietà

Il 29 febbraio si celebra la giornata mondiale delle malattie rare che per quest'anno Eurordis dedica al tema della solidarietà col motto "Rari ma forti insieme". La Regione Toscana in collaborazione con la Fondazione "Gabriele Monasterio" Cnr-Regione Toscana, il Forum delle associazioni toscane Malattie rare e le strutture di coordinamento regionale per le malattie rare, ha deciso di dedicare la giornata di riflessione al tema della collaborazione e del mutuo sostegno, requisiti fondamentali per lo sviluppo del sistema integrato di diagnosi, assistenza e ricerca per le malattie rare.

La comunità dei malati rari è basata su una grande capacità di collaborazione necessaria per affrontare sfide, una collaborazione che deve essere supportata nel coinvolgere assieme ai pazienti e

chi si prende cura di loro, i ricercatori e gli amministratori pubblici. La giornata sarà l'occasione per verificare gli obiettivi raggiunti e quelli ancora da raggiungere, sia sul piano sanitario sia sociale, inestricabilmente legati tra loro.

Il dibattito si concentrerà in particolare sulle necessità di informazione e comunicazione nonché di risposte articolate per la gestione delle conseguenze sociali delle malattie rare. La tavola rotonda finale darà l'opportunità di raccogliere proposte e osservazioni perché la programmazione socio-sanitaria per le malattie rare continui a essere frutto del confronto a più livelli con tutti i soggetti coinvolti.

Il sistema toscano delle malattie rare

conta oggi 183 presidi per la diagnosi e cura delle malattie rare monitorati attraverso il gruppo di coordinamento regionale al quale partecipano professionisti responsabili del coordinamento di rete nelle diverse discipline mediche coinvolte, il Registro toscano delle Malattie rare e il Forum delle associazioni malattie rare. Il Forum toscano malattie rare raccoglie oggi 64 associazioni e partecipa a tutte le attività del sistema, un elemento questo che rappresenta un notevole valore aggiunto.

Il Registro toscano malattie rare, gestito dalla Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, raccoglie tutti i dati che sono originati dalla rete, cioè acquisisce le informazioni rilevate al momento del-

la prima diagnosi e dei controlli medici successivi, elabora i dati e, in forma adeguata, li trasmette ai nodi della rete:

- alla Regione Toscana a scopi di organizzazione dei servizi e pianificazione delle attività, al coordinamento per le valutazioni sul piano clinico;
- al Forum per informare lo stato e l'evoluzione delle varie malattie in Toscana;

- a tutti i presidi di riferimento (nodi della rete) sotto forma di rapporti e informazioni ottenibili dal sito web www.rtmr.it.

Il registro ha oggi una banca dati di oltre 20.620 pazienti che, a causa di una diagnosi o di una o più prestazioni assistenziali, sono stati rilevati dalla rete nel

periodo 2004-2011. I gruppi di malattie più rappresentati sono risultati il sistema nervoso e organi di senso (30,1%), le anomalie congenite (21,4%), le ghiandole endocrine e metabolismo (17,5%), sangue e organi emopoietici (8,9%), il sistema osteo-muscolare e tessuto connettivo (7,2%), i tumori (6,6%), e a seguire sistema cardiovascolare, pelle e tessuto sottocutaneo, apparato digerente, genitourinario, malattie infettive e condizioni di origine perinatale.

Cecilia Berni

Po Assistenza materna-infantile e malattie rare e genetiche Regione Toscana
Fabrizio Bianchi
Responsabile Registro toscano malattie rare Dirigente di ricerca Ifccnr, Pisa

► **CONTROCANTO** (segue dalla prima pagina)

assillante sarà quindi senz'altro un bene.

Chiarimo però subito che in materia di sicurezza alimentare tutti devono fare la propria parte, mentre ci preoccupa che dal Dl venga consentito a sagre e feste paesane di attivare la somministrazione senza dichiarazioni asseverate e in mancanza di possesso dei requisiti professionali previsti per tutte le altre attività di somministrazione. Inoltre nelle procedure di autocontrollo della produzione primaria e negli agriturismi sono stati molto alleggeriti gli adempimenti previsti invece per le aziende artigiane, commerciali, turistiche e industriali. Noi di Rete imprese Italia Toscana sul tema salute e sicurezza alimentare chiediamo regole certe e uguali per tutti, contro il ri-

schio della concorrenza sleale.

Entrando nel dettaglio di alcune proposte di semplificazione, sulla sicurezza alimentare è di particolare importanza la formazione degli alimentaristi in Toscana, che rappresenta ormai un mezzo sostanziale di prevenzione ma che, alla luce dell'esperienza sin qui maturata necessita di una revisione.

Andranno semplificati gli adempimenti per la potabilità dell'acqua e per la verifica degli apparecchi di refrigerazione e, per quanto riguarda la sicurezza nei luoghi di lavoro, la valutazione dei rischi per le microimprese.

Anche per la tracciabilità degli alimenti potrà essere sufficiente avere una anagrafica dei clienti attivi, con i relativi documenti di accompagnamento che ne attestino la

consegna giornaliera.

Riguardo al sistema degli sportelli Suap, infine, proponiamo di individuare una "lista" essenziale di adempimenti verso la Pa e di eliminare duplicazioni e comunicazioni meramente formali.

La flessibilità, la crescita e il rilancio dell'economia sono oggi le priorità, ma contemporaneamente, occorre un programma di ammodernamento radicale del sistema. Liberare le capacità imprenditoriali e farle competere in un mercato guidato da regole certe ma essenziali, contribuirà anche a migliorare la sensibilità del mondo imprenditoriale rispetto alle problematiche della salute e della sicurezza.

* Portavoce di Rete imprese Italia Toscana

► **La Regione gioca la carta...** (segue dalla prima pagina)

la sua impresa; egli effettua una serie di autocertificazioni ed è poi la pubblica amministrazione nelle sue varie attribuzioni (Sanità, urbanistica, ambiente ecc.) che effettua i controlli.

La legge nazionale imporrebbe che tutti i passaggi siano effettuati per via telematica ma la fase di informatizzazione è ancora arretrata e solo la Regione Toscana sta per varare un sistema totalmente on line.

Altro tassello di questo complesso mosaico sarà la possibilità di effettuare le notifiche preliminari di lavori edili ex art. 99 Dlgs 81/08 attraverso Sisp, modulo che è in fase di avanzata realizzazione e che entro il corrente anno diverrà l'unico strumento di ottemperare all'obbligo discendente dalla norma statale. Le notifiche sa-

ranno inserite direttamente on line, e sarà il sistema a farsi carico di trasmetterle - oltre che all'Asl - alla direzione territoriale del lavoro e a ogni altro soggetto titolato a riceverle (Comuni, Inail, Inps, Casse edili).

Tutto questo, oltre alla semplificazione degli adempimenti per l'utente, consentirà altresì una mappatura dei cantieri sul territorio, mappatura che sarà consultabile anche dagli altri organismi aventi funzioni di vigilanza, così da massimizzare la copertura del territorio ed evitare duplicazioni nei controlli in coerenza con il recente Dl "semplificazione".

* Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana

CUSTOMER SATISFACTION Indagine del Laboratorio Mes-Sant'Anna sulle aziende utenti

Prevenzione, voce all'impresa



Le richieste: controlli omogenei e più informazione sulla normativa

Autoreferenzialità. Questo è il termine spesso associato a chi lavora nei Dipartimenti di prevenzione. Questo è dovuto principalmente alle peculiarità dei servizi di prevenzione collettiva fra cui la tipologia di utenza. Nella prevenzione collettiva infatti si possono individuare due tipologie di utenti: il beneficiario finale, la collettività, che non usufruisce direttamente dei servizi erogati dalle Asl e un utente intermedio, tipicamente le aziende, che entrano in contatto con le Asl per le attività di formazione/informazione e controllo/vigilanza.

Uno dei modi per uscire dall'autoreferenzialità è quello di confrontarsi fra pari e di ascoltare cosa pensano gli utenti che usufruiscono dei servizi. Una possibilità quindi è quella di intervistare gli

utenti intermedi dei servizi di prevenzione ossia le imprese. Ed è per questo che l'assessore alla Salute della Toscana, Daniela Scaramuccia, nell'autunno del 2011 ha chiesto al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa di organizzare incontri con le imprese al fine di raccogliere il loro punto di vista (come utenti intermedi) sull'operato dei Dipartimenti di prevenzione.

Il laboratorio Management e Sanità assieme ai dirigenti regionali che si occupano di prevenzione, coadiuvati da Rete Sviluppo, ha progettato tre focus group. Uno rivolto alle aziende che operano nel settore alimentare, in particolare le aziende che trasformano gli alimenti (di cui vi è un elenco nazionale pubblicato sul sito del ministero della Salute); uno rivolto alle aziende edili, con un nu-

mero di lavoratori compreso fra i 5 e 50 e infine un ultimo focus group su salute e ambiente, in cui sono stati invitati le Province e i Comuni.

Per cercare di garantire l'anonimato e ridurre i bias di selezione o autoselezione, il laboratorio MeS e Retesviluppo hanno estratto casualmente le aziende da invitare al focus group attraverso la consultazione del database ministeriale delle aziende riconosciute (per la sicurezza alimentare) o da un gruppo di aziende segnalate dalle associazioni di categoria (per la sicurezza sul lavoro). Gli imprenditori (o loro delegati) intervistati (si leggano gli estratti riportati in questa pagina) hanno apprezzato il loro coinvolgimento nella valutazione dei servizi di prevenzione collettiva e hanno fornito suggerimenti su dove e come migliorare. Suggeri-

menti comuni vertono sulle azioni volte a omogeneizzare il comportamento degli operatori che effettuano i controlli. La variabilità dei comportamenti infatti incide sulla competitività delle aziende dello stesso settore. Altri suggerimenti comuni riguardano l'informazione: le aziende chiedono che le informazioni sulla normativa, le linee guida siano disponibili sui siti aziendali e vi sia un ruolo proattivo da parte delle Asl nel comunicare le novità normative alle aziende.

