

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. 39
anno XV del 23-29 ottobre 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

L'integrazione che nasce dall'assistenza

di Sara Barsanti *

L'integrazione degli immigrati nei Paesi ospiti è un prerequisito fondamentale per un'efficace fruizione dell'assistenza sanitaria e a sua volta l'accesso all'assistenza sanitaria è condizione necessaria per il benessere e, quindi, l'integrazione, dei migranti. L'interesse per la salute dei migranti, in termini di ricerca accademica e di pratica professionale, va di pari passo con lo sviluppo di un quadro politico per l'integrazione.

Ma in tempi di crisi economica sono spesso i più deboli a essere intaccati dalle non strutturate riforme sanitarie: si pensi alla Spagna, dove la nuova legge stabilisce che gli immigrati non registrati o autorizzati come residenti (circa 150mila persone) avranno accesso solo ai servizi di emergenza, di maternità e pediatrici. Non verrà assegnato alcun medico di base o specialista e la persona interessata dovrà pagare l'intero costo dei prodotti medicinali. Al contrario, piuttosto che aumentare la pressione su tali gruppi, ciò che appare urgente è attuare interventi di promozione della salute e di prevenzione migliorando l'accessibilità ai servizi e alle cure, agendo sul piano normativo e sull'organizzazione dei servizi nei territori. Ciò avrebbe un effetto positivo sulla riduzione dei costi, limitando l'ospedalizzazione urgente e inappropriata, arginando i conflitti sociali e la marginalizzazione.

E ancora è essenziale

CONTINUA A PAG. 2

INCLUSIONE

Dieci anni di attività della struttura di riferimento «L'Albero della salute»

Equità globale per i migranti

Gli strumenti: mediazione culturale e rimodulazione dei servizi sanitari

Le forme assunte dalla crisi globale nell'ultimo triennio mostrano sempre di più la polarizzazione tra una prospettiva di governance che persegue il valore dell'integrità delle persone, dei diritti, dell'equità e della salute globale e una visione esclusivamente economicista. Ma proprio in quanto scenario complesso, le policy per la salute dei migranti divengono oggetto obbligato da definire, raccogliendo passato e futuro. Prova a farlo un convegno a Firenze il 24 ottobre, a Villa La quiete alle Montalve. Lo spunto è offerto dai dieci anni della struttura di riferimento per la promozione della salute dei migranti - Regione Toscana, L'Albero della salute, elaborati con un anno di esperienza in più.

La rilettura del Piano sanitario del 2002-2004, riportandoci indietro di un decennio, ci permette di recuperare uno sguardo sintetico su obiettivi e criticità per osservarne sinteticamente gli sviluppi. Qui la Toscana, pur riconoscendosi come Regione storicamente impegnata in politiche eque per i migranti - con l'inclusione, già nel 2001-2002, del diritto all'assistenza sanitaria per i cittadini non in regola - individuava come criticità la difficoltà di accesso ai servizi sanitari e l'appropriatezza degli interventi per i migranti e alcuni obiettivi da perseguire: il riorientamento dei servizi in funzione della presenza migrante, la realizzazione di progetti aziendali, il raccordo con il terzo settore e la cooperazione internazionale, programmi specifici per la salute materno-infantile, da realizzare attraverso l'attuazione dell'iscrizione dei non regolari, la realizzazione di materiali multilingue, lo sviluppo di strumenti epidemiologici sensibili alla presenza dei cittadini stranieri.

Questi punti rappresentano in modo emblematico un percorso verso un Sistema migrant friendly che non ha sicuramente potuto svilupparsi nell'arco di un biennio, ma che ha orientato continuamente l'indirizzo delle politiche toscane nell'ultimo decennio.

Nel 2001, mentre L'Albero della salute nasceva nel territorio di Prato,



IL COMMENTO

Una normativa avanzata disapplicata sul territorio

di Gavino Maciocco *

La normativa italiana sull'assistenza sanitaria agli immigrati è tra le più avanzate al mondo.

È una normativa che, a partire dal Testo unico sull'immigrazione del 1998, garantisce il libero accesso ai servizi sanitari anche agli immigrati "irregolari". La legge infatti prevede che agli stranieri privi di permesso di soggiorno sia rilasciato un documento (con codice Stp, Straniero temporaneamente presente) che consente alle persone di poter fruire delle cure "urgenti" ed "essenziali".

