

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. 36 anno XV del 2-8 ottobre 2012 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

L'efficienza si raggiunge con le sinergie

di Luigi Marroni *

Il sistema trasfusionale toscano rappresenta una delle eccellenze della nostra Sanità, che ci contraddistingue anche nel panorama nazionale.

I livelli di efficienza ed efficacia raggiunti sono il risultato dell'impegno sinergico di tutte le componenti del sistema, dai trasfusionisti alle associazioni di volontariato, coordinati dalla regia attenta e concreta del Centro regionale sangue. La soddisfazione e l'orgoglio per il lavoro fatto e per i risultati conseguiti sono lo stimolo giusto per proseguire e per confrontarci con le sfide nuove che il sistema sanitario e trasfusionale italiano si trova a dover affrontare.

Non è la spending review il tema dominante per i prossimi mesi del settore trasfusionale, anche se ci sono ulteriori economie di scala da conseguire. La nostra attenzione invece si dovrà concentrare sulla nuova normativa sulla lavorazione del plasma, sulla nuova gara per l'individuazione dell'azienda incaricata della lavorazione del plasma per conto della Regione, sulla individuazione delle Regioni con cui costruire il percorso di gara. Occorre individuare la dimensione ottimale del raggruppamento di Regioni in modo da avere i quantitativi ottimali per la lavorazione e il giusto bilanciamento di necessità e di esigenze delle singole Regioni costituenti il nuovo accordo che andrà a so-

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

La rete ha resistito al calo estivo delle donazioni ma restano i gap tra le Asl

Il sistema sangue a bilancio

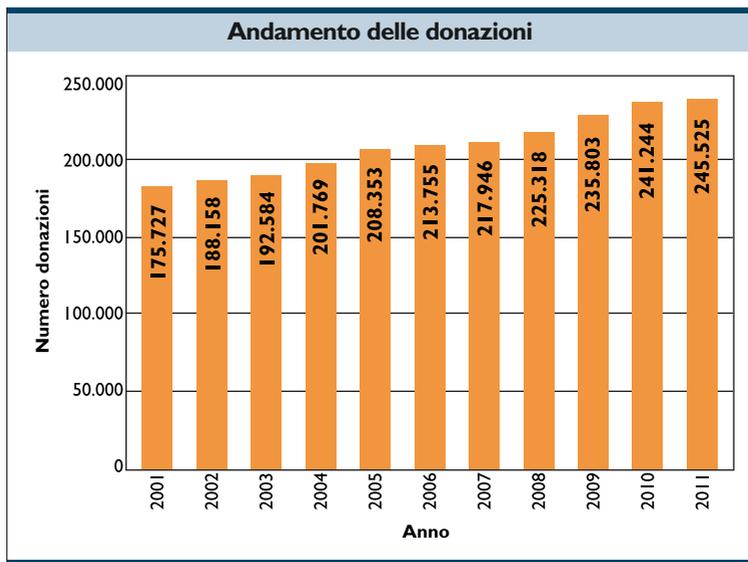
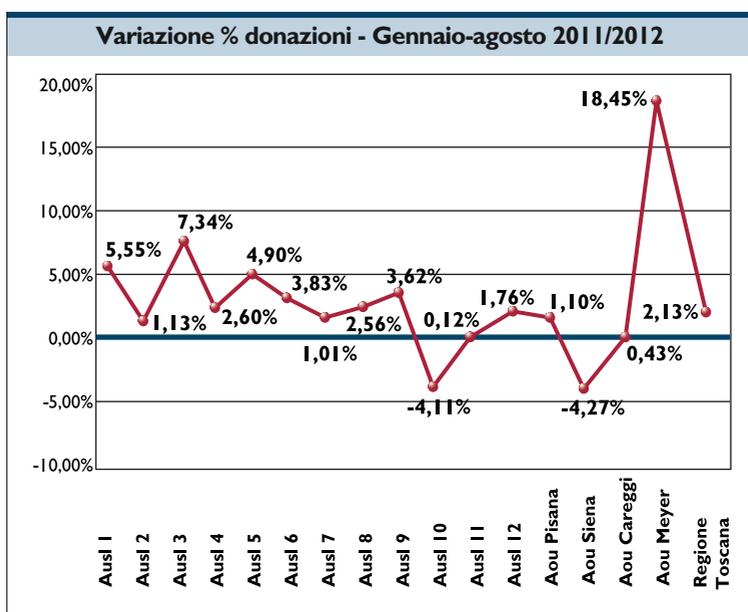
Target autosufficienza per tutti i gruppi sanguigni - Sprint alle staminali

Il sistema sangue "fa i conti" due volte l'anno: la prima, alla fine dei dodici mesi, come tutti i sistemi fa il resoconto della propria attività, dei risultati ottenuti, delle criticità presentatesi, dei programmi futuri; la seconda, alla fine dell'estate, è l'occasione per analizzare come è stato affrontato il periodo più critico per il settore.

Il periodo estivo per il sistema sangue è da sempre un periodo difficile perché il gran caldo non invoglia certo i donatori ad andare a donare. Anche i donatori vanno in ferie, mentre le malattie e i malati no; va sottolineato che l'attività dei nostri ospedali non vede più, come in passato, un sensibile rallentamento nelle attività sanitarie, e quindi il bisogno di sangue non cala, anzi in estate diventano "carenti" Regioni italiane che in altri periodi sono al limite dell'autosufficienza. Il 2011 si è concluso con un numero di donazioni pari a 245.525, con un aumento delle donazioni del 2% rispetto al 2010 e con un aumento sia della raccolta di emazie che di plasma. Il plasma, in particolare, ha fatto registrare un ottimo risultato a livello nazionale facendo attestare la Regione Toscana al 4° posto per la quantità di plasma avviato alla lavorazione industriale conto terzi e al 1° posto per la qualità di plasma raccolto.

Un indicatore importante e che è testimone dell'attitudine di un territorio a donare è l'indice di donazione, cioè il numero di donazioni per 1.000 abitanti nella fascia di età 18-65 (quella fascia di età che può donare). Questo valore è passato da 103 a 104; questo è un risultato molto importante e attesta la Regione Toscana tra i più alti livelli nazionali. Ciò su cui occorre migliorare è ancora una maggiore omogeneità tra le varie zone della Regione, perché oscillazioni tra 72 e 130 non hanno spiegazioni né orografiche né di composizione della popolazione.

Il Centro regionale sangue ha intrapreso il suo percorso di valutazione



con il supporto del Mes-Sant'Anna, che ha inserito questo indicatore nel bersaglio utilizzato per la valutazione delle aziende sanitarie della Toscana. I dati dei primi otto mesi dell'anno mostrano, come detto, un anda-

mento diverso nelle varie aziende, alcune delle quali hanno registrato una forte crescita delle donazioni mentre altre sono in calo.

Analizzando in dettaglio il periodo estivo, è da segnalare come alcu-

ne aziende (la Asl 2, la Asl 5, la Asl 6, la Asl 8 e la Asl 12) abbiano dato un contributo fondamentale alla compensazione regionale e in particolare il Simt (Servizio di immunematologia e medicina trasfusionale) di Arezzo ha fatto il record di donazioni proprio ad agosto. Comunque i dati complessivi raccolti dal Centro regionale sangue testimoniano come il periodo estivo sia stato "faticoso", ma senza momenti drammatici di carenza.

Grande attenzione nel corso del 2011 è stata dedicata alla donazione di cellule staminali sia da sangue da cordone ombelicale che da midollo osseo e i risultati si cominciano a vedere, sia come numero di mamme donatrici di sangue cordonale che come diminuzione delle donazioni autologhe, e anche come numero di nuovi candidati donatori di midollo osseo.

Un concetto base del sistema trasfusionale è quello che l'autosufficienza è quantomeno di livello regionale, non serve che un ospedale abbia il sangue sufficiente per le proprie attività, tutti gli ospedali della Regione devono avere il sangue sufficiente per le proprie attività, ma parimenti importante è l'autosufficienza di tutti i gruppi sanguigni, che si ottiene con una attenta programmazione e gestione sia delle chiamate dei donatori che dell'uso attento delle unità di sangue.

Il sistema sangue toscano è un ottimo sistema a rete, la rete è costituita da molti attori: Regione, aziende, professionisti, associazioni di volontariato della donazione, enti locali, i risultati ottenuti sono dovuti all'importante lavoro sinergico di tutti sostenuti da una programmazione condivisa, in linea con i dettami normativi europei e nazionali, con i principi di riorganizzazione per ottenere un sistema efficiente, sicuro, di qualità ed economicamente sostenibile.

Simona Carli
Direttore Centro regionale sangue Regione Toscana

CONTROCANTO

Cinque "step" per innovare i percorsi

Avis, Fratres, Anpas, Cri *

Progettare insieme, innovare, creare condivisione, comunicare, attuare le innovazioni al fine di dare risposte efficaci ai bisogni del sistema sanitario italiano. Poche parole, ma si tratta della sintesi perfetta di quello che vogliamo fare insieme alle istituzioni e degli "step" necessari per completare il percorso di innovazione del sistema trasfusio-

nale della Toscana.

Il progetto di cosa fare, di come cambiare il sistema della donazione è ormai sufficientemente definito e ha fatto tesoro di esperienze di altre Regioni ma soprattutto di altri Paesi, in primis Francia e Olanda. Quindi il primo step è a buon punto e vede la piena condivisione

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ **Trapianti 2011, ecco la copertura**

La Giunta metterà in campo, a copertura dei costi sostenuti nel 2011, circa 40mila euro per la realizzazione del servizio di trasporto interaziendale di campioni di sangue, organi, tessuti e cellule legati alle attività di prelievo e trapianto nonché di pazienti residenti in Regione candidati al trapianto, per conto dell'Ott. (Delibera n. 746 del 6/8/2012)

▼ **Riabilitazione ortopedica, le linee**

Approvate le "Linee di indirizzo per il setting di riabilitazione ortopedica in fase di post-acuzie". La Giunta ha deciso di sperimentare per un anno percorsi finalizzati all'erogazione delle prestazioni riabilitative

in setting appropriati alle necessità cliniche e assistenziali. (Delibera n. 677 del 3/7/2012)

▼ **Come «campionare» gli alimenti**

Approvate le "Direttive 2012-2014 per il campionamento di alimenti destinati al consumo umano prodotti in stabilimenti riconosciuti ai sensi del regolamento (Ce) n. 853/2004 e stabilimenti registrati ai sensi del regolamento (Ce) n. 852/2004 della Regione Toscana". Sono considerate le indicazioni tecniche su matrici, luoghi di campionamento, criteri per la distribuzione del numero minimo delle ricerche microbiologiche e chimiche da effettuare. (Delibera n. 681 del 30/7/2012)

ALL'INTERNO

«Eco-bollino» a Viareggio

A PAG. 3

Mali da lavoro in Area vasta

A PAG. 4-5

I disagi sociali degli homeless

A PAG. 6

INFEZIONI Giornata mondiale a Firenze: linee guida e check sulle antibiotico-resistenze



Un network contro la sepsi

Interventi ad alto rischio e invecchiamento aumentano il pericolo

La sepsi è una patologia frequente e grave, anche se poco conosciuta, sia nel mondo sviluppato che in quello in via di sviluppo. Si stima che la sepsi possa colpire ogni anno nel mondo circa 20-30 milioni di persone, 6 milioni delle quali sono neonati o bambini piccoli. L'incidenza nell'Unione europea è di circa 90 casi di sepsi per 100.000 abitanti.