Milena Vainieri e Silvia Zett
Ricercatrici
del laboratorio Management e Sanità
Istituto di management Scuola Superiore
Sant'Anna di Pisa

IL GIUDIZIO DELLE AZIENDE/ SICUREZZA ALIMENTARE

«Bene le verifiche ma altolà alla burocrazia»

La percezione della sicurezza alimentare. I principi della normativa sulla sicurezza alimentare sono accettate dagli imprenditori delle aziende. Fanno parte del loro bagaglio di valori, sono infatti disposti a dedicare parte dei propri ricavi a garantire buoni standard di qualità dei prodotti/servizi erogati.

Azienda A «La normativa regionale è senz'altro una tutela sia dei produttori che dei consumatori, nel senso che tutela in qualche modo la qualità di chi produce e tutela in qualche modo la salute di chi utilizza il prodotto. (...) I produttori e i consumatori fanno parte della stessa catena: se io il consumatore l'ammazzo non consuma più, se io gli do un prodotto che fa schifo quello non consuma e io chiudo l'azienda; se invece in qualche modo riusciamo a capire che tutto è su una linea probabilmente siamo a tre quarti dell'opera, però ci vuole informazione, ci vuole prevenzione, ci vuole il cambio di idee, ci vuole di riuscire a comprendere le criticità e ad andare in fondo a queste cose; se si fa così si riesce a ottenere dei risultati buoni. (...) l'autocontrollo è fondamentale, non lo devo imporre io che ci sia un'igiene di produzione, lo devi fare da te, (...) Il principio è: qualità del prodotto e controllo del prodotto. Secondo me sono cose fonamen-

tali. Quello è il quadro, poi la cornice è quella che in qualche modo ognuno varia come gli pare, però il punto fondamentale è che quel tipo di normativa secondo me ha un senso, è logica e ci fa crescere, ci permette di dare un prodotto di qualità».

La variabilità dei comportamenti dei professionisti. Le differenze nell'applicazione/interpretazione della normativa fra zone limitrofe e fra profili professionali diversi, sono la principale critica nei confronti del servizio sanitario. Una diversa applicazione della normativa crea differenze di competitività che mettono in discussione anche i principi della sicurezza alimentare. Le aziende chiedono che vi sia una maggiore omogeneità e che vi sia un "garante" o "arbitro" magari a livello regionale che possa risolvere le controversie o che dia un'interpretazione univoca sul territorio regionale.

Azienda B «... non soltanto tra Asl ci sono cose diverse, ma anche all'interno della stessa Asl ci sono applicazioni diverse della stessa norma: se voglio congelare un prodotto, uno ti dice che è obbligatorio l'abbattitore, quell'altro ti dice che basta un congelatore, un altro ti dice basta che me lo dimostri e

va bene uguale. Allora io parto sempre da un altro concetto, vado a monte, dai Regolamenti comunitari che sono leggi di scopo e non di modo, quindi basta che io dimostri che comunque quella cosa che faccio va bene, te Asl me lo devi dimostrare che non va bene».

Azienda C «Tra le diatribe che ci sono state tra noi e il nostro veterinario ufficiale è che non sappiamo a chi rivolgerci come ambito di una discussione: cioè io la penso in una maniera, io la interpreto in una certa maniera, lei la interpreta in un altro, a chi mi devo rivolgere? Mi devo rivolgere a qualcuno della Regione per sapere chi ha ragione tra noi due, però non esiste questo...».

I controlli. I controlli sono visti come momento di crescita professionale e confronto. Questa visione "positiva" dei controlli, è messa in discussione dalla variabilità dei comportamenti dei professionisti e dall'atteggiamento "burocratico" di alcuni professionisti.

Azienda A «Come tutte le normative, ha dei lati estremamente positivi, già il fatto che sia stato introdotto il concetto di autocontrollo, autocontrollo vuol dire ognuno deve controllarsi da sé, ed è sacrosanto, a parte il fatto

che forse però la leghiamo a impicci burocratici e normative di cui nessuno poi capisce quale sia il senso finale, è chiaro poi che anche l'autocontrollo non ha senso (...) una cosa importante è la semplificazione, cioè rendere semplici le cose che sono semplici».

Azienda B «Quando ci spiegano bene è costruttivo, è ovvio che qualcosa ci possa sfuggire. (...) bisognerebbe fare più frequentemente questi controlli, in modo da permettere di confrontarsi su quali sono le cose che funzionano, quali sono le criticità, quali sono i problemi da affrontare insieme, come vanno organizzate in maniera diversa le cose».

Azienda D «Abbiamo avuto controlli sia dal veterinario ufficiale che dalla Regione. Poi visto che ogni Asl interpreta in maniera diversa, tutte le volte che viene un controllo ti trovano da fare qualcosa, anche stupidaggini o cose del genere».

La formazione. Sulla formazione le aziende chiedono che vi sia un riconoscimento della formazione effettuata su tutto il territorio regionale e che vi sia un ripensamento della formazione per i casi di contratti brevi o stagionali.

Azienda D «Ultimamente mi sono reso conto che chi è al di fuori del

settore alimentare, non sa cosa sia l'Haccp, bisognerebbe fare anche un'informazione in questo senso, qualcuno se ne dovrebbe prendere carico. La Regione Toscana dovrebbe richiedere che chiunque cerchi lavoro nella ristorazione o simili deve aver fatto per forza il corso».

Azienda B «... mi è capitato con la Provincia di Y di fare formazione a livello di ristoranti, di mense e poi magari questo operatore prima andava da lui e poi veniva da me a lavorare, la Asl diceva no, il corso l'ha fatto l'azienda e qui non va bene, perché è una formazione fatta presso l'azienda e secondo l'articolo ecc. ecc. ..., però secondo me questo non è corretto perché formazione è sempre formazione».

L'informazione. L'informazione è un altro punto su cui le aziende chiedono vi sia un ruolo maggiore delle Asl: le aziende gradirebbero che le novità normative fossero diffuse/distribuite dalle Asl anche tramite mailing list.

Azienda D «... noi ci autocontrolliamo e dobbiamo stare a spulciare delle leggi. Ci dovrebbe essere qualcuno della Regione che diriga tutto quello che riguarda le deleghe, leggi, leggine ecc. Dobbiamo andare a spulciare noi, e magari ci chiamiamo tra di noi chiedendo se l'altro sa nulla di questa cosa».

IL GIUDIZIO DELLE AZIENDE/ SICUREZZA SUL LAVORO

«Cresce la cultura della profilassi e della formazione»

La percezione della sicurezza sul lavoro. Sempre più accanto alla tradizionale visione di "ispettore" e "fustigatore" si affianca una visione di prevenzione intesa come crescita e diffusione della cultura della sicurezza.

Azienda A «(...) Il rapporto che le aziende edili hanno con le Asl è univoco: vengono, controllano, sanzionano».

Azienda B «Il rapporto con la medicina del lavoro comunque è piuttosto buono perché nella piccola città si vive più di contatto e ultimamente abbiamo fatto alcune proposte e la vivo la sicurezza».

Azienda C «Rapporto con l'Asl quotidiano (...) Con l'Asl collaboriamo su tutto il territorio nazionale perché siamo andati anche a K a lavoro e diciamo che la disponibilità c'è, si collabora, facciamo i nostri lavori, si discute».

Azienda D «Il rapporto con le Asl da un punto di vista for-

male sono buoni perché vari sono i punti in cui collaboriamo».

La variabilità. La variabilità in come vengono effettuati i controlli è un elemento critico. Ancor più critica è la scelta di quale azienda controllare. Le distinzioni effettuate in modo esplicito o implicito dalle Asl hanno ricadute in termini di competitività delle imprese sottoposte ai controlli. Per contenere questa variabilità le aziende suggeriscono che vengano effettuate delle linee guida a livello regionale.

Azienda F «Talvolta non c'è univocità di vedute tra direzione provinciale del lavoro e Asl. Talvolta ci sono dei controlli fatti da funzionari Asl che evidenziano che certe cose sono state fatte bene o male. Ti capita la direzione provinciale e ti dice l'esatto contrario quindi lascia perplessi (...)».

Azienda E «Anche l'Asl nelle

nostre zone va dalle ditte dove sa di essere accolta con benevolenza in cantiere e sanziona invece di fare prevenzione, questa è ormai una cosa consolidata. Tutti vediamo cantieri in cui, come si diceva, non hanno il minimo, nulla di sicurezza (...) e lì non ci sono controlli. Quindi io direi di rafforzare i controlli e di andare davvero da tutti. Alla fine è demoralizzante vedere che si cerca di sensibilizzare tutti e poi c'è chi può operare in totale spregio delle normative sulla sicurezza. Il rischio è che con i costi della sicurezza su cui non si deve risparmiare, purtroppo rischi di essere fuori mercato».

I controlli. Il principale ruolo che si associa alle Asl è quello del controllo/ispezione. Alla visione tradizionalmente negativa sembrano esserci dei nuovi spunti per un rapporto più improntato alla collaborazione, cre-

scita e confronto.

Azienda D «Comunque il vero problema è che il rapporto con chi ti controlla è un rapporto di paura, lo vivi come il terrore (...) arriva la Asl Dio bono (...) quando passano loro (...) dovrebbe essere vissuto diversamente tra persone che si coordinano e si parlano. Non deve essere solo in alcuni cantieri ma dappertutto. Quindi ci vuole dialogo tra aziende ed ente».

Azienda F «Abbiamo invitato direttamente noi i preposti ai controlli dell'Asl e insieme a loro abbiamo organizzato dei corsi specifici su alcuni problemi particolari che si evidenziano sui cantieri».