«Essenziali - precisa la legge - sono le prestazioni sanitarie, diagnostiche, terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)». Di fatto nessuna prestazione è esclusa.

Peccato che una legge nazionale così avanzata, in termini di riconoscimento del diritto alla salute, sia così poco attuata e praticata a livello regionale. Alcune Regioni la attuano molto parzialmente per motivi chiaramente politico-discriminatori, limitando l'assistenza ai soli casi urgenti nell'ambito delle accettazioni ospedaliere. Altre Regioni come la Toscana hanno recepito pienamente, in linea di principio, la normativa nazionale ma il livello di effettiva attuazione è parziale e molto disomogeneo tra le diverse Asl. Gli stranieri "irregolari" sono poco informati dei loro diritti e

dei servizi a loro accessibili, ma anche gli operatori del servizio sanitario regionale sono a digiuno d'informazioni. E quindi capita che le conseguenze siano le stesse un po' da tutte le parti: in caso di bisogno il primo pensiero è quello di rivolgersi al pronto soccorso ospedaliero (cosa che capita sempre più spesso anche agli italiani...) e poi c'è il timore diffuso (anche se infondato) che l'accesso ai servizi pubblici possa svelare la loro condizione di clandestinità di fronte alle autorità. Tutto ciò è emerso in una recente ricerca sull'assistenza sanitaria agli immigrati in Toscana.

La questione dell'informazione è quindi veramente critica per garantire l'effettivo diritto alla salute degli immigrati e ciò richiede un intervento efficace a vari livelli: regionale e locale.

Una serie di informazioni multilingue - riguardanti quelle generali, i diritti e le normative, i percorsi assistenziali, i moduli di consenso informato - dovrebbero essere prodotte centralmente e disseminate (anche attraverso il sito web ufficiale della Regione); mentre altre più specifiche, relative all'accesso ai servizi amministrativi e sanitari dell'Asl o dell'Ao, dovrebbero essere prodotte localmente e pubblicate attraverso differenti canali (stampa, web, radio, tv ecc.).

* Dipartimento di Sanità pubblica Università di Firenze

emblematico per uno storico rapporto percentuale migranti/autoctoni, la mediazione culturale era limitata solo ad alcune aziende dell'Area centro e nonostante la sensibilità culturale di alcuni operatori e amministrazioni locali - segnalata da iniziative a carattere antropologico ed etnopsichiatrico - le pratiche sanitarie risentivano ancora di un'impronta emergenziale e non strutturata.

Hanno fatto seguito la progressiva diffusione della mediazione culturale, la rimodulazione dei servizi sanitari rispetto a forme e orari e l'impegno nell'area materno-infantile, con interventi come la delibera 259 del 2006, sulla riqualificazione dei servizi consultoriali, e i successivi progetti Mum Health, Conoscere per prevenire, le campagne per l'allattamento al seno, potenziate per le mamme straniere, realizzati in partnership con il Terzo settore, mediatori e associazioni migranti.

E ancora, la legge n. 29/2009 sull'immigrazione con la previsione di interventi maggiormente integrati tra sociale e sanitario, le campagne informative declinate anche in lingua, la progressiva diffusione di una cultura del monitoraggio dei dati disaggregati, segnata anche da alcuni Report dedicati (a cura degli Osservatori provinciali, L'Albero della salute, l'Ars) e da importanti ricerche - come quella del Mes del 2011 - parlano di un sistema sanitario che pur non avendo ancora strutturato un funzionamento integrato, previsto dal progetto dell'Oms, ha recepito impulsi e sperimentato pratiche.

L'obiettivo di una formazione strutturata degli operatori e della revisione del profilo del mediatore culturale rimangono sicuramente item che, richiedendo uno sforzo ulteriore, mostrano l'urgenza del completamento di quello che, con lungimiranza, il Piano sanitario 2002-2004 già individuava.