Per avere un'idea della dimensione del problema si può confrontare questo valore con quello rilevato nel tumore della mammella che è di circa 58 casi ogni 100.000 abitanti. Nonostante i progressi della moderna medicina, il numero di casi di sepsi continua a crescere. È stato calcolato che negli ultimi 10 anni i ricoveri per sepsi sono più che raddoppiati.

Il 13 settembre a Firenze si è tenuta la giornata mondiale per la prevenzione della sepsi promossa a livello mondiale dalla Global sepsis alliance (Gsa - Alleanza globale per la sepsi). Il coordinatore del network, Konrad Reinhart, professore di Anestesiologia dell'Università di Jena in Germania, ha lanciato quasi un anno fa un segnale di allarme per innalzare il livello di attenzione su questa patologia già nota da tempo agli anestesisti

rianimatori, ma spesso non inquadrata e gestita rapidamente.

L'invecchiamento della popolazione, il crescente utilizzo di interventi ad alto rischio in tutte le fasce di età e lo sviluppo di alcuni tipi di infezioni resistenti ai farmaci facilita l'insorgenza di questa sindrome che si genera quando la risposta del corpo a un'infezione lesiona tessuti e apparati.

Il Centro per la gestione del rischio clinico della Regione Toscana e la Scuola di specializzazione in Anestesia e terapia intensiva dell'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi insieme all'agenzia di Sanità della Regione Toscana e la Fondazione sicurezza in Sanità hanno organizzato l'evento di Firenze con il sostegno del progetto Mattone internazionale del ministero della Salute. Le nuove linee guida per la gestione della sepsi presentate da Mitchell Levy e i risultati delle indagini sulle antibiotico-resistenze e la diffusione delle infezioni ospedaliere mostrate da Ole Heuer (Ecdc - network europeo per il controllo delle infezioni) hanno rafforzato la convinzione dei professionisti sanitari che adesso sia davvero il momento di agire in maniera sinergica.

«Il convegno è stato un'occasione importante - dice Riccardo Tartaglia, responsabile

del Centro gestione rischio clinico della Regione Toscana - un primo passo per fissare i punti cardine di un protocollo per diffondere tra gli operatori sanitari gli indirizzi clinico-terapeutici più appropriati per una più corretta gestione di questa malattia».

La riduzione della sepsi è una sfida per i professionisti e i processi organizzativi sanitari. È fondamentale definire procedure chiare per la rapida individuazione dei quadri clinici a rischio. «La sepsi può manifestarsi in condizioni cliniche molto variabili - dice Raffaele De Gaudio direttore della Scuola di specializzazione in Anestesia e terapia intensiva dell'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi - la tempestività e l'adeguatezza della diagnosi e delle terapie somministrate nelle ore successive all'esordio sono fondamentali. Per questo l'attivazione di team clinici multi-professionali e la diffusione di competenze per il riconoscimento di questa sindrome nei Dipartimenti di emergenza urgenza e nei reparti di degenza ordinaria può aumentare le probabilità di sopravvivenza». Nel protocollo messo a punto è un punto essenziale la costituzione di un percorso dove infettivologi e farmacologi ospedalieri insieme alle équipe clinico-assistenziali agiscono in stretta collaborazione.

È inoltre necessario prevenire, assicurando il controllo delle infezioni mediante l'applicazione di linee guida su alcune procedure invasive (cateteri venosi, tecniche di ventilazione artificiale). Anche un controllo stringente dei pazienti durante il periodo post-operatorio con un continuo monitoraggio è un intervento di fondamentale importanza. Gli eventi infettivi che poi evolvono in sepsi possono essere neutralizzati in modo significativo mediante questi e altri provvedimenti.

La Giornata mondiale di Firenze ha visto la partecipazione delle associazioni dei pazienti. Un elemento importante per la sensibilizzazione dell'opinione pubblica al corretto uso degli antibiotici e alla divulgazione di informazioni su questa sindrome insidiosa che spesso viene considerata una complicità ineluttabile di alcune malattie.

Sicurezza del paziente, professionisti sanitari e cittadini insieme possono perseguire l'obiettivo individuato per il 2020 dalla Sepsis global alliance: diminuire l'incidenza della sepsi di almeno il 20 per cento.

Giulio Toccafondi

Centro Gestione rischio clinico
www.regione.toscana.it/rischioclinico/

INAIL

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

IL TREND DEGLI INFORTUNI MORTALI SUL LAVORO IN TOSCANA NEGLI ULTIMI VENTUNO ANNI

La figura di questo numero della rubrica è dedicata al trend degli infortuni mortali accaduti in Toscana negli ultimi ventuno anni, dal 1991 al 2011. I dati sono tratti dai flussi informativi trasmessi dall'Inail alle Regioni. Sono riportati i casi che hanno avuto un riconoscimento da parte dell'ente assicuratore, a esclusione di quelli avvenuti in itinere, a studenti, casalinghe e collaboratrici domestiche, nonché sportivi professionisti. L'anno di riferimento è quello in cui è avvenuto l'infortunio.

Pur con le dovute cautele per i dati dell'ultimo anno disponibile che potrebbero ancora incrementarsi di qualche caso a causa di iter amministrativi particolarmente complessi, le tendenze sono chiare: nel corso di questi ventuno anni i morti sul lavoro in Toscana si sono progressivamente ridotti a un quarto del valore iniziale. Partendo da questo dato di fatto confortante, possiamo ragionare sulle possibili cause, senza illuderci di stabi-

lirne alcuna, almeno a partire dai dati disponibili in questa base di dati. In primo luogo possiamo ipotizzare l'efficacia delle attività di prevenzione messe in atto dai diversi attori, aziende, organi di vigilanza e prevenzione, lavoratori stessi. In secondo luogo non si può escludere un ruolo per ciò che riguarda le modifiche nella struttura produttiva della Regione che ha visto, come il resto d'Italia, ridursi il numero di addetti a settori tradizionalmente rischiosi (siderurgia, miniere, agricoltura) e aumentare quelli addetti ai servizi.

Infine, soprattutto per il periodo più recente, è facile immaginare un'influenza della crisi produttiva degli ultimi quattro anni. In quali settori e con che dinamiche si continua a morire per infortuni sul lavoro in Toscana? A questa domanda risponde il sistema di sorveglianza delle modalità di accadimento degli infortuni mortali e gravi noto come "InforMo" con sede presso Inail, alimentato dalle ricostruzioni analitiche delle dinamiche degli infortuni effettuate dagli operatori dei servizi di prevenzione delle Asl di tutta Italia, compresa la Toscana. Attualmente la banca dati di InforMo contiene le rico-

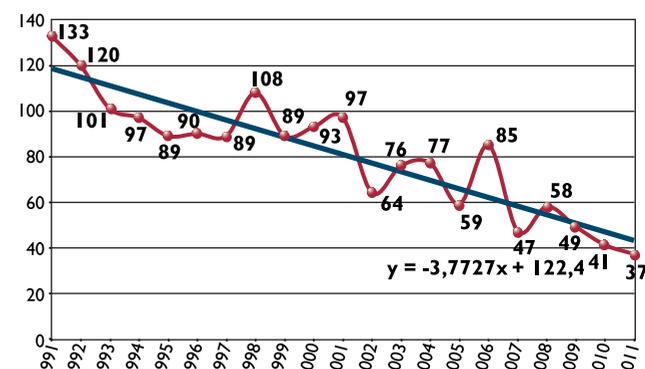
struzioni di diverse migliaia di schede relative a casi mortali accaduti nel periodo 2002-2010.

AGGIORNAMENTO SUGLI INFORTUNI DENUNCIATI IN REGIONE AL SECONDO TRIMESTRE DEL 2012

Per quanto riguarda l'insieme degli infortuni denunciati alle sedi regionali Inail della Toscana, l'aggiorna-

mento al secondo trimestre dell'anno corrente conferma la tendenza a una ulteriore riduzione del fenomeno. Nella gestione Industria e servizi si sono verificati 12.426 infortuni, il dato più basso in assoluto dall'inizio della raccolta di questa base di dati nel 2004, così come nella gestione Agricoltura dove gli infortuni sono risultati 855, mentre continuano a crescere, sia pur lentamente nella gestione "Per conto stato", passando a 539.

Il trend degli infortuni mortali in Toscana



CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

delle associazioni di volontariato del dono della Toscana. Un appoggio convinto, non formale, basato sull'analisi dei punti di forza e di debolezza del sistema attuale e sulla consapevolezza che le organizzazioni devono evolvere in modo permanente per essere all'altezza dei compiti assegnati.

Innovare è un'esigenza inderogabile e proprio il fatto che il sistema trasfusionale toscano è un sistema positivo ci consente di riflettere, di esaminare e di decidere con tempi a disposizione sufficienti senza stress e potendo decidere tempi, modalità e obiettivi senza eccessivi condizionamenti, mettendo a frutto esperienze maturate sia nel pubblico sia nel privato.

La Regione Toscana ha una tradizione di coinvolgimento degli

stakeholder nei percorsi di cambiamento e di innovazione. Per questo chiediamo con forza che, anche questa volta, la partecipazione e la condivisione siano i tratti caratteristici del percorso di cambiamento e di innovazione del sistema trasfusionale.

Inoltre, comunicare è un tema su cui tutti dobbiamo fare di più e meglio perché le novità creano sempre ansia, dubbi e perplessità. Fino a oggi non abbiamo fatto abbastanza e questo ha favorito il perdurare di perplessità e dubbi sulla efficacia delle soluzioni proposte, sia tra gli operatori sia tra i volontari.

Infine, bisogna attuare le innovazioni. Potrebbe apparire una banalità inserire nella sequenza di richieste del volontariato questo

punto, mentre invece si tratta di una richiesta forte e specifica perché l'attività quotidiana sul territorio sta evidenziando la necessità inderogabile di adeguamenti del sistema per renderlo sempre più a misura di donatore.

Le difficoltà economiche, le difficoltà sui posti di lavoro richiedono orari e modalità operative delle strutture trasfusionali profondamente diversi dagli attuali per cui le associazioni chiedono decisione e tempi certi nella attuazione dell'«Agendona» nei Centri trasfusionali. Non tutte le difficoltà, infatti, derivano dall'atteggiamento dei donatori ma piuttosto da un non rispetto sostanziale, nei centri, dei diritti di chi ha prenotato.

* Associazioni di volontariato

L'efficienza si raggiunge... (segue dalla prima pagina)

stituire il vecchio consorzio Aip costituito da 11 Regioni che fino a ora ci aveva consentito di operare con sufficiente efficacia.

Questo tema va a sommarsi naturalmente al percorso della riorganizzazione del sistema trasfusionale toscano, che abbiamo avviato da tempo, che sta entrando nel vivo della fase progettuale e che contiamo di avviare con l'inizio del 2013 attraverso l'implementazione delle nuove officine trasfusionali che assicureranno al sistema un vero e decisivo salto di qualità.

Questo percorso si assocerà a un lavoro proficuo avviato con il Consiglio sanitario regionale per migliorare l'appropriatezza dell'uso sia degli emocomponenti che dei plasmaderivati attraverso la revisione condivisa del-

le linee guida e la loro implementazione nelle aziende sanitarie regionali.

Non mancano certo i temi su cui lavorare ma su cui abbiamo intenzione di procedere con decisione e rapidità, consapevoli come siamo che il sistema trasfusionale è una componente strategica dell'intero sistema sanitario toscano. Per questo chiedo a tutti, professionisti del settore e associazioni di volontariato, di essere componente propositiva del processo in atto e di proseguire sulla strada di confronto concreto e operativo con il Crs, che per conto della Regione guiderà questa complessa fase di cambiamento e di ammodernamento.