La formazione. Non tutte le aziende sono a conoscenza che le Asl effettuano corsi di formazione, emerge che la maggior parte della formazione infatti viene erogata da società private. Per le aziende una maggiore pre-

senza delle Asl nella formazione aiuterebbe a costruire un clima di collaborazione.

Azienda B «Abbiamo aderito a tutti i corsi con l'Asl, io ne ho fatti due o tre, ma il doppio li abbiamo fatti con i privati (...) perché oggi si fa il corso su tutto se no non si può fare niente...».

Azienda E «Anche noi corsi con l'Asl non li abbiamo mai fatti, quelli previsti da decreto per ponteggiatori, gruisti, corso antincendio, li abbiamo sempre fatti ma sempre attraverso i nostri enti bilaterali. Può darsi che ci fosse stato qualcuno del personale Asl, questo non glielo so dire».

Azienda C «(...) ecco volevo chiedere ma un dipartimento provinciale dell'Asl può attivare dei corsi? Perché anche questo non è chiaro (...). Alla fine non è l'argomento mirato che permette maggior formazione e

consapevolezza all'azienda ma il riuscire ad arrivare a parlare una sola lingua (...). Insomma un dialogo costruttivo non meramente vincolato al sopralluogo in cantiere o azienda».

L'informazione. Le aziende ritengono che le Asl dovrebbero utilizzare maggiormente i portali web e la posta elettronica (e/o Pec) come mezzo di comunicazione e auspicano una maggiore trasparenza da parte dell'Asl.

Azienda E: «C'è una informazione ad personam ma non c'è una informazione a tappeto».

Azienda C «(...) sui portali Internet delle Asl non c'è verso di trovare un numero di telefono, fax, una e-mail, posta certificata (...)».

Azienda A «Asl del Veneto, del Trentino sul portale forniscono delle linee guida (...)».

Azienda C «(...) a volte nelle Asl locali non troviamo neppure le e-mail (...) contatti base (...)».

DOCUMENTI

Approvate le linee di indirizzo per la presa in carico di alcolisti e tossicodipendenti in percorsi alternative alla prigione

Alcol e droga, detenuti curati fuori dal carcere

Sert protagonisti: dalla diagnosi al programma terapeutico riabilitativo fino al follow up e alla dimissione

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 1232/2011 relativa alle «Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcolicodipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere».

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare le "Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcolicodipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere" allegate al presente atto (all. A) per formarne parte integrante e sostanziale;

2. di destinare alle Aziende Usl toscane per la concreta attuazione delle Linee di indirizzo di cui al precedente punto 1., la somma complessiva di euro 671.251,63, da imputarsi come segue:
- euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63) sul capitolo n. 26057 "Progetto obiettivo dipendenze - Trasferimenti correnti ad Enti pubblici" (classificato "fondo sanitario vincolato") del Bilancio di previsione 2011 che presenta la necessaria disponibilità riducendo contestualmente di pari importo la prenotazione n. 2/2011 assunta sul capitolo n. 26057 con deliberazione di Giunta regionale toscana n. 848 del 27 settembre 2010;
- euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) sul capitolo n. 24047 "Interventi diretti della Regione in Sanità" (classificato "Fondo sanitario vincolato") del bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, che presenta la necessaria disponibilità;

3. di dare atto che, per la corretta riallocazione delle risorse di euro 500.000,00, anche ai fini della classificazione economica, verrà predisposta apposita variazione di bilancio con storno della prenotazione assunta col presente atto sul bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, a valere sul capitolo n. 24047 verso il capitolo n. 26057 (classificato "Fondo sanitario vincolato");

4. di subordinare l'assunzione dei successivi impegni di spesa relativi alla quota di euro 500.000,00 prenotata col presente atto sul capitolo n. 24047 all'adozione dell'atto deliberativo di variazione di bilancio nel corso dell'esercizio 2012;

5. di rinviare a successivi atti la definizione dei criteri di riparto delle risorse prenotate con il presente atto in favore delle Aziende Usl toscane.



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

Versione Pdf dell'Allegato al n. 8 del 28 feb.-5 mar. 2012 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

ALLEGATO A
Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcolicodipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere

Premessa
Il presente documento è finalizzato a identificare una procedura agile ed efficace per l'accesso del detenuto tossicodipendente o alcolicodipendente a percorsi terapeutico-riabilitativi alternativi allo stato di detenzione e ottimizzare un percorso di presa in carico per le persone tossicodipendenti e alcolicodipendenti dal momento della loro carcerazione al momento della loro uscita dal carcere.

Gli obiettivi sono:
● garantire l'effettiva fruizione del diritto dei detenuti tossicodipendenti o alcolicodipendenti alla corretta e tempestiva diagnosi, alla cura e al percorso terapeutico-riabilitativo e alla reinclusione sociale;
● implementare i flussi di uscita dal carcere per migliorare le condizioni di vita dei detenuti dovute alla grave situazione di sovraffollamento in cui si trovano gli istituti penitenziari.

Le presenti linee di indirizzo sono rivolte alle persone tossicodipendenti o alcolicodipendenti che si vengono a trovare in stato detentivo e costruito in ottemperanza delle norme vigenti che regolamentano i percorsi alternativi alla detenzione. Il percorso si propone di coinvolgere in una operatività integrata, anche operatori non appartenenti al Ssn che, a vario titolo, afferenti a Istituti diversi e con diversi compiti, sono implicati nella osservazione e verifica dell'andamento dei programmi terapeutici (Magistratura di sorveglianza, Uepe, operatori penitenziari) o nella effettuazione degli stessi (Enti ausiliari, Cooperative sociali, Associazioni di volontariato, Gruppi di mutuo aiuto).

I principi informatori del presente percorso sono i seguenti:

- da un "sistema di attesa" a un "sistema d'iniziativa": accogliere e favorire in ogni modo le richieste di progettualità alternative al carcere da parte dei detenuti; data la difficoltà di sviluppare un cambiamento terapeutico all'interno del carcere, anche per i noti contesti di sovraffollamento e di difficoltà strutturali di vario genere, diviene prioritario incoraggiare i detenuti tossicodipendenti e alcolicodipendenti a una precoce comunicazione con gli operatori sanitari preposti;

- l'importanza della diagnosi: la diagnosi di tossicodipendenza e di alcolicodipendenza rappresenta il primum movens del percorso; per tale motivo essa deve:
a) essere accurata;
b) utilizzare i criteri diagnostici previsti dall'Accordo Stato/Regioni del 18 maggio 2011 (l.c.d-9-Cm. codici 303, 304, 305 e 292);
c) essere tempestiva (non oltre i 30 giorni dal momento della dichiarazione di tossicodipendenza o di alcolicodipendenza da parte dell'interessato).

La presenza di diagnosi positiva per tossicodipendenza o alcolicodipendenza costituisce condizione sine qua non per l'avvio del percorso.

- Le opzioni terapeutico-riabilitative ed educativo-riabilitative:
➤ l'espiazione della pena con percorsi alternativi alla detenzione deve poter effettuarsi secondo un ventaglio completo di opportunità terapeutico-riabilitative o educativo-riabilitative che devono essere garantite anche a persone in stato di detenzione al pari delle persone libere;

➤ nessuna opzione di tale ventaglio deve essere escludibile a priori, poiché solo in tal modo è possibile garantire ai detenuti tossicodipendenti o alcolicodipendenti la fruizione di programmi terapeutici commu-

surati al tipo, gravità e fase di malattia di ogni singolo soggetto;
➤ i programmi possono sinteticamente suddividersi in ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, misti;
➤ le strutture preposte all'attuazione di tali programmi sono: i Sert, le Comunità residenziali o semiresidenziali a gestione pubblica o degli enti ausiliari della Regione Toscana;

➤ i programmi terapeutici possono essere svolti, in ciascuna di queste strutture, con un impianto prevalentemente pedagogico-riabilitativo o prevalentemente terapeutico-riabilitativo; in alcuni casi i programmi possono includere processi terapeutici volti all'inclusione sociale (es. inserimenti lavorativi, inserimenti socio-terapeutici, tirocini formativi, diritto allo studio ecc.);
➤ i programmi possono essere misti (es. ambulatoriale + semiresidenziale) oppure possono essere sequenziali (es. residenziale e poi ambulatoriale e viceversa);
- percorso e step-care: ogni tipo di percorso (presso Sert o presso Comunità) deve essere percepito, sia dai vari professionisti che dalla Magistratura di sorveglianza e dall'Autorità giudiziaria in genere, come un processo che in modo equivalentemente valido "accompagna" il soggetto; l'accompagnamento deve prevedere un sistema di step-care, cioè l'evolversi e il progredire del programma terapeutico secondo il seguente criterio:

obiettivo => suo raggiungimento => obiettivo successivo => suo raggiungimento, e così via (metodo step by step);
- **garanzie e professionalità al lavoro:** la struttura Sert deve garantire, oltre alla corretta e tempestiva diagnosi, la individuazione e formulazione del programma terapeutico ritenuto più idoneo al soggetto, relattivamente al tipo e gravità della dipendenza, alla fase di malattia, al grado di motivazione personale, alle aspettative e alla realizzabilità delle stesse da parte del soggetto e delle sue condizioni socio-relazionali e strutturali di partenza;

- **l'obiettivo primario** è evitare di proporre programmi approssimativi o comunque inadatti, fonte di potenziali fallimenti, che sono esiti disastrosi da scongiurare a causa del forte disagio psichico e sociale che ne possono derivare; il processo di diagnosi, individuazione e formulazione del programma terapeutico e sua attuazione è componente fondamentale della mission dei Sert;
- **durata dei programmi terapeutici in relazione alla durata delle pene;** tutti i programmi hanno una durata; quando terminano, i Sert effettuano per il soggetto una fase di follow-up; tale monitoraggio ha peraltro piena valenza di programma ai fini dell'espiazione di pena, in quanto esso consiste in una verifica puntuale e continuativa del raggiungimento o meno degli obiettivi di step individuati per il soggetto; il follow up è condotto con elementi documentabili e periodicamente aggiornati.