Elisabetta Confaloni

Filosofa bioeticista, responsabile della Struttura di riferimento per la promozione della salute dei migranti Regione Toscana, L'Albero della salute

LA TESTIMONIANZA

«La fortuna di curare in tante lingue»

di Maria Francesca Gola *

Penso di essere un medico pediatra fortunato. Lo sono perché subito dopo la specializzazione, molti anni fa, ho deciso di lavorare nei consultori pediatrici dell'attuale Asl di Firenze. Erano gli anni in cui la Regione Toscana si era resa conto che il flusso migratorio dalla Cina, dai Paesi dell'Est e dal Sud America era in aumento e cominciava a essere necessario offrire una

possibilità di controllo e protezione della salute a una popolazione in gran parte "fantasma" e che niente conosceva dei percorsi di prevenzione, di cura, di salvaguardia della maternità e dell'infanzia. Insomma dell'"offerta salute" sempre all'avanguardia e generosa posta in atto dalla Regione Toscana e quin-

CONTINUA A PAG. 2

ALL'INTERNO

Meyer, eccellenza immunologica

A PAG. 3

Un patto rilancia l'Alta Val di Cecina

A PAG. 4-5

Livorno: più letti al country hospital

A PAG. 7

MODELLI

Convegno a Firenze: riorganizzare l'assistenza senza ridurre i servizi



«Taglia e ricuci» con qualità

Gli interventi non abbassano il livello di salute - Stop alle cure obsolete

«**T**aglia e ricuci: per il diritto alla salute, per confezionare i servizi sanitari intorno ai bisogni delle persone» è un convegno. Ma anche l'occasione d'incontro per i rappresentanti di organismi istituzionali e società scientifiche del Ssn con lo scopo di mettere a confronto idee e proposte per ridurre la spesa sanitaria, salvaguardando la qualità e la sicurezza delle cure. «Taglia» come risparmio e «Ricuci» come riorganizzazione per riadattare i servizi sanitari ai nuovi bisogni dei cittadini.

L'incontro si svolgerà a Firenze, il 29 ottobre prossimo, presso l'Auditorium di Sant'Apollonia ed è organizzato dal Centro gestione rischio clinico della Regione Toscana e dall'Osservatorio qualità ed equità dell'Agenzia regionale di Sanità e promosso dall'Associazione I-Think e dalla Federazione italiana Società medico-scientifiche.

Per rispondere alla sfida, parteciperà all'incontro uno dei maggiori ricercatori a livello internazionale sulla ma-

teria, John Ovretveit, del Karolinska Institute di Stoccolma.

Ovretveit è stato recentemente consulente del servizio sanitario della Gran Bretagna con l'incarico di analizzare i risparmi che possono derivare dall'introduzione di alcune pratiche per la sicurezza e i cambiamenti organizzativi. In particolare ha pubblicato sul British Medical Journal (aprile 2011, vol. 20, n. 4) a firma anche di Martin Marshall (The Health Foundation, London, Uk) i risultati di uno studio per ridurre la spesa in Gran Bretagna di 15-20 miliardi nei prossimi 4 anni senza abbassare il livello di salute dei cittadini. Gli interventi suggeriti e i risparmi stimati dallo studio inglese riguardano quattro aree di attività: migliorare la prevenzione e il case management, ridurre gli accessi non programmati, potenziare le cure integrate e migliorare l'assistenza nel fine vita.

Una migliore gestione dei percorsi terapeutici e l'adozione di corretti stili di vita possono portare considerevo-

li risparmi. Altri ritorni economici potranno derivare dalla prevenzione degli eventi avversi e in particolare dalla migliore gestione delle ulcere degli arti, dalla riduzione di errori nell'assunzione di farmaci, dall'implementazione delle linee guida del Nice, dal potenziamento della salute nutrizionale, dalla prevenzione delle infezioni ospedaliere, dalla migliore gestione, in ospedale, dei pazienti con diabete e dalla prevenzione delle cadute in ospedale.

Non solo è possibile risparmiare con interventi di miglioramento della qualità e sicurezza, che comunque comportano in alcuni casi dei costi minimi, ma anche disinvestendo in attività cliniche di cui non è dimostrata l'efficacia e che possono causare danni ai cittadini.

Di grande interesse a tal proposito è il documento «Choosing wisely» messo a punto dalla Abim Foundation (Abim - Advancing medical professionalism to improve health care) che presenta i consigli di nove società scientifiche statunitensi per evitare esami e terapie che non si sono dimostrate efficaci o presentano una scarsa evidenza. Oltre a Ovretveit, parteciperan-

no alla giornata il presidente della Commissione efficacia ed efficienza del Servizio sanitario nazionale, senatore Ignazio Marino, Ivan Cavicchi sociologo ed esperto di fama sui modelli organizzativi della Sanità, Annibale Biggeri, epidemiologo, autore dello studio nazionale sugli eventi avversi.