* Assessore Diritto alla salute Regione Toscana

SSR AI RAGGI X A Viareggio l'Ospedale Versilia ottiene la certificazione energetica di classe B

Campioni di eco-efficienza



Impianto di cogenerazione all'avanguardia che non inquina e fa risparmiare

L'Ospedale "Versilia" è la prima struttura in Italia a dotarsi di una turbina a gas Capstone C600 che, grazie all'installazione di un'innovativa applicazione cogenerativa, sarà anche la prima macchina della prestigiosa azienda americana a essere impiegata per la produzione di vapore in una struttura ospedaliera.

L'impianto di cogenerazione a turbina andrà a integrare gli impianti di autoproduzione energetica già esistenti nella struttura, consentendo a Ospedale Versilia, il primo in Italia ad aver ricevuto una certificazione energetica di classe C, di ottenere presto anche quella di classe B. L'impianto, il cui commissioning è previsto per ottobre 2012, consentirà, infatti, il risparmio di ulteriori 210 Tep e 600 tonnellate all'anno di CO₂. Il presidio ospedaliero, inaugurato nel giugno 2002 e situato a Lido di Camaiore in provincia di Lucca su una superficie di 70.000 mq immersa in un parco poco distante dalla spiaggia con vista sulle Alpi Apuane, è a oggi la struttura ospedaliera più avanzata in Italia dal punto di vista energetico.

In otto anni consumi di energia calati del 30%

Sviluppata infatti secondi i canoni "dell'ospedale ideale" disegnato da Renzo Piano, è stata progettata nel totale rispetto dell'ambiente circostante e dello skyline naturale del territorio. L'ospedale è stato concepito per sfruttare il massimo uso razionale dell'energia, secondo un principio di eco-efficienza volto a combattere gli sprechi e ridurre al minimo l'emissione di sostanze nocive in atmosfera. Ospedale Versilia ha infatti raggiunto il ragguardevole primato di aver costantemente abbassato il suo consumo energetico dal 2002 a oggi, fino ad arrivare a un -30% in 8 anni, nonostante il crescente bisogno di elettricità necessario per continuare ad aumentare il comfort e lo sviluppo tecnologico delle sue strutture.

Oltre all'arrivo della prima Capstone C600 in Italia, Ospedale Versilia vanta molte altre caratteristiche che lo rendono unico in Europa: l'involucro a "doppia pelle", le pareti trasparenti a taglio termico, il doppio sistema di trasporto robotizzato leggero e pesante, l'utilizzo dell'acqua di falda, il recupero dell'acqua

piovana, nonché la generazione di energia attraverso un mix sapiente di tecnologie usate solo dove, quando e quanto serve. Il nuovo impianto di cogenerazione, che produrrà 600 kWel, 630 kg/h di vapore a 8 bar e 400 kW di acqua calda a 90 °C, sarà anche predisposto per l'impiego di un'applicazione di "turbo-cooling" che servirà a condizionare l'aria comburente della turbina grazie all'installazione di un frigorifero ad assorbimento che trasformerà parte dell'energia termica di scarto della turbina stessa in energia frigorifera, utilizzata per mantenere la turbina a gas in condizioni tecniche di funzionamento "Iso" e cioè al massimo rendimento in ogni condizione di temperatura esterna.

La tecnologia cogenerativa "oil free", brevetto unico al mondo della Capstone Turbine Corporation, è stata scelta perché particolarmente adatta al comparto ospedaliero in quanto non necessitando di olio lubrificante o liquidi refrigeranti, garantisce un'altissima efficienza, manutenzione ridotta ed emissioni in atmosfera inferiori a 9 ppmV di NOx, oltre ad altri vantaggi importanti quali: una "power quality" dell'energia elettrica autoprodotta analoga a quella ottenibile con i tradizionali gruppi di continuità (Ups), assenza di vibrazio-

ni meccaniche, ridotta rumorosità e ingombri. A fornire l'impianto sarà Ibt Group, azienda di Treviso specializzata nello sviluppo di soluzioni cogenerative e trigenerative per l'industria e il terziario, grazie a un accordo commerciale in esclusiva per l'Italia con Capstone turbine corporation, leader al mondo nella tecnologia a microturbina oil free, e per l'Europa con la società sud-coreana Century corporation, produttore di frigoriferi ad assorbimento, frigoriferi centrifughi e applicazioni Hvac.

«Siamo orgogliosi - ha commentato Stefano Maestrelli, direttore Gestione area tecnica di Ospedale Versilia - del cammino che abbiamo intrapreso, sin dal 2002, verso l'integrazione delle migliori tecnologie disponibili sul mercato volte a ottenere un sempre più elevato uso razionale dell'energia e una migliore efficienza energetica unitamente a un minor impatto ambientale. Siamo certi che, grazie ai nostri partner affidabili, questi sforzi si tramuteranno in un servizio sempre migliore per i cittadini della Versilia e della Toscana». Soddisfazione an-

che da Ilario Vigani, Presidente di Ibt Group. «È un progetto molto prestigioso per noi non solo perché si tratta della prima Capstone modello C600 installata in Italia - ha commentato - ma soprattutto perché abbiamo l'onore di contribuire a migliorare l'efficienza energetica di una struttura ospedaliera che rappresenta l'avanguardia tecnologica del comparto sanitario del nostro Paese».

L'obiettivo è di ridurre il più possibile gli sprechi

L'inaugurazione del nuovo impianto è prevista per l'autunno 2012 alla presenza delle autorità locali e regionali. Il modello di eco-sostenibilità di Ospedale Versilia rappresenta un traguardo molto significativo non solo per il Comune di Camaiore, ma per l'intera Regione Toscana. Si deve infatti ricordare che per consentire la creazione del presidio, non senza difficoltà, si sono uniti ben 7 Comuni che hanno contribuito tramite budget locali a finanziare le opere pubbliche necessarie al completamento del progetto.

pagina a cura di **Stefano Pasquucci**

CASA DELLA SALUTE DI QUERCETA

Un modello nazionale di assistenza h-24

La Casa della salute rappresenta un nuovo modello assistenziale finalizzato a garantire una risposta ai bisogni della popolazione e si caratterizza come struttura polivalente in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare e in team dei vari operatori, sanitari, sociali e del volontariato. La realizzazione del nuovo Ospedale "Versilia" (anno 2002) ha rappresentato l'opportunità per ridisegnare i servizi territoriali attraverso una riconversione di parte dei quattro ex Ospedali in presidi distrettuali, che oggi sono diventati punti nodali della rete dei servizi sanitari e sociali, strettamente collegati e integrati tra loro e con l'ospedale.

La riconversione, mediante un'appropriata opera di ristrutturazione edilizia e di riorganizzazione dell'insieme delle attività, ha permesso di sostituire alcune vecchie strutture, ormai inadeguate, con nuovi centri in cui è stata aggregata una molteplicità di attività, sanitarie e sociali.

Attualmente sono già attive le Case della salute a Viareggio Tabarracci e a Pietrasanta, realizzate negli ex padiglioni ospedalieri, riconvertiti in strutture territoriali. Nel Comune di Seravezza, località Querceta, fino a ieri erano presenti tre strutture che erogavano prestazioni socio-sanitarie a pochi metri di distanza l'una dall'altra: la sede distrettuale Asl; la sede dell'associa-

zione Croce Bianca, che eroga alcuni servizi in convenzione con l'Asl, quali centro prelievi e Cup; la sede dell'associazione di medici di Mg "Millennium", con presenza di personale infermieristico e di segreteria.

Circa cinque anni fa è nato un progetto - di comune intesa fra Associazione di volontariato, amministrazione comunale, Asl e associazione dei medici di Mg -, per la realizzazione di un'unica struttura in cui far confluire tutte le attività delle tre sedi esistenti, nell'ottica di favorire sinergie tra

gli operatori e di rappresentare un punto certo di riferimento per la popolazione. La Casa della salute, inaugurata il 7 luglio 2012, costruita al confine del Paese e vicina alla strada provinciale che da Forte dei Marmi va verso Seravezza e la Garfagnana, con ampio parcheggio esterno e sotterraneo (42 posti auto), è stata realizzata con oneri a carico della Croce Bianca di Querceta.

La sede è aperta h 24 per sette giorni la settimana e sono attivi diversi servizi come il centro prelievi ambula-

toriali e domiciliari, l'ambulatorio infermieristico con orario 8-20, il punto di organizzazione ed erogazione dell'assistenza infermieristica domiciliare e dell'Adi, gli ambulatori specialistici, con specialisti ambulatoriali convenzionati e specialisti ospedalieri, che erogano prestazioni in regime istituzionale e in regime libero-professionale intra-moenia. Nella struttura però ci sono anche i servizi: assistenza sociale Asl e Comune di Seravezza; ambulatorio per certificazioni medico-legali (patente di guida, porto d'ar-

mi, patente nautica ecc.); ambulatorio vaccinazioni dell'età evolutiva; consultorio ostetrico-ginecologico con corsi di preparazione al parto; Punto unico prenotazioni (Cup), aperto 8-20; attività amministrative (scelta e revoca del medico, esenzione ticket ecc.); 9 medici di medicina generale - presenti in orario 8-20, sabato 8-12, i pomeriggi prefestivi (da concordare) - costituiti in "Modulo" della Sanità d'iniziativa; Punto Insieme con operatori sanitari e sociali; postazione di emergenza-urgenza con auto medica

e personale medico e infermieristico h24, sette giorni su sette; postazione Pet della Croce bianca con ambulanza e volontari addestrati al soccorso avanzato; continuità assistenziale notturna e festiva (i medici di Ca hanno accesso all'archivio dei circa 10.000 pazienti iscritti coi 9 Mmg presenti); palestra Afa, locali per attività ricreative per anziani, anche con possibilità di trasporto dal domicilio e di permanenza dalle 8-9 alle 17-18; adiacente "Casa dei giovani", luogo di aggregazione di proprietà comunale; 2 sale (di 142 e 42 posti) per convegni, riunioni, incontri di formazione; locali bar e mensa, tutte le attività della P.a. Croce Bianca, gestite da dipendenti e volontari, a esempio il trasporto sanitario.

È in corso di organizzazione un sistema di Trasporto sociale su tutta la Versilia, gestito insieme da Ppa e Misericordie, con centralino unico, a costi bassi, probabilmente in parte sostenuti dai cittadini, in parte dalla Società della salute.

Il personale infermieristico e sanitario (dipendenti Asl; dipendenti e volontari Croce bianca; infermieri, Oss e segretari dei Mmg) gestirà in comune tutte le attività e questo consentirà apprezzabili economie di scala e, con l'integrazione di più attività e di più figure professionali nello stesso edificio, creazione di valore per i cittadini.

Grande distribuzione: fari puntati sulla sicurezza dei lavoratori

Una campagna ispettiva per verificare la sicurezza dei lavoratori nella grande distribuzione, in particolare delle donne. Facendo seguito a una richiesta pervenuta da Filcams-Cgil relativa a una sentenza di conferma di un provvedimento irrogato dall'Unità funzionale di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (Pisll) dell'azienda Usl di Firenze, nei confronti di una nota società operante nel settore della grande distribuzione, il servizio di Pisll della Ausl 12 di Viareggio ha deciso di attivare una campagna ispettiva nel settore della grande distribuzione, con particolare attenzione a quello dell'abbigliamento.