- **Attuatori - Sert**
Nel percorso assistenziale di persone tossicodipendenti o alcolicodipendenti detenuti interagiscono sia il Sert sul cui territorio interviene l'Istituto di pena o comunque il luogo di espiazione della pena (**Sert penitenziario**) sia il Sert territorialmente competente in base alla residenza del paziente (**Sert territoriale**).
- **Il Sert penitenziario** garantisce l'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti o alcolicodipendenti, indipendentemente dal loro luogo di residenza, con mandato di continuità assistenziale in favore di quei soggetti tossicodipendenti o alcolicodipendenti in carico al **Sert territoriale** o con mandato di diagnosi per coloro che si di-

chiarano tossicodipendenti o alcolicodipendenti e non sono conosciuti dal **Sert territoriale**;
- al **Sert territoriale** competono la predisposizione, la scelta e gli oneri di qualsiasi programma terapeutico-riabilitativo formulato per l'attuazione della misura alternativa alla pena; per estensione acquisisce la responsabilità e i relativi oneri anche relativamente a soggetti non conosciuti - ma residenti nel proprio territorio - che, in regime detentivo, vengono diagnosticati come tossicodipendenti o alcolicodipendenti dal **Sert penitenziario**;

- di norma il **Sert penitenziario** è emanazione del **Sert territoriale** ed esistono un'automatica continuità assistenziale e una regolare interrelazione tra i due Sert.
- Può accadere che un soggetto, residente in una certa provincia, sia detenuto in un carcere sito in altra provincia; in questo caso il **Sert penitenziario** e il **Sert territoriale** sono normalmente non collegati;
- la comunicazione tra **Sert Penitenziario** e **Sert territoriale** è elemento cruciale per il buon funzionamento del percorso; essa deve essere regolamentata, distinguendo pertanto i compiti dell'uno e dell'altro;

- **Uepe (Ufficio esecuzione Penale esterna)**
- **Tribunale di Sorveglianza**
- **Personale penitenziario afferente al Ministero della Giustizia: educatori, operatori Servizio Nuovi Giunti, corpo di Polizia Penitenziaria**

- **altri attori** (Comunità terapeutiche a gestione pubblica e degli enti ausiliari della Regione Toscana, Cooperative sociali, Associazioni di volontariato, Gruppi di mutuo aiuto) sono normalmente non collegati;
- **Le "équipes pluriprovenienti"**
L'attuazione del percorso è prerogativa dei vari attori sopramenzionati; poiché ciascun attore interviene con un proprio specifico compito e in specifiche fasi del percorso, occorre attivare un'integrazione sinergica.

All'interno del carcere, punto di partenza prevalente del percorso, l'équipe pluriproveniente (operatori penitenziari, Uepe e Sert penitenziario) deve riunirsi, nell'ambito di un protocollo operativo formalizzato, con frequenza regolare per aggiornare lo status dei singoli casi.

Ugualmente nel momento di attuazione della misura alternativa, ove la équipe pluriproveniente ha necessariamente una diversa composizione (Sert territoriale, Un, Ente ausiliario se implicato nel programma terapeutico-riabilitativo del singolo caso o altri attori).

Le équipes pluriprovenienti possono essere integrate, ove necessario, da rappresentanti di ulteriori unità operative (es. Psichiatria, nei casi con doppia diagnosi, Malattie infettive, nei casi con patologie infettivo-logiche droga-correlate).

I. Fasi del percorso: Descrizione - Modalità di attuazione e tempestiva - Protocolli - Motivazione del detenuto e preparazione/accompagnamento al percorso

A)
I. Contatto/accolgienza
II. Diagnosi di presenza/assenza di tossico-alcolicodipendenza e/o di patologie droga-alcol correlate; diagnosi di "attualità" di tossico-alcolicodipendenza; specifiche di percorso per soggetti territorialmente già conosciuti / non conosciuti

B)
III. Presa in carico (in caso di diagnosi positiva) e avvio iter valutativo-motivazionale
IV. Scelta e formulazione di programma terapeutico, dichiarazione di idoneità dello stesso e sua condivisione con il soggetto fruitore

V. Invio all'Autorità giudiziaria procedente del programma proposto

VI. Preparazione/accompagnamento del detenuto al percorso previsto

VII. Attuazione del programma terapeutico con verifiche in itinere

VIII. Conclusione del programma e avvio del follow-up

IX. Dimissione

Il flusso di informazioni, sia verso il Sert territoriale (casi non precedentemente conosciuti) che verso il Sert penitenziario (casi già conosciuti da attualizzare) deve comprendere i seguenti dati: caratteristiche socio-anagrafiche e tossicologiche, percorsi precedenti eventualmente effettuati, eventuali patologie correlate alla dipendenza. In alcuni casi è il soggetto stesso che si mette in contatto, tramite una lettera, con il Sert territoriale, richiedendone l'intervento. Aggregato fondamentale alla fase diagnostica è il documento stilato, all'ingresso del soggetto in carcere, dal Servizio nuovi giunti che registra non soltanto la "dichiarazione di tossicodipendenza o di alcolicodipendenza" spontaneamente rilasciata dal soggetto, ma anche i primi essenziali elementi clinici eventualmente presenti e che non attengono al mero dato anamnestico. Questo documento deve essere sempre reso disponibile al medico del Sert penitenziario, che può avvalersene ai fini della diagnosi.

In ogni caso, ove la diagnosi confermi la presenza di tossicodipendenza o di alcolicodipendenza, si avvierà il percorso assistenziale-terapeutico oggetto del presente documento.

Poiché spesso la richiesta di aiuto al Sert è affidata alla motivazione spontanea del singolo soggetto detenuto, è opportuno che la stessa venga incoraggiata dagli operatori penitenziari e monitorata nel tempo.

La diagnosi di tossicodipendenza o alcolicodipendenza deve essere basata non solo sul mero riscontro anamnestico ma su elementi clinici o documentali recenti al fine di garantire a tutti i soggetti detenuti l'uguaglianza delle procedure diagnostiche e dei processi decisionali che ne conseguono.

Tale diffusione comunicativa del programma terapeutico ha lo scopo, rendendone edotti tutti gli attori e il fruitore, di avviare il processo di preparazione e accompagnamento del detenuto alla fase attuativa. È infatti da questo momento che possono avviarsi i colloqui con operatori della comunità terapeutica (nel caso in cui il programma la preveda) o con altri attori terzi, quali le cooperative sociali, le associazioni di volontariato, i gruppi di mutuo aiuto.

Tali colloqui preparatori potranno aver luogo in carcere - se il soggetto si trova in stato di detenzione - o fuori dal carcere,

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

cedere previste dall'amministrazione penitenziaria per gli incontri con il detenuto), volti all'identificazione del programma terapeutico;

oppure
- se la logistica, la geografia o l'organizzazione interna del lavoro non glielo permettono, può fornire delega in tal senso al Sert penitenziario, che pertanto svolgerà l'iter valutativo-motivazionale per suo conto e ne trasmetterà le risultanze e/o le proposte terapeutico-riabilitative al Sert territoriale attraverso una relazione scritta.

In entrambi i casi il Sert territoriale, raccolti i dati motivazionali provenienti anche dalle varie professionalità che hanno operato nel carcere (psicologo, assistente sociale, medico, educatore ecc.), procede alla discussione del caso all'interno del proprio staff e formula/redige il programma terapeutico-riabilitativo ritenuto più idoneo al caso, secondo criteri condivisi: tipo e grado di dipendenza, fase di malattia, livello motivazionale, attitudini, situazione familiare-abitativa, occupazionale-relazionale del soggetto, oltre alla verifica della disponibilità/fattibilità del programma per lui individuato.

Si consideri comunque che il colloquio tra operatori Sert e detenuto, per la formulazione e attivazione di un percorso riabilitativo, verte sulla congruenza della richiesta e sull'appropriatezza della risposta.

La richiesta di intervento è finalizzata a effettuare un percorso terapeutico in attuazione di una misura alternativa alla pena (affidamento in prova per casi particolari), fruibile dai soggetti "definitivi", il Sert territoriale è responsabile della formulazione e dell'attuazione del piano terapeutico individuale, sia ambulatoriale che semiresidenziale o residenziale.

Il Sert territoriale, sulla base della conoscenza del caso e/o supportato da informazioni assunte dal Sert penitenziario e dai familiari, propone un programma terapeutico-riabilitativo.

Il soggetto deve essere tempestivamente e dettagliatamente informato del programma per lui individuato ed esprimere il suo parere favorevole, prima che tale programma venga comunicato agli organismi competenti (Autorità giudiziaria competente).

La formulazione e redazione del programma terapeutico-riabilitativo è di competenza esclusiva del Sert territoriale che in tal modo si assume oneri e responsabilità connessi a tale programma, sia nella sua parte dichiaratoria (disponibilità ad attuarlo, comunicazione di idoneità e fattibilità all'interessato e all'Autorità giudiziaria competente) che in quella attuativa (fase C del percorso).

Una volta che il programma terapeutico-riabilitativo è stato deciso, condiviso con l'interessato e redatto, il Sert territoriale provvede a darne comunicazione all'Autorità giudiziaria procedente, o per il tramite dell'Uepe o per il tramite dei legali rappresentanti del soggetto o per il tramite degli operatori afferenti all'area penitenziaria; medesima comunicazione deve comunque pervenire anche agli operatori afferenti all'area penitenziaria.