I dirigenti del Servizio sanitario toscano saranno al gran completo, vista l'importanza dell'occasione. Il pomeriggio prevede gli interventi di rappresentanti di società scientifiche e associazioni di cittadini, che potranno presentare, con la tecnica dell'ascensore (solo 3 minuti di tempo), le loro idee e proposte sulla Sanità. I relatori delle idee e proposte più votate dai partecipanti, saranno invitati a presentare dei contributi più esaurienti al Forum Risk management in Sanità che si terrà dal 20 al 23 novembre ad Arezzo. Dalla giornata è auspicabile che derivino indirizzi utili per le future politiche della Sanità toscana, tagli, ma anche ricuciture che rendano diverso ma non meno valido il

servizio sanitario.

Il convegno quindi riunirà persone e proposte per non subire passivamente il rischio che il diritto alla salute non possa più essere un fattore di crescita della ricchezza del Paese, come di fatto è stato in passato, e cercherà di formulare ipotesi di cambiamento per affrontare sia alcune nevralgiche questioni sanitarie (meccanismi di finanziamento, governance del sistema sanitario, modelli di azienda e di programmazione, produzione di salute come risorsa naturale, responsabilizzazione dei cittadini) così come questioni che riguardano la conoscenza e la pratica medica (apparati concettuali, modelli di conoscenza, contenuti professionali, prassi operative, metodiche di intervento, criteri per fare, per giudicare e per decidere).

Agire su governance e meccanismi di finanziamento

contenuti professionali, prassi operative, metodiche di intervento, criteri per fare, per giudicare e per decidere).

a cura di
Giulia Fagliana
Tommaso Bellandi
Gestione Rischio clinico e sicurezza del paziente - Regione Toscana

PREMIATO IL PROGETTO TOSCANO

La Toscana è stata premiata alla convention Ambiente Lavoro, per il dépliant «Usato a norma - Io vendo macchine sicure», realizzato per il progetto regionale di informazione per la riduzione degli infortuni in agricoltura. La premiazione è avvenuta nell'ambito della VIII Rassegna del Concorso Inform@zione 2012, indetto da Regione Emilia Romagna, Asl di Modena e Inail, inerente alla sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il dépliant premiato è il veicolo di una campagna informativa e di sensibilizzazione rivolta ai rivenditori/riparatori di macchine agricole. Il progetto, denominato «L'informazione per la riduzione degli infortuni in agricoltura - Io vendo macchine sicure», ha visto la collaborazione dell'Unione nazionale dei commercianti di macchine agricole (Unacma) e di Inail, ed è stato coordinato dalla Asl 3 di Pistoia. Del progetto facevano parte il dépliant divulgativo che è stato premiato e una serie di incontri informativi che si sono tenuti nei mesi di ottobre e novembre 2011 nelle sedi Inail di Firenze, Arezzo, Pisa, Siena, Grosseto, Lucca.

Uno strumento utile se si pensa che gli infortuni sul lavoro in agricoltura avvenuti in Italia nel 2011 sono stati 36.761 (su un totale di 478.160

«Usato a norma» per evitare incidenti



Il dépliant vincitore a Modena

infortuni sul lavoro avvenuti complessivamente in tutti i settori); nello stesso anno, in Toscana, ce ne sono stati 3.196 in agricoltura, su un dato complessivo regionale di 39.715 in tutti i settori. In Toscana, gli infortuni mortali in agricoltura sono stati 11 nel 2012, 6 nel 2011, 7 nel 2010. Di questi, una causa frequente è lo schiacciamento dell'operatore in seguito al ribaltamento del tratto-

re: 4 casi nel 2012, 2 nel 2011 e 2 nel 2010.

Il progetto premiato prevedeva la realizzazione di interventi informativi dedicati a rivenditori/riparatori di macchine agricole, in quanto soggetti moltiplicatori per la diffusione di corrette informazioni tecniche e normative nei riguardi di vari soggetti del comparto agricolo: tra questi, i cosiddetti «hobby farmers», persone dedite all'attività

agricola marginalmente e/o saltuariamente, per i quali il rivenditore rappresenta spesso l'unica fonte dalla quale ricevono informazioni utili per la scelta delle attrezzature e sulle modalità di utilizzo.