Il fattore di rischio sul quale si intende intervenire è quello posturale, legato al fatto che molto spesso le attività commerciali non garantiscono ai propri addetti la possibilità di disporre di postazioni sedute dopo lunghi periodi di permanenza in piedi. È da evidenziare che tale settore vede impiegate in percentuale maggiore lavoratrici donne e che le stesse in caso di gravidanza hanno maggiore necessità di alternare periodi in piedi e periodi sedute. È noto, inoltre, che

nella valutazione specifica di genere dovrebbe essere contenuta una parte sul rischio relativo al mantenimento della posizione eretta per tempi prolungati per la maggiore suscettibilità delle donne sia a disturbi muscolo-scheletrici che di ritorno venoso.

Negli ultimi anni, anche in Versilia si sono moltiplicati, specie nel settore dell'abbigliamento, grandi negozi che, per problemi di immagine, escludono la possibilità per il personale di disporre di sedute, anche solo di appoggio.

Riteniamo che, laddove possibile, le postazioni di lavoro (esempio le casse) debbano essere dotate di sedili/sgabelli ergonomici, il che consentirebbe, fra l'altro, di mantenere in attività anche lavoratrici in stato gravidanza. Con l'occasione si ricorda che la normativa nazionale in vigore (Dlgs 81/08) all'allegato IV punto 1.11.1.6, prevede che: «L'organo di vigilanza può prescrivere che, anche nei lavori continuativi, il datore di lavoro dia modo ai dipendenti di lavorare stando a sedere ogni qualvolta ciò non pregiudica la normale esecuzione del lavoro».

DOCUMENTI Scatta dal 2013 la riorganizzazione del Centro di riferimento regionale su base territoriale - Il Cerimp può contare su finanziamenti per 110mila euro l'anno



Malattie professionali, prospettiva d'Area vasta

Obiettivo: maggiore raccordo con le strutture sanitarie locali - Le sedi operative saranno dislocate a Firenze, Pisa e Siena



IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubbllichiamo il testo della delibera n. 771 del 27/8/2012 riguardante la riorganizzazione del Cerimp (Centro riferimento regionale infortuni e malattie professionali)

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Deliberazione di Giunta regionale n. 994 del 10 ottobre 2005 avente per oggetto «Centro di riferimento regionale per l'analisi dei flussi informativi riguardanti gli infortuni e le malattie professionali o da lavoro di cui al Prs 2005-2007» di seguito denominato Cerimp;

Considerato che ai sensi della sopra richiamata Dgr il Cerimp è stato istituito, quale strumento operativo per la gestione dei flussi informativi di livello regionale, al fine di conoscere i fenomeni avversi per la salute dei lavoratori e per orientare le politiche di prevenzione;

Preso atto che l'assetto organizzativo di Cerimp prevede l'impiego di due unità di personale medico dipendenti a tempo indeterminato delle Aziende UuSsL per le quali viene riconosciuto un rimborso alla Azienda Usl di appartenenza pari a complessivi euro 200.000,00;

Visto il decreto dirigenziale n. 7504 del 23 dicembre 2005 avente per oggetto «Centro di riferimento regionale per l'analisi dei flussi informativi riguardanti gli infortuni e le malattie professionali o da lavoro. Impegno di spesa all'Azienda Usl 10 di Firenze» con cui è stata impegnata la prima annualità per il funzionamento di Cerimp pari a euro 300.000,00 coerentemente con quanto previsto dalla Dgr 994/10;

Reso noto che la somma di complessivi euro 300.000,00 sopra richiamata includeva l'importo di euro 200.000,00 destinato a coprire le spese delle due unità di personale medico a tempo indeterminato rese disponibili dall'Azienda Usl 10 di Firenze mentre la quota restante era destinata a coprire i costi amministrativi e quelli relativi al personale statistico e amministrativo;

Visto il decreto dirigenziale n. 1115 del 7 marzo 2006 avente per oggetto «Centro di riferimento regionale per l'analisi dei flussi informativi riguardanti gli infortuni e le malattie professionali o da lavoro. Nomina Responsabile»;

Visto il decreto dirigenziale n. 5043 del 7 ottobre 2006 con il quale sono state impegnate le risorse per la seconda e la terza

annualità di Cerimp a favore dell'Azienda Usl 10 di Firenze pari a euro 300.000,00 per ciascuna annualità coerentemente con quanto previsto dalla Dgr 994/10;

Visto il decreto dirigenziale n. 6803 del 18 dicembre 2008 con il quale sono state impegnate le risorse per la quarta, quinta e sesta annualità di attività di Cerimp a favore dell'Azienda Usl 10 di Firenze pari a euro 300.000,00 per ciascuna annualità coerentemente con quanto previsto dalla Dgr 994/10;

Considerato che nel corso del 2010 uno dei due medici dipendenti a tempo indeterminato dell'Azienda Usl 10 si è ritirato dall'incarico rendendo tale ruolo vacante.

Preso atto che nel corso del 2011 l'Azienda Usl 5 di Pisa ha reso disponibile una unità di personale medico a tempo indeterminato per lo svolgimento delle funzioni Cerimp a far data dal 1° ottobre 2011;

Visto il decreto dirigenziale n. 3762 del 5 settembre 2011 avente per oggetto «Impegno di spesa a favore dell'Azienda Usl 10 di Firenze e dell'Azienda Usl 5 di Pisa per il funzionamento del Centro di riferimento regionale infortuni e malattie professionali (Cerimp)» per un importo annuo complessivo pari a euro 300.000,00 coerentemente con quanto previsto dalla Dgr 994/10;

Preso atto che con la sopra richiamata decreto è stata garantita, per quanto attiene all'Azienda Usl 5 di Pisa la copertura finanziaria per un anno dalla data di messa a disposizione del medico ovvero fino al 30 settembre 2012, restando ancora non coperta la quota di euro 25.000,00 corrispondente alle mensilità di ottobre, novembre e dicembre 2012;

Visto il decreto dirigenziale 1410/06 con cui è stato costituito il Gruppo tecnico scientifico di Cerimp così come modificato con i successivi decreti dirigenziali 1978/09, 2828/10, 2158/11 e 2750/12;

Vista la Decisione della Giunta regionale del 4 luglio 2011, n. 27 «Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 - Informativa preliminare» e la «Proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015» approvata dalla Gr in data 19 dicembre 2011 punto 2.1.2.2. La sicurezza sul posto di lavoro - Azione "A1" in cui si legge «... Con l'intento di potenziare e risi informativi riguardanti gli infortuni e le malattie professionali o da lavoro. Nomina Responsabile»;

Visto il decreto dirigenziale n. 5043 del 7 ottobre 2006 con il quale sono state impegnate le risorse per la seconda e la terza

Considerata la necessità di rivedere l'assetto organizzativo di Cerimp alla luce del mutato contesto normativo e delle mutate esigenze di maggior raccordo con il territorio e in particolare con l'esigenza di una articolazione che abbia come riferimento le Aree vaste, in modo da dare anche ai Dipartimenti della Prevenzione un supporto territoriale in merito alle attività di rilevazione e analisi degli infortuni e delle malattie professionali ottimizzando i flussi e la loro interpretazione con l'obiettivo di realizzare sempre di più interventi di prevenzione basati su prove di efficacia (Evidence based prevention-Ebp);

Visto il verbale della riunione del Comitato tecnico regionale per la prevenzione collettiva tenutasi in data 6 giugno 2012 che riporta come primo punto all'Odg trattato con i direttori dei Dipartimenti di Prevenzione la presente proposta di Dgr riorganizzativa di Cerimp chiedendo agli stessi di individuare per l'Area vasta Sud Est una unità di personale medico che possa dedicarsi anche per una quota parte del proprio tempo di lavoro alle attività di Cerimp;

Visto il verbale dell'incontro del Gruppo tecnico-scientifico Cerimp tenutosi in data 6 luglio 2012 nel corso del quale sono stati individuate le Aziende UuSsL che faranno da riferimento per le funzioni Cerimp in ciascuna delle tre Aree vaste e le unità di personale a queste afferenti, meglio precisate in un successivo atto dirigenziale, sulla base del loro percorso professionale e delle esperienze acquisite nel campo dell'epidemiologia degli infortuni e delle malattie professionali potranno essere dedicate a questa attività;

Ritenuto pertanto di approvare il documento di riorganizzazione del Cerimp allegato "A" parte integrante e sostanziale del presente atto;

Preso atto che, sulla base dell'esperienza progressiva e del rinnovato assetto organizzativo, anche in analogia con quanto è realizzato in altre realtà regionali per analoghe strutture, si prevede che lo staff operativo del Cerimp debba essere costituito da unità di personale già dipendente a tempo indeterminato (almeno una per ciascuna Area vasta) e personale statistico e amministrativo a tempo pieno;

Considerato che per quanto attiene al personale già dipendente a tempo indeterminato delle Aziende Usl non si tratta di un effettivo costo da sostenere ma di una parziale variazione di funzioni si ritiene che l'onere effettivo da sostenere debba riguardare unicamente le attività amministrative e di supporto del Cerimp e l'approvvigionamento delle rimanenti risorse umane (personale statistico e amministrativo), acquisite sin ora con le modalità di volta in volta consentite e che per il futuro dovranno essere regolarizzate nel rispetto dei vincoli previsti in materia di finanza pubblica e personale per un onere complessivo quantificato in euro 110.000,00 per ciascuna annualità;

Preso atto che quanto sopra espresso risulta coerente con le finalità di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse, contenimento della spesa pubblica e ottimizzazione dei risultati in una logica di maggior efficacia ed efficienza degli interventi stessi;

Dato inoltre atto che tale operazione, in coerenza con una logica di spending review consentirà alla Regione Toscana di recuperare ulteriori risorse dando luogo a economie di impegno pari a ulteriori euro

281.567,28 a valere sugli impegni 8272/10 e 3762/11;

Stabilito che per lo svolgimento delle funzioni del Cerimp, la Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" - Settore "Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro" farà fronte per l'anno 2012 mantenendo in vigore quanto stabilito dalla Dgr 994 del 10 ottobre 2005 e dai successivi decreti dirigenziali utilizzando per euro 275.000,00 gli impegni già assunti a favore delle Aziende Usl 5 e 10 e riportati sull'annualità 2012 del capitolo 26020 e, per la restante quota, pari a euro 25.000,00, corrispondente alle mensilità di ottobre, novembre e dicembre 2012 relativo al medico reso disponibile dall'Azienda Usl 5 di Pisa;

4. di stabilire che a partire dal primo gennaio 2013 si debba prevedere una organizzazione di Cerimp sulle tre Aree Vaste e una quantificazione del costo annuo, pari a euro 110.000,00 distribuito come segue:

- per quanto riguarda il costo del personale già dipendente a tempo indeterminato delle Aziende Usl (un medico per ciascuna Area vasta), per le motivazioni espresse in premessa, tale onere troverà copertura nell'ordinario finanziamento a budget erogato dalla Regione Toscana e non dovrà rappresentare pertanto un costo aggiuntivo per l'amministrazione regionale in quanto trattasi unicamente di una parziale variazione di funzioni di detto personale che resta, a tutti gli effetti, in carico all'Azienda Usl di appartenenza in quanto dipendente della stessa a cui nessun ulteriore rimborso è dovuto da parte della Regione Toscana;

- per la copertura dei costi delle attività amministrative e di supporto del Cerimp e l'approvvigionamento delle rimanenti risorse umane (personale statistico e amministrativo), pari a euro 110.000,00 per ciascuna delle annualità 2013 e 2014 la copertura finanziaria è garantita dalle risorse vincolate disponibili sul capitolo 26164 del bilancio 2012 assumendo prenotazioni specifiche a favore dell'Azienda Usl 10 di Firenze.