A partire dall'avvio del programma attore e fruitore ne conoscono gli estremi e le rispettive responsabilità, ivi compresa - per il fruitore - la conoscenza delle regole previste dal programma (a esempio la permanenza in Comunità e le regole connesse) e la consapevolezza che la non adesione alle stesse sarà annotata dagli operatori.

Parte integrante e sostanziale del programma (sia che esso abbia svolgimento ambulatoriale che semiresidenziale o residenziale in Comunità terapeutiche o misto) sono le verifiche in itinere: poiché il programma prevede la metodologia di step-care, tali verifiche devono essere in linea con essa e documentare, step by step, il raggiun-

gimento degli obiettivi via via previsti e la predisposizione al passaggio agli obiettivi successivi. Nel caso del percorso ambulatoriale ogni intervento previsto dai Sert è da condividere con gli assistenti sociali dell'Uepe, preferibilmente nel quadro di accordi generali che definiscano competenze, metodologie di collaborazione e comunicazione, tempi e modalità delle verifiche. È opportuno redigere Report periodici sull'andamento dei percorsi individuali ed effettuare incontri programmati di verifica sull'andamento dei vari programmi. La tempestiva delle verifiche potrà essere concordata tramite specifici protocolli d'intesa tra Uepe e Sert.

L'oggetto delle verifiche è l'aderenza del soggetto fruitore al proprio programma, il grado di raggiungimento degli obiettivi di step, le eventuali criticità o difficoltà incontrate, la fattibilità e aderenza all'obiettivo di step successivo.

Il documento scritto che certifica e attesta l'avvenuta verifica è il prodotto delle osservazioni effettuate dall'équipe pluriproveniente esterna (Sert territoriale, Uepe, eventuali attori terzi), le quali, convergendo nel Sert responsabile del programma, vengono poi da esso emanate nella direzione dell'Autorità giudiziaria per il tramite dell'Uepe.

Il momento di convergenza delle varie informazioni oggetto delle verifiche sarà "istituzionalizzato" mediante protocollo operativo tra Sert territoriale e Uepe.

Medesimamente e per le stesse motivazioni la comunicazione deve fluire anche in direzione degli attori terzi non afferenti Ssn o al ministero della Giustizia (volontariato, comunità terapeutiche).

Tra la condivisione della scelta e l'avvio del programma il detenuto deve poter usufruire di prestazioni motivazionali che lo preparino al suo eventuale percorso esterno. Occorre pertanto attivare nelle strutture penitenziarie percorsi gruppal di tipo "focus", di durata predefinita per numero di incontri, all'interno dei quali, a seconda della scelta del programma, si affronta il tema del cambiamento. Nel caso di rientro sul territorio i temi verterebbero sulle difese da attivare rispetto alle recidive, sulla normativa da rispettare e sulla necessità o modalità di mantenere la motivazione. Per chi dovesse fare ingresso in Comunità, il gruppo affronterebbe argomenti relativi alle caratteristiche delle varie strutture, alle difficoltà relazionali, alla solidarietà, all'impegno da assumersi e al rapporto esistente tra il percorso residenziale e la misura alternativa. I conduttori dei gruppi potrebbero essere afferenti da più istituzioni tra quelle coinvolte (Sert territoriale, Sert Penitenziario, Uepe oppure personale terzo, purché opportunamente formato).

La partecipazione ai gruppi e i colloqui con un tutore individuale, dovrebbero essere utili per far avvicinare il detenuto tossicodipendente al futuro percorso e favorire, in lui, la conoscenza del programma, la motivazione al cambiamento e la sperimentazione di un percorso ideale in attesa di vivere quello reale.

Fase C
Attuazione del programma terapeutico nella misura alternativa - Verifiche in itinere - Fine del programma e avvio del follow-up - Dimissione

L'attuazione del programma terapeutico nella misura alternativa ha inizio dal momento della concessione della stessa da parte dell'Autorità giudiziaria.

A partire dall'avvio del programma attore e fruitore ne conoscono gli estremi e le rispettive responsabilità, ivi compresa - per il fruitore - la conoscenza delle regole previste dal programma (a esempio la permanenza in Comunità e le regole connesse) e la consapevolezza che la non adesione alle stesse sarà annotata dagli operatori.

Parte integrante e sostanziale del programma (sia che esso abbia svolgimento ambulatoriale che semiresidenziale o residenziale in Comunità terapeutiche o misto) sono le verifiche in itinere: poiché il programma prevede la metodologia di step-care, tali verifiche devono essere in linea con essa e documentare, step by step, il raggiun-

gimento degli obiettivi via via previsti e la predisposizione al passaggio agli obiettivi successivi. Nel caso del percorso ambulatoriale ogni intervento previsto dai Sert è da condividere con gli assistenti sociali dell'Uepe, preferibilmente nel quadro di accordi generali che definiscano competenze, metodologie di collaborazione e comunicazione, tempi e modalità delle verifiche. È opportuno redigere Report periodici sull'andamento dei percorsi individuali ed effettuare incontri programmati di verifica sull'andamento dei vari programmi. La tempestiva delle verifiche potrà essere concordata tramite specifici protocolli d'intesa tra Uepe e Sert.

L'oggetto delle verifiche è l'aderenza del soggetto fruitore al proprio programma, il grado di raggiungimento degli obiettivi di step, le eventuali criticità o difficoltà incontrate, la fattibilità e aderenza all'obiettivo di step successivo.

Pubblichiamo la delibera della giunta regionale n. 1229 del 27 dicembre 2011 relativa al «Finanziamento dei Laboratori di Sanità pubblica di Area vasta. Destinazione di risorse».

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 67, comma 3-bis, della Lr 24/02/2005, n. 40, e s.m.i., riguardante la disciplina dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Usl, e in particolare dei laboratori di Sanità pubblica di Area vasta;

Vista la delibera della Giunta regionale del 20/10/2008, n. 839 che ha approvato lo schema di protocollo di intesa tra Regione Toscana, Arpat, Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana e O.o.Ss. per la realizzazione di un sistema integrato dei laboratori della Toscana;

Visto il protocollo d'intesa firmato in data 22/10/2008 dall'Assessore al Diritto alla salute, dall'Assessore alla Tutela dell'ambiente e all'energia, dall'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana, dall'Istituto zooprofilattico sperimentale del Lazio e della Toscana e dalle organizzazioni sindacali;

Vista la Delibera della Giunta regionale del 17/11/2008, n. 932 che ha approvato i criteri operativi per la realizzazione del Sistema integrato, in attuazione della delibera della Gr 20/10/2008, n. 839;

Vista la Delibera della Giunta regionale del 18/01/2010, n. 26, come modificata dalla deliberazione della Giunta regionale 08/11/2010, n. 922, che ha approvato il Progetto definitivo per la realizzazione del Sistema integrato dei laboratori della Toscana;

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 47 del 24/02/2009 che costituisce, ai sensi e per gli effetti di cui all'allegato A, paragrafo 2.2, della Dgr n. 932/2008, la Cabina di regia regionale del sistema integrato dei laboratori;

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 235 del 13/12/2010 che ricostituisce la Cabina di regia regionale del sistema integrato dei laboratori, aggiornando la composizione rispetto a quanto disposto dal Dpgr 49/2009;

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 165 del 07/10/2011 che sostituisce alcuni membri della Cabina di regia regionale del sistema integrato dei laboratori della Toscana;

Visto il decreto dirigenziale n. 1687 del 05/05/2011 che approva per i laboratori di Sanità pubblica di Area vasta le modalità di individuazione dei costi e relativi criteri di ripartizione dei laboratori medesimi, recependo le conclusioni del gruppo di lavoro regionale istituito dalla Cabina di regia regionale sulla tematica;

Considerato che l'allegato A del Dd 1687/2011 prevede

SBLOCCATI I FONDI

Stanziare le risorse per finanziare i laboratori pubblici di Area vasta

Pronti 7 milioni per le Asl: risorse calcolate in base ai costi della rete nel 2009

che dall'anno 2011 l'importo complessivo del risultato di esercizio di tutte le strutture di laboratorio appartenenti alla rete dei Lsp regionali, è accantonato su un apposito capitolo regionale, stabilendo che l'importo previsionale di partenza è determinato in base al totale del risultato di esercizio di tutti i Lsp dell'anno 2009;

Ritenuto di attuare quanto previsto all'art. 67, comma 3-bis, della Lr 40/2005, in coerenza con le indicazioni tecniche individuate nel decreto dirigenziale 1687/2011, prendendo in via presuntiva a favore delle Aziende sanitarie che gestiscono le strutture laboratoristiche appartenenti alla rete dei laboratori di Sanità pubblica di Area vasta l'importo di euro 7.051.826,49, che rappresenta il totale dei costi della rete medesima calcolato nell'esercizio 2009, a valere sul capitolo 26204 (spese per il finanziamento dei laboratori di Sanità pubblica di Area vasta) - fondo sanitario vincolato, secondo la seguente ripartizione:

- Az. Usl 2 di Lucca, euro 1.627.874,00;
- Az. Usl 3 di Pistoia, euro 439.393,56;
- Az. Usl 7 di Siena, euro 1.680.464,00;
- Az. Usl 9 di Grosseto, euro 432.233,93;
- Az. Usl 10 di Firenze, euro 2.871.861,00;

Ritenuto di rimandare la definitiva assegnazione degli importi sopra indicati a un successivo atto della struttura competente della Giunta regionale che sarà approvato sulla base della rendicontazione economica elaborata conformemente alle indicazioni del Dd 1687/2011;

Vista la Lr n. 66 del 29/12/2010 "Bilancio di Previsione per l'anno finanziario 2011 e Bilancio pluriennale 2011-2013";

Vista la Dgr n. 5 del 10/01/2011 "Approvazione bilancio gestionale 2011 e pluriennale 2011-2013";

DELIBERA
1. di attuare quanto previsto all'art. 67, comma 3-bis, della Lr 40/2005, in coerenza con le indicazioni tecniche individuate nel decreto dirigenziale 1687/2011, prendendo sul capitolo 26204 (spese per il finanziamento dei laboratori di Sanità pubblica di Area vasta) - fondo sanitario vincolato del bilancio corrente, che presenta la necessaria disponibilità, la somma complessiva di euro 7.051.826,49 secondo la seguente ripartizione:

- Az. Usl 2 di Lucca, euro 1.627.874,00;
- Az. Usl 3 di Pistoia, euro 439.393,56;
- Az. Usl 7 di Siena, euro 1.680.464,00;
- Az. Usl 9 di Grosseto, euro 432.233,93;
- Az. Usl 10 di Firenze, euro 2.871.861,00;

2. di dare mandato alla competente struttura della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di adottare i provvedimenti necessari per dare piena attuazione a quanto disposto dal presente atto, sulla base della rendicontazione economica elaborata dai laboratori di Sanità pubblica di Area vasta conformemente alle indicazioni del Dd 1687/2011.