Ma questa non è la prima volta che la Toscana riceve un premio alla manifestazione modenese. Due anni fa vinse con la campagna speciale di comunicazione «Sicuro non cado», e con il manuale «Le regole indispensabili per l'uso in sicurezza delle macchine agricole». Allora la campagna, realizzata dall'assessorato per il diritto alla salute in collaborazione con Italcementi e Ance Toscana, fu costruita intorno allo slogan e si avvale di una serie di diversi strumenti, particolarmente studiati per essere utilizzati sui cantieri. Fu predisposto un vademecum in otto punti in cui al datore di lavoro e al lavoratore vengono indicati i principali accorgimenti che possono prevenire le cadute. Lo stesso messaggio, «Sicuro non cado», fu stampato su migliaia di magliette e su 150mila sacchi contenenti il cemento che viene utilizzato nei cantieri. Inoltre sempre nei cantieri vennero usati a copertura delle impalcature teloni che portavano stampati in gigantografia l'immagine e lo slogan.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

di dall'Asl Firenze.

Nei primi anni, e alla spicciolata, giovani donne provenienti soprattutto dall'Albania e dalla Cina affluivano con i loro figli neonati negli ambulatori pediatrici, dove lavoravo e lavoro, e negli ambulatori ostetrico-ginecologici per essere seguite nella gravidanza. Le ricordo un po' diffidenti, spaurite, meravigliate della nostra disponibilità, dell'offerta gratuita di vaccini, visite, consulenze. Sia con permesso di soggiorno o senza, il nostro atteggiamento non cambiava. Ma quanta difficoltà nel cercare di dare informazioni corrette a chi la nostra lingua la comprendeva appena o per niente.

Ed ecco la brillante soluzione dell'Asl: l'introduzione in alcu-

ni consultori pediatrici e ginecologici dei mediatori linguistici culturali, traghettatori non di parole ma di cultura tra operatori e utenti e quindi capaci di modulare l'offerta di salute in modo da non creare rifiuti di percorsi diagnostici o diffidenza verso una «Medicina occidentale» non conosciuta. Tutto ciò ha permesso a me e, col tempo, all'attuale esercito di operatori sanitari e sociali coinvolti nei Servizi rivolti alle popolazioni migranti, di instaurare rapporti di fiducia tali che l'affluenza in questi anni è stata in continuo aumento. Nuovi arrivi e nuove migrazioni da Paesi diversi sostituiscono chi ormai si è regolarizzato e integrato e ha figli grandi.

La formula vincente sta nel mettere insieme operatori motivati e preparati con mediatori capaci di far comprendere i nostri percorsi e la voglia di dare aiuto. A volte la sera tornando a casa in mezzo al traffico della mia Firenze mi chiedo se questo percorso straordinario di «accudimento» sanitario che ho visto crescere in questi anni sia soddisfacente. Nei nostri ambulatori si parlano ormai tante lingue e nessuno viene rimandato indietro, ma sarà fondamentale potersi confrontare tra operatori, incontrarci, continuare a crederci e creare una rete tra Asl e Regione che non ci faccia mai sentire soli.

* Pediatra dell'Asl di Firenze

L'integrazione ... (segue dalla prima pagina)

attuare una valutazione di impatto delle iniziative attuate, per verificarne i risultati, evidenziarne i punti deboli, evitando errori o duplicazioni. Da un punto di vista organizzativo e strategico, per considerare l'equità di accesso il criterio per la programmazione dei servizi, ciò che è fondamentale non è creare percorsi separati, infatti, ma includere nei processi decisionali le variabili che possono creare divari, quali appunto la specificità della condizione di migrante. Ciò non significa necessariamente aver bisogno di percorsi specifici, ma di precise modalità che presuppongono il lavoro di mediazione, di formazione e di orientamento. D'altra parte, però, è necessario prevedere punti di accesso specifici laddove si evidenziano carenze e difficoltà di accostarsi ai servizi stessi: se

l'accesso ai servizi di medicina territoriale è critico, ambulatori dedicati agli stranieri, con ruolo di filtro e presa in carico, sono necessari per una tempestiva e appropriata assistenza primaria.

È proprio grazie a tali ambulatori e al percorso nascita, uno dei percorsi più utilizzati dagli stranieri, che il sistema sanitario potrebbe diventare il fulcro e centro di riferimento per la presa in carico sanitaria, ma anche sociale, della famiglia immigrata, trasformandosi in un'opportunità di integrazione. Limitando quindi la spirale che spesso si crea per le fasce più fragili della popolazione dove la malattia aggrava l'emarginazione e la marginalizzazione aggrava la malattia.

* Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

SSR AI RAGGI X Il centro di immunologia inserito nel network delle eccellenze mondiali

Il Meyer nella Jeffrey Modell



La struttura sarà punto di riferimento per le immunodeficienze primitive

Il Centro di immunologia pediatrica dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze è entrato a far parte della rete dei Centri Jeffrey Modell, il network per la diagnosi, la cura e la ricerca delle immunodeficienze primitive (Idp) che raccoglie i Centri di eccellenza per l'Immunologia in tutto il mondo. L'accesso alla rete Jeffrey Modell è molto selettivo e limitato. In Italia appartiene a questa rete solo un centro di immunologia dell'adulto e quello dell'Aou Meyer è il primo Centro pediatrico italiano.

Il riconoscimento dell'Organizzazione internazionale consentirà alla struttura del Meyer di centrare un triplice obiettivo. Il Centro fiorentino non solo potrà sviluppare ulteriormente la cura e la gestione delle immunodeficienze primitive (Idp), ma forte dell'esperienza accumulata negli anni, che ha portato allo sviluppo del brevetto internazionale di cui è titolare, intende porsi come ful-

cro nazionale per lo screening neonatale delle immunodeficienze e punta a intensificare la ricerca per estendere il test precoce a uno spettro più ampio di immunodeficienze e di malattie rare.

Il riconoscimento della Fondazione Jeffrey Modell (Jmf) premia la stretta collaborazione esistente tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer e l'Università degli Studi di Firenze, consentendo il raggiungimento di importanti risultati, frutto dell'integrazione tra ricerca scientifica e attività clinica.

«Oggi è un giorno importante per l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer perché entra in una nuova autorevole rete internazionale, il network Jeffrey Modell - ha affermato il direttore generale Aou Meyer, Tommaso Langiano -. La collaborazione tra il nostro ospedale, la comunità scientifica, l'Istituzione regionale, l'Università di Firenze, le Associazioni e il privato si rivela



determinante per proseguire, nel segno della qualità e dell'innovazione, la crescita del nostro Ospedale. Solo nel segno della collaborazione e dell'impegno comune sarà possibile compiere ulteriori progressi per offrire a tutti i bambini italiani un elevato livello di assistenza e cura delle immunodeficienze primitive, come è anche dimostrato dallo screening neonatale che vede la To-

scana fra le Regioni più avanzate in Italia per le sue politiche sanitarie».

«La ricerca e le relazioni internazionali sono fra le priorità dell'Università di Firenze che considera quindi un traguardo importante l'ingresso nella prestigiosa Fondazione Jeffrey Modell dedicata alla cura delle immunodeficienze primitive - ha dichiarato il pro Rettore per la Ricerca scientifi-

ca dell'Università di Firenze, Elisabetta Cerbai -. In questo campo, infatti, la ricerca condotta nel nostro ateneo ha dato un contributo di eccellenza in termini di risultati scientifici e di innovazione clinica, con l'identificazione di test diagnostici di screening neonatale oggi alla portata di tutti i bambini. Il riconoscimento suggera l'impegno congiunto di sistema universitario e Azienda ospedaliera che rappresenta la migliore sintesi della finalità dell'Università: quella di mettere la scienza al servizio del progresso e della società».

L'approccio multidisciplinare seguito al Meyer ha permesso di raggiungere risultati significativi. «Di recente - spiega Chiara Azzari, direttore del Centro di Immunologia - insieme a Massimo Resti, direttore della Pediatria e Giancarlo la Marca, responsabile del servizio di Spettrometria di Massa, abbiamo brevettato a livello internazionale un nuovo metodo di diagnosi precoce, che con la

spesa di un solo centesimo per bambino, identifica una delle più frequenti forme di immunodeficienza congenita. Già dal 2011 questo test viene effettuato in Toscana come screening neonatale e sia il metodo, sia i risultati, sono già stati pubblicati su autorevoli riviste internazionali».