5. di stabilire che per gli esercizi successivi a tale copertura finanziaria verrà reperita nel capitolo 26164 dei relativi bilanci;

6. di incaricare il Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" a economizzare gli impegni di spesa 8272/10 e 3762/11 per un importo complessivo di euro 281.507,28;

7. di provvedere, con successivi atti del Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" all'impegno e liquidazione delle quote per ciascun esercizio finanziario;

8. di impegnare il Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" a porre in essere tutti gli adempimenti amministrativi e organizzativi necessari per garantire la piena operatività di Cerimp anche in funzione del nuovo assetto di Area Vasta delineato con il documento allegato alla presente Dgr.

1. Obiettivi dell'Attività del Cerimp

a. Migliorare la conoscenza della diffusione e delle cause dei fenomeni avversi per la salute dei luoghi di lavoro in Toscana;

b. contribuire a garantire lo scambio informativo tra tutti gli enti preposti ai fini della miglior conoscenza dei fenomeni;

c. favorire la diffusione delle informazioni alle forze sociali, enti vari della pubblica amministrazione, organi di stampa e di comunicazione generale;

d. sperimentare forme di utilizzo dei dati ai fini della programmazione degli interventi e della valutazione della loro appropriattezza ai fini prevenzionistici;

e. garantire costanti rapporti con le iniziative regionali e nazionali che si svilupperanno nell'ambito della prevenzione basata su prove di efficacia (Ebp).

2. Funzioni operative del Cerimp

a. Gestione dei flussi informativi Inal-Regioni su infortuni, malattie professionali e malattie correlate al lavoro (di seguito denominato Cerimp Centro regionale infortuni e malattie professionali), costituisce il supporto tecnico-scientifico e lo strumento operativo della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" -

decreti dirigenziali utilizzando per euro 275.000,00 gli impegni già assunti a favore delle Aziende Usl 5 e 10 e riportati sull'annualità 2012 del capitolo 26020 e, per la restante quota, pari a euro 25.000,00, corrispondente alle mensilità di ottobre, novembre e dicembre 2012 relative al medico reso disponibile dall'Azienda Usl 5 di Pisa ponendo l'onere a carico del capitolo 26164 del bilancio 2012 dove esiste la necessaria disponibilità assumendo una prenotazione di impegno specifica a favore dell'Azienda Usl 5 di Pisa;

4. di stabilire che a partire dal primo gennaio 2013 si debba prevedere una organizzazione di Cerimp sulle tre Aree Vaste e una quantificazione del costo annuo, pari a euro 110.000,00 distribuito come segue:

- per quanto riguarda il costo del personale già dipendente a tempo indeterminato delle Aziende Usl (un medico per ciascuna Area vasta), per le motivazioni espresse in premessa, tale onere troverà copertura nell'ordinario finanziamento a budget erogato dalla Regione Toscana e non dovrà rappresentare pertanto un costo aggiuntivo per l'amministrazione regionale in quanto trattasi unicamente di una parziale variazione di funzioni di detto personale che resta, a tutti gli effetti, in carico all'Azienda Usl di appartenenza in quanto dipendente della stessa a cui nessun ulteriore rimborso è dovuto da parte della Regione Toscana;

- per la copertura dei costi delle attività amministrative e di supporto del Cerimp e l'approvvigionamento delle rimanenti risorse umane (personale statistico e amministrativo), pari a euro 110.000,00 per ciascuna delle annualità 2013 e 2014 la copertura finanziaria è garantita dalle risorse vincolate disponibili sul capitolo 26164 del bilancio 2012 assumendo prenotazioni specifiche a favore dell'Azienda Usl 10 di Firenze.

5. di stabilire che per gli esercizi successivi a tale copertura finanziaria verrà reperita nel capitolo 26164 dei relativi bilanci;

6. di incaricare il Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" a economizzare gli impegni di spesa 8272/10 e 3762/11 per un importo complessivo di euro 281.507,28;

7. di provvedere, con successivi atti del Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" all'impegno e liquidazione delle quote per ciascun esercizio finanziario;

8. di impegnare il Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" a porre in essere tutti gli adempimenti amministrativi e organizzativi necessari per garantire la piena operatività di Cerimp anche in funzione del nuovo assetto di Area Vasta delineato con il documento allegato alla presente Dgr.

1. Obiettivi dell'Attività del Cerimp

a. Migliorare la conoscenza della diffusione e delle cause dei fenomeni avversi per la salute dei luoghi di lavoro in Toscana;

b. contribuire a garantire lo scambio informativo tra tutti gli enti preposti ai fini della miglior conoscenza dei fenomeni;

c. favorire la diffusione delle informazioni alle forze sociali, enti vari della pubblica amministrazione, organi di stampa e di comunicazione generale;

d. sperimentare forme di utilizzo dei dati ai fini della programmazione degli interventi e della valutazione della loro appropriattezza ai fini prevenzionistici;

e. garantire costanti rapporti con le iniziative regionali e nazionali che si svilupperanno nell'ambito della prevenzione basata su prove di efficacia (Ebp).

2. Funzioni operative del Cerimp

a. Gestione dei flussi informativi Inal-Regioni su infortuni, malattie professionali e malattie correlate al lavoro (di seguito denominato Cerimp Centro regionale infortuni e malattie professionali), costituisce il supporto tecnico-scientifico e lo strumento operativo della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" -

(segue da pagina 4)

Settore "Prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro", ai fini della conoscenza statistico-epidemiologica dei fenomeni avversi per la salute dei lavoratori e degli interventi efficaci per la loro prevenzione, svolge altresì funzione di centro di documentazione scientifica, normativa, delle esperienze e delle prove di efficacia nella prevenzione dei fenomeni avversi per la salute dei lavoratori.

La sua strutturazione risponde anche all'intento di potenziare e ricondurre a unità i flussi e i sistemi informativi necessari al monitoraggio e successiva programmazione degli interventi, al fine di supportare e orientare il sistema, anche come Osservatorio regionale congiunto Dr Inail Toscana

- Cerimp Rt, come del resto previsto nell'ambito del Sistema informativo nazionale della prevenzione nei luoghi di lavoro (Sinp) ex art. 8, Dlgs 81/08 e ss. mm.ii. e nel quadro più ampio per l'amministrazione regionale in quanto trattasi unicamente di una parziale variazione di funzioni di detto personale che resta, a tutti gli effetti, in carico all'Azienda Usl di appartenenza in quanto dipendente della stessa a cui nessun ulteriore rimborso è dovuto da parte della Regione Toscana;

- per la copertura dei costi delle attività amministrative e di supporto del Cerimp e l'approvvigionamento delle rimanenti risorse umane (personale statistico e amministrativo), pari a euro 110.000,00 per ciascuna delle annualità 2013 e 2014 la copertura finanziaria è garantita dalle risorse vincolate disponibili sul capitolo 26164 del bilancio 2012 assumendo prenotazioni specifiche a favore dell'Azienda Usl 10 di Firenze.

5. di stabilire che per gli esercizi successivi a tale copertura finanziaria verrà reperita nel capitolo 26164 dei relativi bilanci;

6. di incaricare il Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" a economizzare gli impegni di spesa 8272/10 e 3762/11 per un importo complessivo di euro 281.507,28;

7. di provvedere, con successivi atti del Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" all'impegno e liquidazione delle quote per ciascun esercizio finanziario;

8. di impegnare il Dirigente del settore competente della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" a porre in essere tutti gli adempimenti amministrativi e organizzativi necessari per garantire la piena operatività di Cerimp anche in funzione del nuovo assetto di Area Vasta delineato con il documento allegato alla presente Dgr.

1. Obiettivi dell'Attività del Cerimp

a. Migliorare la conoscenza della diffusione e delle cause dei fenomeni avversi per la salute dei luoghi di lavoro in Toscana;

b. contribuire a garantire lo scambio informativo tra tutti gli enti preposti ai fini della miglior conoscenza dei fenomeni;

c. favorire la diffusione delle informazioni alle forze sociali, enti vari della pubblica amministrazione, organi di stampa e di comunicazione generale;

d. sperimentare forme di utilizzo dei dati ai fini della programmazione degli interventi e della valutazione della loro appropriattezza ai fini prevenzionistici;

e. garantire costanti rapporti con le iniziative regionali e nazionali che si svilupperanno nell'ambito della prevenzione basata su prove di efficacia (Ebp).

2. Funzioni operative del Cerimp

a. Gestione dei flussi informativi Inal-Regioni su infortuni, malattie professionali e malattie correlate al lavoro (di seguito denominato Cerimp Centro regionale infortuni e malattie professionali), costituisce il supporto tecnico-scientifico e lo strumento operativo della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" -

b. gestione a livello regionale dei flussi informativi del sistema Mal.Prof. sulla registrazione delle segnalazioni delle malattie professionali pervenute alle Uu.Ff. Psl delle Aziende Usl;

c. indirizzo e supporto tecnico alle UuFf Psl dei Dipartimenti della prevenzione nella raccolta ed elaborazione di dati locali relativi agli infortuni e malattie professionali;

d. analisi del flusso informativo relativo ai referti d'infortunio sul lavoro redatti dai presidi di pronto soccorso del Sistema sanitario regionale;

e. collegamento di dati specifici con le banche-dati esistenti sia in campo sanitario che in quello socio-economico e integrazione tra i relativi flussi informativi;

f. formazione e aggiornamento del personale addetto alla gestione e utilizzo dei flussi in sede locale;

g. formazione e informazione, anche in collaborazione con altri soggetti, su tematiche relative a infortuni e malattie professionali;

h. partecipazione a gruppi tecnici per l'attuazione di progetti a valenza regionale, nazionale e sopranazionale di ricerca sul fenomeno degli infortuni e malattie professionali nei luoghi di lavoro, in piena e fattiva collaborazione con gli uffici regionali preposti a tali funzioni;

i. partecipazione a gruppi e commissioni nazionali relative a flussi informativi;

j. produzione, raccolta e diffusione di materiale e documentazione scientifica e tecnica di rilevanza per le attività di prevenzione inerenti agli infortuni e alle malattie professionali;

k. funzioni di Osservatorio regionale sui fenomeni avversi per la salute dei lavoratori che operano in Toscana congiuntamente alla Dr Inail Toscana;

l. raccolta di documentazione scientifica, normativa, delle esperienze, delle buone pratiche e delle prove di efficacia nella prevenzione dei fenomeni avversi per la salute dei lavoratori, anche tramite il raccordo con banche dati esterne;

m. supporto alle UuFf Psl dei Dipartimenti della Prevenzione riguardo all'accesso alla documentazione scientifica, normativa, delle esperienze, delle buone pratiche e delle prove di efficacia nella prevenzione dei fenomeni avversi per la salute dei lavoratori, supporto statistico epidemiologico e attivazione di corsi di formazione e di aggiornamento periodico del personale.

3. Criteri ispiratori della struttura organizzativa del Cerimp

L'assetto organizzativo del Cerimp risponde ai seguenti criteri ispiratori:

a. Vicinanza ai bisogni e alle esigenze operative degli enti e delle strutture sanitarie preposte a livello locale alla prevenzione dei rischi lavorativi anche tramite le UuFf Psl competenti per territorio;

b. orientamento e programmazione generale delle proprie attività in linea con le esigenze dei Dipartimenti di Prevenzione delle Asl e con il supporto di un gruppo tecnico-scientifico di esperti del settore;

c. Adattabilità della struttura organizzativa al lavoro per progetti anche in previsione di assetti organizzativi finalizzati.