Quando il programma terapeutico-riabilitativo giunge al termine, il Sert territoriale predispone per il soggetto un programma di follow-up, volto a verificare il mantenimento o meno degli obiettivi raggiunti.

Nel caso in cui il programma terapeutico abbia una durata inferiore alla durata della pena comminata, il Sert territoriale deve dare comunicazione all'Autorità giudiziaria, per il tramite dell'Uepe, dell'avvio della fase di follow-up, che evidentemente è parte integrante della fase riabilitativa del programma.

La durata del follow-up è variabile dipendente della durata del fine pena. La dimissione del soggetto avviene al termine del follow-up.

Nel caso in cui il programma terapeutico abbia una durata superiore alla durata della pena comminata, il Sert territoriale proseguirà in verifiche e documentazione delle stesse fino al fine pena, con le modalità sopradescritte.

Nel caso di percorsi in Comunità terapeutica è opportuno che il Sert territoriale, l'Uepe e la Comunità terapeutica ospitante, effettuino incontri congiunti a cadenza concordata con il soggetto inserito, come verifica in itinere del percorso e a eventuali modifiche del programma terapeutico.

Valutazione
a) A livello territoriale
La valutazione delle presenti Linee di indirizzo verrà effettuata, a livello territoria-

le, sull'efficienza ed efficacia dell'applicazione del percorso individuale attivato, mediante riunioni con cadenza periodica mensili-bimestrali delle équipes pluriprovenienti (quelle presenti nel carcere o quelle esterne al carcere), anche al fine di effettuare aggiustamenti in itinere del percorso assistenziale generale sulla base di report specifici relativi ai percorsi attuati e sull'emersione di eventuali criticità rilevate corredate da proposte idonee a superarle. Tali report dovranno essere inviati al competente ufficio regionale (P.o. "Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze") con cadenza bimestrale.

b) A livello regionale

La valutazione a livello regionale per verificare l'andamento del sistema verrà effettuata dal Tavolo regionale che ha predisposto le presenti linee di indirizzo con il coordinamento del Settore servizi alla persona sul territorio della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale della Giunta regionale toscana. Il tavolo prenderà in esame i report trasmessi dalle équipes pluriprovenienti ed effettuerà incontri con rappresentanti delle stesse. Il Tavolo redigerà un report finale sull'attuazione sull'intero territorio regionale delle presenti linee di indirizzo con l'individuazione delle eventuali criticità riscontrate e delle proposte per superarle.

Il report verrà utilizzato dalla Giunta regionale per le eventuali modifiche che si rendessero necessarie alle presenti linee di indirizzo.

MODELLI Regione, Asl 12 di Viareggio, Aoup e volontari uniscono le forze



Il Consultorio trans si rafforza

Un'équipe multidisciplinare assicurerà la presa in carico dei transessuali

Una finestra aperta sul mondo transessuale. O meglio, un ponte tra questo mondo e i servizi socio-sanitari con una équipe multidisciplinare in grado di assistere le persone con disturbi dell'identità di genere, seguendole per l'intero percorso di riconoscimento del proprio sesso, fino all'eventuale intervento chirurgico. Il Consultorio transgenere è stato istituito nei primi mesi del 2008 con un progetto condiviso con la Asl 12 di Viareggio, approvato e finanziato dalla Regione Toscana. Nel corso degli anni il Consultorio transgenere è diventato sempre più un punto di riferimento importante per le persone transessuali e un raccordo fondamentale con i servizi socio-sanitari, in quanto il percorso di cambiamento di genere si articola in diverse e specifiche fasi che vedono l'integrazione di attività consultoriali e attività sanitarie.

La persona che si rivolge al Consultorio transgenere troverà accoglienza e presa in carico attraverso riunioni di équipe tra responsabile dell'accoglienza, psicoterapeuta e psichiatra, a cui seguiranno colloqui di valutazione della condizione di disturbo dell'identità di genere sessuale con psicoterapeuta e psichiatra; l'invio alla struttura ospedaliera per la terapia ormonale sostitutiva,

Cambiare sesso è una scelta sofferta: serve il massimo supporto

La prima volta che a Pisa è stato effettuato un intervento di conversione andro-ginoide, cioè da maschio a femmina, risale a circa un anno fa. L'operazione, perfettamente riuscita, è stata effettuata su un paziente di 42 anni, toscano. A guidare l'équipe chirurgica è stato Girolamo Morelli, che dal 1995 si occupa di chirurgia urogenitale ricostruttiva all'interno del programma di chirurgia urogenitale diretto da Riccardo Minervini, ordinario di urologia. Fondamentale nella fase preparatoria dell'intervento il supporto di Paolo Miccoli (direttore del dipartimento Chirurgico e della Uo Chirurgia generale 2) e di Paolo Vitti (direttore del dipartimento Endocrinologia e rene e della Uo Endocrinologia 1). Aveva assistito Carlo Trombetta, dell'azienda ospedaliero-universitaria di Trieste. Un fatto che ha unito Pisa al ristretto gruppo di centri italiani (Bari, Bologna, Napoli, Roma, Torino, Trieste) dove viene effettuato questo tipo di intervento.

Sempre Morelli ha coordinato poi l'équipe del primo intervento gino-androide, cioè da femmina a maschio, eseguito i primi di febbraio di quest'anno nel reparto di chirurgia generale 2 dell'ospedale di Pisa su un paziente toscano di 44 anni. Un intervento durato sei ore che comporta una doppia operazione: una prima per togliere utero, ovaie e seno. E poi, in una fase successiva, in cui il paziente dovrà tornare in sala operatoria per la "falloplastica" ovvero la tecnica ricostruttiva genitale che non può essere fatta prima di tre o quattro mesi.

Una tecnica complessa che ha richiesto un'équipe multidisciplinare con urologo e chirurgo plastico. L'intervento ha coinvolto anche Tommaso Simoncini e Nicola Pluchino per la parte ginecologica e Marcello Pantaloni e Matteo Lencioni per la parte di chirurgia plastica. Per gli interventi di Rcs effettuati presso l'ospedale di Cisanello, ci sono già numerose richieste. La lista di attesa è tenuta dall'Ufficio prenotazioni chirurgiche dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana.

Quella di cambiare sesso è sempre una scelta molto sofferta. Qualunque sia il percorso, il servizio sanitario toscano vuole essere al fianco delle persone che lo intraprendono, offrendo loro l'assistenza necessaria per supportare le loro scelte.

per gli esami diagnostici necessari

per la riattribuzione chirurgica di sesso, assistenza per la riassegnazione anagrafica di sesso; follow up per almeno 6 mesi dopo la riassegnazio-

ne di sesso.

Il Consultorio transgenere, negli anni 2010-2011 ha avuto in carico 35 utenti, di cui 18 nuovi utenti dal marzo 2011 a oggi (12 dalla Tosca-

na e 6 utenti provenienti da altre Regioni). Nel periodo marzo-settembre 2011 il personale specializzato ha prestato complessivamente 250 ore: 38 ore di accoglienza e colloqui

informativi, 134 ore di psicologia e psicoterapia, 23 ore di psichiatria, 11 ore di consulenza legale, 44 ore di attività di gruppo mutuo e auto aiuto.

È nata quindi l'esigenza di creare un team di professionisti che collaborano e interagiscono tra loro, appartenenti a realtà diverse come: l'Asl 12 di Viareggio, l'azienda ospedaliera pisana e l'associazione di volontariato "Consultorio trans genere" con sede a Torre del lago (Lucca), ognuno con le proprie specifiche competenze, che ha visto la realizzazione di un progetto comune a cui è seguita la firma di un protocollo d'intesa.

Il progetto è stato finanziato dalla Regione Toscana che ha destinato alle attività del Consultorio transgenere la somma di 72.800 euro per l'anno 2012, somma necessaria per l'espletamento delle varie attività di competenza del Consultorio stesso, compresa l'emissione della certificazione per il «Dig» (disturbo d'identità di genere) e l'invio presso l'azienda ospedaliera pisana per la presa in carico endocrinologia e chirurgica per l'intervento di «Rcs» (riassegnazione chirurgica di sesso).

A cura di
Chiara Bini
Agenzia Toscana notizie

TUTTE LE TAPPE DEL PERCORSO PREPARATORIO

La lunga «transizione» prima dell'intervento

Non per tutti l'iter è lo stesso. Non tutti sentono come necessaria la strada dell'intervento chirurgico. Quello che viene comunemente definito "transizione", il percorso che una persona transessuale deve affrontare, è comunque lungo, minimo di due anni. E nel caso si volesse arrivare alla riassegnazione chirurgica del sesso, in Italia il passo è regolamentato dalla legge.