4. Funzionamento organizzativo

Il Cerimp ha il seguente assetto organizzativo:

Di Prevenzione e in particolare con il settore Psl;

b. il gruppo tecnico-scientifico, nominato dal Direttore generale della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", valuta e approva i programmi di attività presentati dal Responsabile operativo del centro. È coordinato dal responsabile del competente settore della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" e composto dal Responsabile operativo e dai referenti territoriali di Area vasta del Cerimp, da due membri per ciascuna Area vasta designati dai Comitati di Area vasta (art. 9, commi 2 e 3 della Lr 40/05 e ss.mm.ii.) individuati tra i dirigenti operanti nel settore della prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, dal Direttore dell'Ars Toscana, da un rappresentante dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Isp) e da un esperto nominato dal Consiglio dei sanitari e da un Rappresentante del settore competente in materia di sistema informativo socio-sanitario della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" e dal Direttore regionale Inail Toscana o suo delegato;

c. un "Responsabile operativo", a tempo pieno, dello "Staff", come previsto al successivo punto 5, nominato dal Direttore generale della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", i cui compiti sono definiti nel decreto dirigenziale n. 1115 del 7 marzo 2006;

d. lo "Staff Operativo" che promuove e svolge le funzioni operative di cui al precedente punto 2.

5. Sede operativa, personale, tecnologie

Il Cerimp, struttura della Regione Toscana, Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" - Settore "Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro", che provvede a garantire il necessario supporto amministrativo, ha sede operativa principale presso l'Azienda Usl 10 di Firenze, dove opera anche per l'Area vasta Centro; presso l'Azienda Usl 5 di Pisa per l'Area vasta Nord-Ovest. È prevista una successiva localizzazione del Cerimp anche nell'Area vasta Sud-Est presso l'Azienda Usl 7 di Siena. Eventuali successive individuazioni di Aziende UuSsL avverranno mediante decreto dirigenziale a cura del dirigente responsabile del settore regionale di riferimento.

Il personale dello staff operativo del Cerimp è costituito da personale delle Aziende sanitarie delle sedi individuate come localizzazioni territoriali del Cerimp, meglio specificato con successivi decreti dirigenziali, destinato a prestare il proprio servizio (anche part time) per Cerimp ed eventualmente personale degli enti rappresentati nel gruppo tecnico-scientifico.

Le sedi operative del Cerimp svolgeranno la propria attività avvalendosi delle più aggiornate tecnologie di comunicazione, la cui messa a disposizione e utilizzo saranno garantite dalle competenti strutture delle Aree vaste (Estav) tramite il Dipartimento di Prevenzione.

6. Rapporti con i Dipartimenti di Prevenzione

Il Cerimp nell'ambito del settore "Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro" della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", si relaziona nei tempi e nei modi che il dirigente di settore riterrà opportuni con il Comitato tecnico per la prevenzione collettiva (Ctrpc) previsto dall'art. 67 della legge regionale 40 del 24 febbraio 2005 e ss.mm.ii. e con l'art. 40 della legge regionale Psl. In particolare, con l'articolazione tecnica verranno condivisi le scelte e gli interventi di interesse del

settore Psl. Il Cerimp svolgerà il proprio ruolo di proposta e supporto in stretto collegamento con gli eventuali momenti organizzativi delle UuFf Psl anche a livello di Area vasta (gruppi di coordinamento progettuali e piani mirati, gruppi tematici ecc.). Le interazioni suddette contribuiranno, anche alla luce delle analisi e delle elaborazioni dei dati relativi agli infortuni e alle malattie professionali fornite dal Cerimp, a una più opportuna programmazione e pianificazione delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro in ambito regionale, nonché a una più precisa valutazione di efficacia delle stesse. La stretta connessione con le attività dipartimentali permetterà altresì che il Cerimp possa sviluppare i propri programmi e le proprie attività anche in sintonia con le istanze e le necessità del territorio. Il Cerimp, a livello delle sue localizzazioni di Av farà da supporto periferico riguardo alle attività di documentazione, rilevazione e analisi degli infortuni e delle malattie professionali, in modo da ottimizzare i flussi informativi regionali e razionalizzare le relative attività a livello di Area vasta.

7. Rapporti con altre strutture e centri di riferimento regionale e nazionale

Il Cerimp ha rapporti stabili di collaborazione con:

- l'Agenzia regionale di Sanità (Ars), con la quale realizza scambio di dati in ambito sanitario e sviluppa sinergie e cooperazione tramite la pianificazione di progetti e programmi di lavoro;

- Inail regionale e nazionale per la condizione dei dati provenienti dal sistema assicurativo e per la collaborazione ai programmi di ricerca e sviluppo dell'Istituto;

- gli uffici della Regione Toscana competenti in materia di ricerca per favorire la collaborazione con istituti ed enti di ricerca nazionali, inserimento in percorsi internazionali di ricerca e la diffusione e la valorizzazione dei risultati degli studi e ricerche in materia di prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro;

- gli organismi e i comitati della Regione Toscana operanti ai sensi delle normative vigenti sulle tematiche d'interesse.

8. Resoconto sulle attività svolte

Il Cerimp relaziona annualmente alla Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", in occasione dell'incontro del Gts, a fronte delle risorse assegnate, sul raggiungimento degli obiettivi, sull'andamento delle attività ai fini dei necessari monitoraggi e valutazioni delle stesse e delle necessità eventuali di adeguamento. Il Cerimp rende poi di pubblica utilità i propri elaborati mediante pubblicazione degli stessi sulla pagina dedicata a Cerimp sul sito internet di Regione Toscana.

Il Cerimp rappresenta altresì la fonte istituzionale e qualificata del Sst per fornire, su richiesta, anche tramite la Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" - Settore "Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro" e, a livello locale, tramite le UuFf Psl, alla stampa e agli organismi politici, dati inerenti gli infortuni e alle malattie professionali (anche attraverso l'Osservatorio congiunto Inail/Rt-Cerimp), creando così un canale di riferimento ufficiale con l'obiettivo di evitare che vengano fornite all'esterno cifre e valutazioni difformi provenienti da fonti diverse.

9. Staff operativo e stima dei costi

Sulla base dell'esperienza progressiva e del rinnovato assetto organizzativo, anche in analogia con quanto è stato realizzato in altre realtà regionali per analoghe strutture, si prevede che lo staff operativo del Cerimp debba essere costituito da unità di personale già dipendente a tempo indeterminato (almeno una per ciascuna Area vasta) e personale statistico e di segreteria a tempo pieno.

Considerato che per quanto attiene al personale già dipendente a tempo indeterminato delle Aziende Usl non si tratta di un effettivo costo da sostenere ma di una variazione parziale di funzioni si ritiene che l'onere effettivo da sostenere debba riguardare unicamente il funzionamento del Cerimp e l'approvvigionamento delle rimanenti risorse umane (personale statistico; almeno 2 collaboratori; personale amministrativo; almeno 1 collaboratore) acquisite sin ora con le modalità di volta in volta consentite e che per il futuro dovranno essere regolarizzate nel rispetto dei vincoli previsti in materia di finanza pubblica e personale. Tale onere è quantificato in euro 110.000,00 per ciascuna annualità.

10. Risorse finanziarie

Per lo svolgimento delle funzioni del Cerimp, la Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" - Settore "Prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro" farà fronte come segue:

- per l'anno 2012 resta in vigore quanto stabilito dalla Dgr 994 del 10 ottobre 2005 e dai successivi decreti dirigenziali utilizzando per euro 275.000,00 gli impegni già assunti a favore delle Aziende Usl 5 e 10 e riportati sull'annualità 2012 del capitolo 26020 e, per la restante quota, pari a euro 25.000,00 ponendo l'onere a carico del capitolo 26164 del bilancio 2012.

A partire dal primo gennaio 2013 si prevede una organizzazione di Cerimp sulle tre Aree vaste all'interno dei Dipartimenti della

Prevenzione, con una migliore interazione con questi e una quantificazione del costo annuo, pari a euro 110.000,00 così come indicato al precedente punto 9;

- per quanto riguarda il costo del personale già dipendente a tempo indeterminato delle Aziende Usl tale onere troverà copertura nell'ordinario finanziamento a budget erogato dalla Regione Toscana e non dovrà rappresentare pertanto un costo aggiuntivo per l'amministrazione regionale in quanto trattasi unicamente di una variazione parziale di funzioni di detto personale che resta, a tutti gli effetti, in carico all'Azienda Usl di appartenenza in quanto dipendente della stessa a cui nessun ulteriore rimborso è dovuto da parte della Regione Toscana;

- per la copertura dei costi delle attività amministrative e di supporto del Cerimp e l'approvvigionamento delle rimanenti risorse umane (personale statistico e amministrativo), pari a euro 110.000,00 per ciascuna annualità, si farà fronte, per la copertura delle annualità 2013 e 2014 pari a complessivi euro 220.000,00 con le risorse disponibili sul capitolo 26164 annualità 2012 del bilancio pluriennale 2012/2014 dove esiste la necessaria disponibilità.

Per gli esercizi successivi tale copertura finanziaria verrà reperita nel capitolo 26164 dei relativi bilanci.

Logo of Sanità Toscana and contact information for the regional health authority.

(continua a pagina 5)

SOCIALE

Focus della Fondazione Michelucci sulle risposte abitative alle persone povere



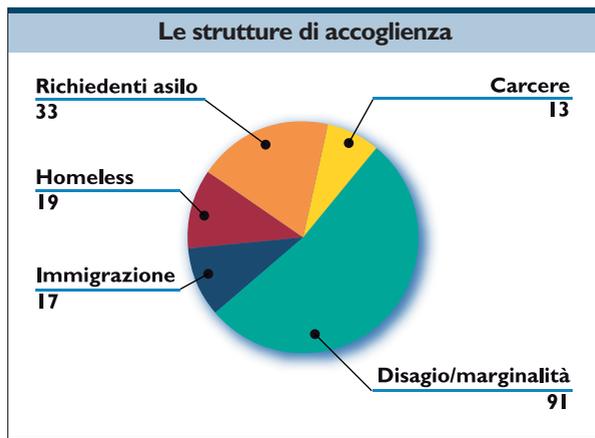
Un tetto per arginare il disagio

Servono approcci integrati per trattare nuove emergenze ed emarginazione

La povertà abitativa presenta oggi caratteri nuovi, inediti e largamente inesplorati. L'elemento significativo è il cambiamento del profilo delle popolazioni che vivono un disagio abitativo grave: alle figure tradizionali "della strada" e a quelle che hanno caratterizzato l'incremento dei senza dimora negli anni Novanta (giovani, working poor ecc.), se ne aggiungono di nuove e in qualche modo impreviste. C'è un aumento, in particolare, di persone che hanno storie non caratterizzate da situazioni pregresse di emarginazione e di esclusione, ma da esperienze di vita "normali". Questo scenario evidenzia un cambiamento e un ampliamento delle fasce sociali a rischio di povertà e suggerisce innovazioni nelle politiche di intervento. L'immigrazione è la fascia sociale in cui sono più visibili le nuove condizioni di esclusione abitativa (anche se gli italiani sono in costante crescita) e le difficoltà che richiedono nuove azioni efficaci per rispondere alle richieste di intervento.