Le fasi del percorso

- l'introspezione: la persona, a seguito del persistente disagio che sente col proprio corpo e col ruolo che deve condurre nella società, comincia a "formalizzare" le domande su di sé e la propria identità, e a sentire il bisogno di un confronto su questi temi;
- il contatto coi professionisti: in base a questo bisogno,

direttamente o attraverso le associazioni di utenti, si arriva a contattare degli specialisti per capire meglio se stessa o se vuole ottenere terapie ormonali o chirurgiche;

- il percorso psicologico: è una delle fasi fondamentali del processo. Ha una doppia valenza, diagnostica e terapeutica/supportiva: la prima ha lo scopo di valutare correttamente la situazione e la "realtà" della condizione transessuale. La seconda serve da "appoggio" alla persona per aiutarla nei momenti difficili del percorso che l'aspetta. Il percorso psicologico continua in parallelo agli steps successivi, accompagnando la persona, a seconda dei biso-

gni, fino alla riconversione chirurgica e/o anche oltre;

- la terapia ormonale: al termine dei primi sei mesi di percorso psicologico viene esaminata l'opportunità di autorizzare una terapia ormonale. Lo scopo della terapia è quello di modificare i caratteri sessuali terziari (femminilizzare l'aspetto nelle MtF e mascolinizzarlo negli FtM), per quanto possibile, ed inibire manifestazioni fisiche proprie del sesso biologico di appartenenza. La terapia ormonale, o meglio i suoi effetti, sia fisici che psicologici, hanno anche una forte valenza "auto-diagnostica" in quanto soggetti una spinta conferma-

tiva, o indurlo a riconsiderare tutto il percorso. La terapia, con opportuni aggiustamenti e stretto controllo medico, continuerà poi per tutta la vita;

- il "test di vita reale" (Rlt, Real life test): la persona, sempre col supporto psicologico, in genere contestualmente all'inizio della terapia ormonale, inizia a "vivere" nel mondo come persona del sesso a cui sente di appartenere. Anche questa fase è fortemente auto-diagnostica;

- l'iter legale: nel caso la persona interessata richieda la riconversione chirurgica del sesso, trascorsi due anni dall'inizio del percorso psicologico, i professionisti che

l'hanno seguita stilano delle relazioni sulla persona e sul percorso effettuato. La richiesta di autorizzazione all'intervento chirurgico dovrà essere inoltrata al Tribunale competente per residenza. Il giudice, accettando le perizie di parte o sentito il parere di periti d'ufficio, può decidere se concedere l'autorizzazione con sentenza. Per come la Legge 164 è comunemente interpretata, a valle dell'effettivo svolgimento dell'intervento chirurgico, viene effettuato un secondo ricorso, col supporto della cartella clinica che attesti l'avvenuto intervento, per ottenere, sempre dal Tribunale, la rettifica dei dati anagrafici;

- la Rcs (Riconversione chirurgica di sesso): ottenuta l'autorizzazione all'intervento, la persona richiede ad uno dei centri chirurgici abilitati a questi interventi di essere inserita nella lista d'attesa;

- il re-inserimento sociale: in generale inizia già all'epoca del Real Life Test, ma si completa a valle della conclusione dell'iter legale: si tratta di riconfigurare la propria vita in tutto e per tutto, da un punto di vista lavorativo, affettivo, relazionale e procedere con il cambio del sesso anagrafico sui documenti;
- il "follow-up": Il follow-up dura almeno sei mesi e ha lo scopo di verificare l'inserimento sociale e le condizioni psicofisiologiche connesse con gli adeguamenti effettuati.

PARLA LUCE GATTESCHI, DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI DELL'ASL 12 DI LIVORNO

Risale a quattro anni fa la prima convenzione tra il Centro transgenere e l'Asl 12 di Viareggio. E da allora Luce Gatteschi, direttore dei Servizi sociali dell'Asl 12, vive in presa diretta la difficile realtà del transessualismo, ovvero di chi è affetto da disturbi dell'identità di genere sessuale. L'Asl si è affiancata al Consultorio transgenere da quando il centro, che già faceva attività da più di dieci anni ma tutta di volontariato, ha richiesto finanziamenti pubblici. La risposta della Regione Toscana è arrivata subito e così, con la collaborazione dell'Asl, la connotazione del centro dove si trattano tematiche per lo più sociali e culturali, è diventata anche di tipo sanitario. Dal 2008 a oggi poi l'evoluzione ha portato al protocollo firmato di recente tra Asl 12 di Viareggio, l'azienda ospedaliera pisana e l'associazione di volon-

«Contro il disagio vince l'accoglienza»

tariato "Consultorio trans genere".

Dottressa Gatteschi, in base alla sua esperienza, quali sono le difficoltà che queste persone si trovano ad affrontare?

Sfatiamo il luogo comune che la transessualità sia legata al problema della prostituzione. È un approccio banale e fuorviante e non prende in considerazione una realtà ben diversa e assai complessa che esiste e bisogna inquadrare nella sua vera dimensione e nell'adeguato contesto. Quello che avviene al Consultorio è fondamentalmente un momento di accoglienza. Persone preparate accolgono e parlano con chi arriva qui, in primo luogo, perché non sa come affron-

tare i suoi disagi. E soprattutto perché non sa come farli affrontare alla società. Sa, uno dei problemi più frequenti per queste persone è il lavoro. Non lo trovano perché non li vogliono. O magari vengono additati e presi in giro. Un altro problema frequente è il rapporto con la famiglia.

Già, come va con le famiglie?

Al primo manifestarsi dell'anomalia la gran parte delle famiglie la prende male. Poi, quando riescono a capire che la cosa non è un fatto volontario, che non è un vizio ma una condizione assai complessa, l'accettano. Anzi, nella maggioranza dei casi riescono a essere anche collaborative.

Il supporto psicologico e i gruppi di mutuo aiuto con le famiglie organizzati dal Consultorio sono molto utili in questo senso.

Le domande più frequenti che i transessuali rivolgono al Consultorio?

Di aiutarli ad accettarsi e poi a farsi accettare.

Che cosa li spaventa di più?

La discriminazione.

Come è la situazione dell'Italia sul tema "transessuali" rispetto all'Europa?

Ancora molto arretrata. La cultura sessuofobica è pervasiva, ci lascia agli ultimi posti in una ipotetica classifica di Paesi europei evoluti. La Toscana da questo punto di vista ha un atteggiamento molto avanzato ed è sintomatico anche dell'attenzione che da anni la Regione rivolge a questo tema.

PISA

Una ricerca condotta dall'Università sulla zona visiva associativa del cervello

Il mistero della visione cieca



Scoperte connessioni alternative tra nuclei del talamo e aree del movimento

Uno studio realizzato da ricercatori dell'Università di Pisa ha dimostrato che l'area visiva associativa del cervello denominata hMT+ riceve anche informazioni direttamente dal talamo, aggirando la corteccia visiva primaria. Questa scoperta, pubblicata dalla rivista scientifica NeuroImage, rivela che tale area, deputata alla percezione del movimento, risponde per prima e in maniera indipendente dall'attivazione della corteccia visiva primaria e conferma, quindi, quanto già da tempo ipotizzato dagli

scienziati, ovvero che esistono connessioni alternative dirette tra i nuclei del talamo e le aree visive associative.

Un'ipotesi suffragata anche dall'osservazione clinica di individui che, divenuti ciechi a causa della distruzione completa della corteccia visiva primaria, mantengono la capacità di discriminare correttamente il colore o la posizione di un oggetto nello spazio quando sono forzati a scegliere tra due possibilità, fenomeno noto con il nome di visione cieca. In natura la capacità di percepire rapidamen-

te il movimento è fondamentale per la sopravvivenza. Il riconoscimento di stimoli visivi di movimento avviene in un'area del cervello chiamata appunto hMT+ nell'uomo. Quando ci guardiamo attorno, gli stimoli visivi che colpiscono la retina arrivano al nucleo genicolato laterale nel talamo, quindi raggiungono la corteccia visiva primaria (V1) e da qui giungono alle aree visive associative, compresa hMT+, ove il cervello forma la rappresentazione cosciente di ciò che abbiamo visto. La ricerca pisana ha eviden-

ziato che esiste una via di connessione alternativa.

«Questa via diretta, bypassando la corteccia visiva primaria - spiega Pietro Pietrini, psichiatra, ordinario di Biochimica clinica a Pisa - può giocare un ruolo fondamentale per la percezione rapida del movimento e può contribuire a spiegare la persistenza del riconoscimento inconscio del movimento, in individui che presentano una distruzione della corteccia visiva primaria, come accade nel fenomeno del blindsight». Alcuni anni fa una

ricerca dello stesso laboratorio pisano dimostrò che hMT+ si sviluppa anche negli individui ciechi congeniti ed è responsabile della percezione del movimento durante la stimolazione tattile sulla punta delle dita, sia in soggetti normovedenti sia in individui ciechi dalla nascita. La ricerca è stata condotta presso il Laboratorio universitario di Biochimica clinica e biologia molecolare clinica dell'Aou.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou di Pisa

SIENA

Otorinolaringoiatria: filo diretto Santa Maria alle Scotte-Utrecht

Iniziativa unica nel suo genere in Italia quella attivata dall'Otorinolaringoiatria del policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, diretta da Daniele Nuti, all'interno del Dipartimento di Scienze neurologiche e neurosensoriali, diretto da Alessandro Rossi.

Da venerdì 17 febbraio, ogni settimana, saranno realizzati collegamenti in diretta tra la sala operatoria senese e quella dell'Università di Utrecht, con l'attivazione del programma formativo

Lezioni in streaming per i giovani medici specializzandi

“Resident training program”, per medici specializzandi delle due università che potranno assistere ad attività didattica comune e anche partecipare interattivamente all'attività scientifica e clinica nei due centri, con la supervisione del professor Rossi, che si farà garante dell'attività didattico-formativa. Di particolare interesse sarà il programma chirurgico in streaming effettuato presso la sala operatoria della Uo Chirurgia otologica e della base-cranica, diretta da Franco Trabalzini, dove saranno eseguiti interventi per il trattamento delle malattie dell'orecchio e delle strutture a esso correlate, in particolare chi-

urgia della sordità e della vertigine, preceduti da specifiche lezioni teoriche secondo un preciso iter didattico.

La diretta streaming sarà effettuata grazie alla preziosa collaborazione dei professionisti informatici Alberto Balistreri, Stefano Galli e Maurizio Cataldo, del Dipartimento universitario di Chirurgia e Bioingegneria, diretto da Bonizzella Biagioli. «Il nostro obiettivo è quello di garantire ai giovani medici elevati standard di qualità, al pari dei colleghi stranieri - spiega Franco Trabalzini -. Saranno infatti gli stessi specializzandi, sotto un'attenta attività tutoriale, a effettuare alcuni interventi, uniformando la loro esperienza pratica a quella dei colleghi di Oltralpe». Tale iniziativa rientra in un più ampio progetto di respiro europeo, che vede Siena candidata, ben supportata da molte Università straniere, a ospitare il congresso della Accademia europea di Otorinolaringoiatria per il 2014.

Ines Ricciato
Ufficio stampa
Policlinico
Santa Maria alle Scotte
di Siena

LUCCA

Sicurezza alimentare sotto la lente: gli esercenti al tavolo di confronto

Nel 2011 sono state inoltrate all'autorità giudiziaria due comunicazioni di reato nei confronti di operatori del settore alimentare, sono state elevate 108 sanzioni per violazioni varie in materia di normativa sulla sicurezza alimentare e posti sotto sequestro complessivamente 200.664 kg di alimenti nei 7 episodi di sequestro che si sono registrati.

Sono alcuni numeri del bilancio per il 2011 dell'attività del-

Per aumentare i controlli arrivano 12 nuovi auditor

l'unità funzionale Sicurezza alimentare e nutrizione dell'Usl 2, che ha il compito di garantire la sicurezza alimentare. L'unità funzionale Sicurezza alimentare e nutrizione è costituita da operatori di diversi profili professionali, medici, veterinari che compiono giornalmente interventi di prevenzione. Nel 2011 sono state erogate, nel territorio dell'Azienda Usl 2, 7.031 prestazioni professionali ed effettuate, in media, 346 prestazioni per operatore. Vanno inoltre ricordate tutte le attività che vengono effettuate dal personale dell'unità funzionale per la gestione delle Banche dati nazionali degli animali (7.042 interventi) e gli interventi nel settore della Nutrizione (139 interventi).

L'attività del settore Sicurezza alimentare e nutrizione non si limita a interventi di vigilanza nelle aziende o sul territorio. L'opera di prevenzione si esplica anche attraverso altre azioni orientate a garantire la sicurezza dei consumatori. A esempio, è stato formalizzato un tavolo di confronto con le Associazioni professionali degli esercenti e realizzato un seminario, molto partecipato, rivolto ai produttori di materiali a contatto con gli ali-

menti, settore, questo, fortemente rappresentato nel territorio provinciale (polo cartario). Nel mese di novembre è stato costituito un tavolo di confronto con le Associazioni dei consumatori e realizzati incontri con gli allevatori di equidi sia nella Piana che nella Valle del Serchio. Infine, per garantire i migliori risultati l'unità funzionale è certificata Iso 9001:2008. E nel 2011 sono stati preparati e formati 12 nuovi auditor Iso 22000:2005, per incrementare il numero di audit verso gli operatori del settore che dai 14 realizzati nel 2011 diventeranno 37 nel 2012.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 di Lucca

LIVORNO

L'Elba fa quadrato contro l'infarto: Ecg teletrasmessi dall'ambulanza

All'Elba la battaglia contro l'infarto parte direttamente a bordo delle ambulanze. Da alcuni giorni l'Azienda Usl 6 di Livorno ha esteso a tutto il territorio elbano la nuova offerta sanitaria per il trattamento dell'infarto miocardico acuto. Le ambulanze con medico sono state dotate di una nuova apparecchiatura che permette di trasmettere direttamente al reparto di Emodinamica dell'ospedale di Livorno, attivo 24 ore su 24, una serie di parametri vitali del cittadino soccorso per rilevare un eventuale infarto in corso e scegliere il miglior intervento possibile.

«Questa novità - spiega Luca Lavazza, direttore sanitario dell'Azienda Usl 6 di Livorno - rientra in un percorso di rivoluzione complessiva della gestione dei pazienti affetti da infarto. Fino al 2009, come rilevava la stessa Società italiana di cardiologia invasiva, il nostro territorio non aveva un'Emodinamica sempre attiva, non teletrasmetteva elettrocardiogrammi, né aveva protocolli di trombolisi pre-ospedaliera. Tutto questo è stato progressivamente messo in piedi e l'estensione del servizio all'Elba rappresenta un ulteriore passo in avanti per un'offerta sempre più appropriata verso un territorio che per

la particolare conformazione geografica e per l'alto tasso di incidenza degli infarti merita una cura specifica».

L'Elba si arricchisce così di un nuovo punto di tele-monitoraggio in emergenza. «In particolare - dice Francesco Genovesi, direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza - grazie alla nuova postazione medicalizzata attiva tutto l'anno sulle 24 ore e alla quale se ne aggiungeranno in estate altre due attive sulle 12 ore, l'Elba potrà usufruire del nuovo servizio che a breve coprirà l'intero territorio aziendale. Questa novità avrà una grossa ricaduta sull'offerta sanitaria. Il consiglio, quindi, per i cittadini che sospettino un caso di infarto è di rivolgersi direttamente al servizio telefonico del 118 che sarà in grado di far partire da subito il miglior percorso offerto dall'Azienda ed evitare di recarsi in autonomia al pronto soccorso. Di questo risultato dobbiamo ringraziare molte persone tra le quali sicuramente i medici dell'emergenza e le associazioni di volontariato che si sono dimostrate pronte e interessate alla novità».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

IN BREVE

LUCCA

L'Azienda Usl 2 di Lucca ha organizzato un seminario rivolto in particolare ai Comuni e ai gestori dei canili che attualmente effettuano attività di prevenzione del randagismo per fare il punto della situazione sul randagismo canino e sul controllo della riproduzione sul territorio dell'Azienda Usl 2. Nel 2011 i cani catturati sono stati 451, mentre erano stati 525 nel 2010 e 495 nel 2009. L'anno scorso 260 animali (il 57,65% di quelli catturati) sono stati restituiti ai proprietari, contro il 48,57% del 2010 e il 46,63% del 2009. I cani dati in adozione sono stati 213. Sempre nel 2011 sono state effettuate 695 sterilizzazioni di gatti (erano state 594 nel 2010 e 603 nel 2009), mentre i cani sterilizzati sono stati 59 (55 nel 2010 e 56 nel 2009).

PRATO

Sabato 18 febbraio si è tenuta a Prato la "Stroke Conference" un evento, organizzato dall'Unità operativa neurologia dell'Asl 4, che ha rappresentato un'occasione di discussione e confronto per migliorare le cure di questa patologia. Nel 2011, sono stati ricoverati 469 pazienti colpiti da ictus, 140 sono stati trattati nella Stroke Unit e quasi il 70% presso la Neurologia. Fino a oggi sono state eseguite 88 trombolisi sistemiche, con un trend annuo in progressivo incremento. Grazie alla collaborazione tra la Stroke Unit e la Neuroradiologia interventistica di Careggi, dal 2002 al 2011 sono stati trattati 40 pazienti con trombolisi arteriosa. Nel corso del 2011 la Stroke Unit di Prato ha sottoposto a trombolisi venosa e arteriosa 30 pazienti.

PISA

La Unità funzionale salute mentale adulti di Volterra propone un approccio ai disturbi d'ansia attraverso la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo. Ansia e attacchi di panico sono disturbi molto comuni, che compromettono significativamente la qualità della vita. Questa terapia permette di attenuare i sintomi dell'attacco di panico, e molti sintomi di natura ansiosa, con tecniche cognitive-comportamentali e senza l'impiego di farmaci. La terapia comprende 10 sedute settimanali di gruppo, nelle quali i partecipanti ricevono maggiori informazioni sull'origine dei disturbi, imparano tecniche di respirazione, analizzano e modificano le convinzioni che stanno alla base dei disturbi ansiosi. Il prossimo gruppo "partirà" a metà marzo.

CALENDARIO



28
FEB.
2012

LIVORNO

"Tabagismo in gravidanza" è il seminario organizzato dall'Asl 6 di Livorno e che si terrà nei locali di Ostetricia al Centro socio-sanitario Via Peppino Impastato. L'incontro ha l'obiettivo di sviluppare conoscenze per il colloquio motivazionale per la prevenzione del tabagismo in gravidanza. Per info: 0586223276, uff.formazione@usl6.toscana.it



29
FEB.
2012

FIRENZE

Si terrà al Padiglione 3 - Didattica del Nuovo Ingresso di Careggi la giornata delle malattie rare in Toscana dal titolo "Rari ma forti insieme". L'obiettivo è di sensibilizzare opinione pubblica, autorità sanitarie e politiche, comunità scientifica e media sulla questione delle malattie rare. Per info: 0503152110, crisim@jfc.cnr.it



2
MAR.
2012

AREZZO

Al consultorio familiare di Arezzo si terrà il seminario "Fumo, alcol e gravidanza". La prima edizione vuole ampliare le conoscenze del personale consultoriale sui danni provocati dalla dipendenza da fumo e alcol e conoscere metodi utili a motivare il cambiamento nell'utenza. Per info: 0575255828, alessandra.mori@usl8.toscana.it

CHI DONA SANGUE HA CUORE.

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



NUMERO VERDE
800 556060

www.regione.toscana.it/donareilsangue



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana



AVIS



FRATRES
DONATORI DI SANGUE