La Regione Toscana da alcuni anni ha attivato un Osservatorio sull'esclusione abitativa curato dalla Fondazione Giovanni Michelucci, con la finalità di monitorare i fenomeni e di armonizzare le risposte che intendono

fronteggiare questo articolato e complesso fronte di situazioni di disagio. In primo luogo sono state analizzate le situazioni degli insediamenti precari o irregolari presenti in Regione. Si stima la presenza di circa 3.600 persone negli insediamenti rilevati: per il 90% sono immigrati, la maggior parte provenienti dalla Romania (circa il 40%), dal Marocco e dalla Somalia. Contestualmente è stata svolta una rilevazione delle strutture residenziali e semi-residenziali che, secondo quanto previsto dalla Lr 41/2005, sono rivolte a bisogni prevalentemente sociali e abitativi piuttosto che sanitari. Le 173 strutture rilevate si dividono per target prioritario (Grafico 1 "Le strutture di accoglienza"). Le strutture destinate all'area generica definita di "disagio/marginalità" sono quelle in numero maggiore (91 strutture per un totale di 2.033 ingressi nel corso dell'anno) e, al tempo stesso, quelle dai confini più difficilmente tracciabili. Vi sono comprese quelle strutture che non sono destinate a un'unica tipologia di disagio, ma che ospitano al loro interno persone o famiglie in difficoltà socio-economica più o meno grave, con bisogni che oscillano tra quello prevalentemente alloggiativo fino a un disagio che comprende



più dimensioni della vita della persona e a casi estremamente complessi.

L'obiettivo regionale è di operare secondo un approccio sistemico di interventi che ponga l'attenzione sull'evolversi dei bisogni delle persone in difficoltà. Per quanto riguarda le strutture destinate in maniera specifica agli homeless, i mutamenti intervenuti nell'universo delle persone "senza dimora" fanno sì che coloro che sono accolti in questa tipologia di struttura appartengono a una ampia schiera di soggetti vulnerabili. Sul territorio toscano si contano 19 strutture dedicate prevalentemente all'accoglienza delle persone senza dimora/homeless, che hanno registrato negli ultimi 12 mesi 4.175 ingressi, per il 94,5% adulti di sesso maschile

(3.946). È questo un fenomeno che vede un'importante incidenza di immigrati, ma anche un costante aumento della quota di italiani, che arriva a toccare il 37% delle presenze negli ultimi 12 mesi. Si tratta, per questa categoria, principalmente di strutture di pronta accoglienza, organizzate in camere da tre o quattro letti o, talvolta, in spazi comuni privi di separazione in ambienti (grandi camerette), quasi sempre anonimi e spersonalizzati. I posti offerti da queste strutture sono 362 di cui circa la metà situati nella provincia di Firenze. Si tratta di un numero insufficiente per accogliere una domanda in forte aumento. Estremamente critico appare il numero di posti disponibili in strutture dedicate alle donne senza casa,

del tutto assenti in molte Province. Circa la metà delle strutture censite per i "senza dimora" mostra un'accettabile qualità dei servizi offerti. Le restanti evidenziano il pesante segno dell'emergenza: l'apertura è quasi sempre solo notturna e i periodi di permanenza - che in alcuni centri sono medio-lunghi - risultano essere di pochi giorni, laddove la problematicità dei casi suggerirebbe tempi di ospitalità più lunghi.

Il quadro emerso dall'indagine condotta dall'Osservatorio sull'esclusione abitativa mette in luce innanzitutto che il "trattamento" della povertà abitativa poggia ancora su una concezione eccessivamente assistenziale, che non si risolve certo col solo "contratto" tra istituzione e persona seguita: è necessario, invece, uno sforzo di innovazione particolare per le figure in grande disagio. In molti casi questo significa esigenza di approcci integrati, che trattano diversi fattori alla base del processo di impoverimento, di esclusione o di emarginazione; in altri casi invece la domanda specifica di abitazione rappresenta il problema prevalente su cui concentrare l'intervento.

L'articolazione della domanda verso il basso chiede che si realizzino sul territorio strutture "non ordina-

rie". Si tratta di strutture che rispondono a funzioni e situazioni differenti, spesso confuse nella concreta predisposizione di queste unità di offerta.

Quando si tratta di situazioni di marginalità o fortemente problematiche, in diversi casi all'offerta alloggiativa si accompagnano altre forme di aiuto (accompagnamento sociale ecc.) attraverso progetti concordati con organizzazioni del terzo settore. Insieme a una politica di accompagnamento - intesa come affiancamento della persona in grado di saperle fornire quegli strumenti utili per creare delle strategie di risposta ai propri bisogni e desideri - è necessario impostare una politica efficace di riconoscimento dei diritti e della garanzia, quale base di una tenuta o di un rinnovamento del legame sociale. Un criterio generale può essere trovato nell'esigenza di assicurare soluzioni che siano "abitative". In molti casi il ricorso a forme alloggiative "speciali" non è necessario. Si tratta invece di preferire azioni che cercano di superare le logiche di soluzione non abitative, e anche quelle che nel realizzare soluzioni "speciali" cercano di assicurare il massimo di abitabilità.

Fondazione
Giovanni Michelucci

PROGETTO HOMELESS

Senza dimora, opportunità di lavoro

Il "Progetto Homeless" nasce e si sviluppa per favorire la promozione del diritto di cittadinanza delle persone senza dimora presenti sul territorio della città di Pisa.

Nato nel 1996 su impulso della Caritas diocesana di Pisa, il progetto ha visto da subito il coinvolgimento dei soggetti istituzionali - Comune di Pisa, Asl 5 di Pisa e Società della salute della Zona pisana - che ne hanno garantito il finanziamento continuativo, attraverso l'attuazione affidata a tre cooperative sociali del territorio (www.progettohomeless.it).

Le azioni realizzate si sviluppano su tre direttrici fondamentali: l'accoglienza, il segretariato sociale e la mediazione sociale. L'accoglienza è quella erogata mediante l'ospitalità dell'asilo notturno, cui si unisce l'offerta, presso il centro diurno, di servizi di bassa soglia che rispondono ai bisogni di prima necessità delle persone che si rivolgono alla struttura. Tra gli obiettivi c'è quello di offrire un luogo dedicato alla cura della dimensione personale, relazionale e sociale e la responsabilizzazione degli ospiti in merito al rispetto delle regole di convivenza. Una seconda area di operatività è quella del segretariato sociale che orienta gli utenti, attraverso lo sportello di ascolto e il lavoro degli operatori di strada, verso le risorse sociali presenti sul territorio e offre gli strumenti di base per l'avvio di percorsi

Una cooperativa sociale segue i soggetti svantaggiati

individualizzati di aiuto, di accompagnamento e di inclusione. Lo sportello di ascolto, all'interno del quale opera l'assistente sociale, ha il compito di ascoltare e leggere i bisogni delle persone, ma anche di regolare l'accesso all'asilo notturno mediante l'erogazione dei buoni d'ingresso.

L'unità degli operatori di strada invece monitora la presenza delle persone senza dimora sul territorio e, con una logica complementare alle azioni dello sportello, opera in un'ottica di riduzione del danno distribuendo pasti, sacchi a pelo e altri materiali di aiuto salvavita. La mediazione sociale, infine, è quella cui afferiscono le iniziative volte a mantenere un buon livello di interazione tra la struttura di accoglienza e la comunità territoriale in cui è inserita, in una logica di confronto e collaborazione con le varie realtà attive.

Infine, il Progetto Homeless è esso stesso opportunità di reinserimento lavorativo, laddove vi trova collocazione la funzione svolta da una cooperativa sociale per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, che garantisce con il proprio personale la pulizia della struttura di accoglienza e supporta la realizzazione di percorsi di orientamento e accompagnamento al lavoro di soggetti senza dimora.

Giuseppe Cecchi
Direttore Società della salute Zona Pisana

IL VADEMECUM

Come comprendere l'esclusione

È necessario precisare concetti come quelli di "povertà" e di "esclusione abitativa" e le concrete situazioni a cui questi sono riferibili. Non è raro - in campo abitativo - l'utilizzo indifferenziato di definizioni come rischio, disagio, marginalità, esclusione.

Povertà abitativa: l'insieme di tutte quelle situazioni, pur differenti tra loro per intensità e tipologia, che si allontanano da una condizione di "normalità abitativa". Nel concetto di "povertà abitativa" rientrano quindi le diverse condizioni di difficoltà e di deprivazione: dalle manifestazioni più acute, cioè i fenomeni di vera e propria esclusione abitativa (mancanza di casa), a forme meno visibili e più diffuse di disagio abitativo (si ha una casa, ma non è adeguata), fino a situazioni più sfumate di rischio abitativo, nelle quali il disagio non si è ancora manifestato, ma vi sono le condizioni perché esso si presenti.

Disagio abitativo: si presenta in forme sempre più articolate e qualitativamente differenti le une dalle altre. Si possono identificare cinque profili della povertà abitativa:

- 1. fisico:** il disagio deriva dalla mancanza di una casa, da inadeguatezze strutturali o dalla carenza di servizi dell'abitazione;
- 2. legale:** il disagio è connesso al titolo di godimento dell'abitazione (occupazione senza titolo, affitti "in nero" o senza garanzia di rinnovo dopo la scadenza);
- 3. sociale:** il disagio è dovuto a un disequilibrio nel rapporto tra le dimensioni

della casa e i suoi abitanti (sovraffollamento, convivenze forzate);

4. economico: è il fenomeno, sempre più frequente, della sofferenza alla quale sono sottoposte quelle famiglie per le quali i costi destinati all'abitazione (per affitti o mutui) impegnano una quota troppo ampia del reddito familiare;

5. territoriale: si può annoverare tra le manifestazioni della povertà abitativa, seppur in forma indiretta, anche il disagio dato dal contesto territoriale: non è l'abitazione, ma è il quartiere o il complesso nel quale essa è inserita a essere percepito come un problema.

Esclusione abitativa: l'insieme delle situazioni che presentano una forma di disagio fisico (mancanza di una casa, inadeguatezza strutturale, carenza di servizi dell'abitazione); legale (insicurezza di poter conservare l'abitazione a causa di assenza o inadeguatezza del titolo di godimento); o sociale (sovraffollamento, convivenza forzata, discriminazioni dirette e indirette).

Homelessness: è preferibile usare il termine inglese perché esso rappresenta una categoria molto ampia in cui si tracciano fili di unione fra situazioni che, a esempio in Italia, la letteratura divide in "senza casa" e "senza dimora". Nel primo caso il problema è abitativo, nel secondo è connesso ad altre questioni quali a esempio il legame sociale. Homelessness è forse il più estremo esempio di "povertà" e di "esclusione sociale" nella società attuale, sia come "sintomo" che come "causa".

SIENA L'immunoterapia oncologica dell'Aou diventa un modello per gli altri Paesi

Tumori, la strada dei vaccini



Sette centri a lezione: fa scuola il trattamento contro il melanoma

L'immunoterapia oncologica dell'ospedale di Siena diventa un modello per altri centri europei. Il 20 e 21 settembre, infatti, si è tenuto a Siena, presso l'aula 6 del centro didattico delle Scotte, un meeting internazionale dal titolo "EuMeet", organizzato da Michele Maio, direttore dell'immunoterapia oncologica, a cui hanno partecipato selezionati esperti provenienti dai sette migliori centri oncologici europei: Norvegia, Germania, Francia, Austria, Inghilterra, Olanda,

Swizzera. Durante l'incontro tutti i professionisti si sono confrontati sia sui risultati raggiunti a Siena, grazie alla sperimentazione di una nuova terapia per la cura del melanoma metastatico, sia sul modello organizzativo, basato solo sul day hospital e non sui ricoveri, adottato alle Scotte.

«Il nostro ospedale - spiega Silvia Briani, direttore sanitario dell'Aou Senese - è l'unica struttura pubblica in Italia ad avere un reparto interamente dedicato all'immunoterapia oncologi-

ca, attivato grazie al sostegno della Regione Toscana e dell'Istituto Toscano Tumori che ha fortemente creduto in questo nuovo settore dell'oncologia. Ogni anno si rivolgono a noi circa 300 nuovi pazienti con melanoma metastatico, provenienti da ogni parte d'Italia perché offriamo le più innovative strategie terapeutiche, grazie alla competenza del dottor Michele Maio e della sua équipe e alla preziosa collaborazione con altre unità di assoluto rilievo scientifico del nostro ospedale». L'immunote-

rapia è ormai diventata un'arma in più per combattere il cancro, insieme a radioterapia, chemioterapia e chirurgia oncologica. «Sino a qualche anno fa - aggiunge Maio - la sopravvivenza dei pazienti con melanoma metastatico era di circa 6-8 mesi, ridotti a circa 4 mesi in caso di metastasi cerebrali. Ora grazie all'immunoterapia e, in particolare, alla sperimentazione dell'ipilimumab, la nuova molecola di cui disponiamo, in associazione anche con altri agenti terapeutici, abbiamo una sopravviven-

za a 3, 4 e 5 anni».

I successi raggiunti nel melanoma a Siena aprono la strada anche verso la cura di altre forme di tumore. «Stiamo sperimentando nuovi anticorpi - conclude Maio - anche nei tumori a polmone, prostata, rene e mesotelioma pleurico. Il nostro obiettivo è impegnarci e andare avanti perché la nostra è una storia ancora tutta da scrivere».

Ines Ricciato
Ufficio Stampa Aou Siena

PISA

Contro l'esofago di Barrett l'arma dell'ablazione con radiofrequenza

Disponibile all'Aoup una nuova tecnica altamente mini-invasiva per la cura dell'esofago di Barrett: si tratta dell'ablazione con radiofrequenza. L'esofago di Barrett è una condizione patologica caratterizzata dalla sostituzione metaplasica del normale epitelio esofageo, causata dal reflusso gastroesofageo (Rge) cronico, e rappresenta il fattore di rischio più importante per lo sviluppo dell'adenocarcinoma esofageo, il

mente negli Stati Uniti, dove è stato recentemente condotto uno studio multicentrico pubblicato sul prestigioso The New England Journal of Medicine. Tale studio ha dimostrato che la radiofrequenza è in grado di eliminare completamente l'epitelio di Barrett e la displasia in una percentuale elevatissima dei pazienti trattati, circa il 90%, in assenza di importanti complicanze. Anche se in alcuni casi è necessario un secondo

Disponibile all'Aoup una nuova tecnica mini-invasiva

intervento per ottenere una completa eliminazione della mucosa, si tratta di un sensibile miglioramento rispetto alle tecniche precedenti e alle possibilità di cura offerte dai farmaci. L'intervento può essere effettuato in anestesia generale o in sedazione profonda ed è sufficiente un ricovero di solo due giorni. La nuova metodica rappresenta pertanto una nuova opportunità di trattamento per i pazienti affetti da esofago di Barrett e lesioni precancerose.

In Italia è possibile ricorrere a questa tecnologia solo in pochi centri: nel centro Italia, oltre a Pisa, solo a Roma.

Manuela del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

LIVORNO

Patto anti-sedentarietà: lo sport diventa strumento per fare salute

È stato firmato un protocollo d'intesa tra Asl 6 di Livorno e il comitato provinciale Uisp (Unione italiana sport per tutti) per la collaborazione nella promozione dello sport quale strumento di miglioramento della qualità della vita e quindi "sanitario". «Con questo atto - dice Daniela Becherini, responsabile della Medicina dello sport dell'Asl 6 - formalizziamo e strutturiamo una collaborazione che fino a oggi era stata solo su singoli eventi».

Nonostante quello che si possa pensare a Livorno il 44% della popolazione, quindi quasi una persona su due, è considerabile come sedentaria. Da qui la necessità di una chiamata collettiva a quel movimento che porta da subito a un miglioramento della qualità della vita. «Proporremo così iniziative per tutti - continua Becherini - partendo dai nostri utenti con patologie, come i diabetici, ma anche gli obesi o gli anziani con problemi, ma senza trascurare i nostri stessi dipendenti attraverso la creazione di una polisportiva che possa invogliare a mettersi in azione con passeggiate di gruppo in aree verdi, corsi di camminata nordica o corsi di motricità».

Siglato protocollo d'intesa tra l'Asl 6 e l'Uisp provinciale

La firma del protocollo è stata salutata con entusiasmo anche dal presidente dell'Uisp livornese, Michele Barzagli. «Lo sport - dice Barzagli - è uno strumento trasversale che porta salute facendo prevenzione e riducendo gli interventi di cura. Siamo felici che l'azienda sanitaria dia sostegno a questo diritto di cittadinanza che offre nuove possibilità ai cittadini e arricchisce la stessa Uisp con l'opportunità di far crescere in qualità e quantità i propri servizi».

«Si tratta di un accordo originale che non ha uguali in Toscana - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'Asl 6 di Livorno - di collaborazione con una attività di questo tipo. Scopo della nostra azienda è quello di tutelare la salute a tutto campo e una sana attività sportiva può sicuramente lavorare in questa direzione. Il protocollo siglato con la Uisp mira a rafforzare le collaborazioni già esistenti e a crearne insieme di nuove finalizzate non a una pratica agonistica, ma allo sviluppo del concetto di sport come strumento, in ambito sanitario, di prevenzione e cura».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

PISTOIA

Grazie a 7 ecografi sulle ambulanze oltre 400 esami ai pazienti soccorsi

Continua a essere all'avanguardia il sistema di emergenza e urgenza della Provincia di Pistoia. Grazie ai sette ecografi posizionati su altrettante automediche sono stati effettuati oltre 400 esami su pazienti soccorsi sul territorio che presentavano, nella maggioranza dei casi, arresto cardio-respiratorio, traumi, insufficienza respiratoria. Per tutte queste situazioni cliniche l'utilizzo degli ecografi portatili a bordo delle automediche è stato determinante e ha permesso ai soccorritori di formulare subito la diagnosi, avviare la terapia e decidere sulla struttura sanitaria più idonea dove effettuare il ricovero.

Questo ottobre compie due anni questa importante esperienza, la prima del genere in Italia, realizzata grazie alla generosità della Famiglia Carrara: in occasione del cinquantesimo anno di attività della Cartiera San Felice nel 2010 donarono alla Asl 3 ben sette ecografi portatili che hanno permesso di effettuare "sul posto" diagnosi precoci e quindi di salvare molte vite. «Gli ecografi hanno permesso al nostro sistema di fare un ulteriore salto di qualità e si stanno dimostrando determinanti», sot-

Compie due anni l'esperienza partita da una donazione

tolinea Piero Paolini, direttore del Dipartimento di emergenza e urgenza della Asl 3. «Per esempio senza questi apparecchi un giovane paziente con trauma che alla visita non evidenziava lesioni pericolose non si sarebbe salvato: l'ecografia eseguita sul posto invece ha diagnosticato un'emorragia interna e il paziente giunto in ospedale è stato subito operato». Recentemente, invece, in un paziente in arresto cardiocircolatorio, l'ecografia eseguita durante la rianimazione ha consentito di fare diagnosi di embolia polmonare massiva e, dopo adeguata terapia, ottenere una ripresa dell'attività cardiaca.

Molto del merito dell'evoluzione continua del Dipartimento di emergenza e urgenza va infatti agli operatori. In particolare i medici della Asl 3 sono stati determinati nel voler seguire il corso di formazione, utilizzando docenti di comprovata competenza, per acquisire tutte le abilità necessarie per svolgere correttamente l'esame diagnostico.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

IN BREVE

▼ **SIENA**
Quali sono le novità mondiali nei percorsi clinici e terapeutici dei tumori dell'occhio dell'età pediatrica e in particolare del retinoblastoma? Su questo argomento si sono confrontati esperti di eccellenza italiani e internazionali, in occasione del convegno "Ocular Oncology Day: retinoblastoma guidelines", coordinato da Doris Hadjistilianou, responsabile del centro di riferimento nazionale per il retinoblastoma dell'Aou Senese, che si è tenuto il 21 settembre. Si è parlato di terapie innovative conservative del retinoblastoma, introducendo le ultime scoperte relative all'individuazione dei fattori clinici, istopatologici, genetici e neuroradiologici, per la migliore scelta terapeutica, che andranno a costituire il fulcro delle linee guida su questa malattia.

▼ **MASSA E CARRARA**
Secondo stime recenti il 50,8% della popolazione migrante è donna e in Toscana la presenza femminile straniera ha confermato il dato nazionale. Come accogliere nel servizio sanitario queste donne portatrici di bisogni diversi, con quale tipo di offerta e con quali strategie? A questi e ad altri interrogativi si parlerà nel convegno "Conoscere per migliorare" organizzato dalla Zona delle Apuane della Asl I di Massa e Carrara. Il 12 ottobre nella Sala consiliare del Comune di Carrara si incontreranno, a conclusione del percorso formativo aziendale sul tema, gli operatori sanitari dell'Asl I con gli operatori delle associazioni territoriali che si occupano di migrazione, per discutere sulle proposte emerse durante la formazione e ragionare "in rete".

▼ **EMPOLI**
Inaugurato il secondo punto di primo soccorso del Valdarno Inferiore. Dopo quello di Fucecchio, all'ospedale San Pietro Igneo, il Pps di San Miniato rafforza la rete territoriale dell'emergenza urgenza dell'Asl 11, implementandone il riassetto secondo i tempi previsti. La ridefinizione della rete, in fase avanzata, ha previsto la collocazione di un punto di primo soccorso, 24 ore su 24, in località La Catena per presidiare meglio il territorio. Un'attività impegnativa che vede coinvolte l'Asl 11 e le associazioni del volontariato. Il Valdarno Inferiore (San Miniato, Montopoli Valdarno, Santa Croce Sull'Arno, Castelfranco, Fucecchio) può contare, dunque, su 2 automediche, un'ambulanza infermieristica diurna e 4 ambulanze di primo soccorso con defibrillatore semiautomatico.

CALENDARIO

3 OTT. 2012

FIRENZE
Presso l'Aula Magna del Cto di Firenze si terrà la Conferenza "La centralità della Toscana nella ricerca mondiale su una malattia rara: l'alcaptinuria". In agenda diversi temi, dalle nuove prospettive di cura alla situazione dell'assistenza ai malati in Italia. Per info: 0503152110, crisim@ifc.cnr.it

4 OTT. 2012

FIRENZE/2
Presso Villa La Quiete a Firenze si terrà un incontro dal titolo "Psicoeducazione: metodologia e partecipazione nei servizi di salute mentale". L'appuntamento è l'occasione per parlare del modello e della rete degli interventi dell'esperienza fiorentina. Per info: 0557949099, varrac@aou-careggi.toscana.it

5 OTT. 2012

FIRENZE/3
"Comunicare l'infertilità". Questo il titolo del convegno che si terrà il 5 e il 6 ottobre a Firenze, presso il Convitto della Calza. Si parlerà di come riconoscere i bisogni dei pazienti, di presa in carico della coppia e di come comunicare le possibilità di successo. Per info: 0744/919581, info@precommunication.com

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