Attualmente il Centro di Immunologia del Meyer è un punto di riferimento nazionale. Alla struttura fiorentina affluiscono pazienti provenienti da tutte le Regioni. Lo confermano i dati: l'80% dei ricoveri ordinari effettuati al Meyer per immunologia pediatrica è extra-regionale. L'ingresso nel network Jeffrey Modell consentirà a questo Centro di diventare punto di riferimento per la diagnosi, la cura e la ricerca delle immunodeficienze primitive per l'Italia.

a cura di
Roberta Rezoalli
Ufficio stampa Aou Meyer
di Firenze

FOCUS SUL FUTURO DELLA TERAPIA GENICA ALL'OPEN CONFERENCE CON IL COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE

Sulle tracce dei "virus-navetta"

Il futuro della terapia genica avrà come protagonisti i più sicuri virus-navetta mentre in prospettiva si apre lo scenario promettente delle staminali "riprogrammate". È l'orizzonte che Luigi Notarangelo, docente di Pediatria e Patologia dell'Harvard Medical School Children's Hospital Boston, Jeffrey Modell Chair of Pediatrics, Immunology Research nonché componente del Comitato scientifico internazionale, ha tracciato nel corso della recente Open Conference aperta ai cittadini e alle famiglie, organizzata dall'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze per parlare a tutti di ricerca, facendolo in modo semplice e divulgativo.

Occasione della conferenza è stata la visita al Meyer del Comitato scientifico internazionale, organo esterno presieduto da Lorenzo Moretta e formato dai più autorevoli ricercatori dei Centri pediatrici migliori al mondo - come appunto gli ospedali pediatrici di Boston e quello di Philadelphia. Il Comitato scientifico internazionale ha un ruolo molto importante: infatti ha funzioni di indirizzo e di valutazione di tutta ricerca scientifica realizzata all'Aou Meyer. Come avviene nelle

strutture internazionali, abbiamo quindi scelto di "far giudicare" da valutatori esterni, e per questo indipendenti, la produzione scientifica dell'ospedale, evitando l'autoreferenzialità. Al Pediatrico fiorentino c'è infatti un terreno ideale per lo sviluppo della ricerca scientifica perché in questa struttura esiste e si è rafforzata una forte integrazione tra la componente ospedaliera e quella universitaria, che favorisce il trasferimento dei risultati degli studi realizzati nei laboratori come soluzione ai problemi che emergono quotidianamente dalla pratica clinica. Questa integrazione, associata alla multidisciplinarietà consente quindi di arrivare a risultati significativi.

«L'Ospedale Pediatrico Meyer - ha dichiarato Moretta - è oggi una delle realtà più avanzate nella Pediatria europea, sia per quanto riguarda l'eccellenza clinica che per un'attività di ricerca particolarmente qualificata. È stato possibile raggiungere questo obiettivo perché, negli anni, è stata perseguita una strategia virtuosa, operando scelte basate sul meri-

to e sull'eccellenza. Oltre a un importante supporto alle attività di ricerca, sono stati incentivati gli studi più qualificati con l'assegnazione, nel corso della "Giornata della Ricerca", di premi per i contributi scientifici migliori da parte di giovani ricercatori. La particolare attenzione al futuro del Meyer si è anche concretizzata nel programma "Giovani Ricercatori" fortemente voluto dal Direttore generale Tommaso Langiano e sostenuto dalla Fondazione Anna Meyer. Questo programma ha permesso ai giovani ricercatori più qualificati di frequentare prestigiose Istituzioni internazionali per apprendere tecnologie avanzate e per stabilire importanti interazioni con scienziati leader nel panorama della Pediatria mondiale. La presenza, oggi, dei Membri del comitato scientifico internazionale, con funzioni di indirizzo e di controllo, sottolinea ulteriormente come il Meyer rifugga da tempo dall'autoreferenzialità, ma si sia messo in gioco, sottoponendosi alla valutazione da parte di esperti internazionali qualificati».

Proprio per dare immediato risalto alle ricadute che la ricerca scientifica ha nella vita di tanti bambini, il Meyer ha scelto la formula dell'Open Conference, incontro aperto città. Molti hanno affollato la conferenza, a cui hanno partecipato, tra gli altri, Alberto Tesi, Rettore dell'Università degli Studi di Firenze, Alberto Zanobini, dirigente del Settore Affari generali di Regione Toscana in rappresentanza dell'Assessore regionale per il Diritto alla Salute di Regione Toscana e Gianfranco Gensini, preside della Facoltà di Medicina dell'Ateneo fiorentino.

La conferenza sulla terapia genica di Notarangelo è stata accolta da uno scroscio di applausi e altrettanto apprezzato per la sua originalità è stato l'intervento di Lorenzo Genitori, coordinatore delle attività scientifiche del Meyer, che ha ripercorso l'amicizia tra il giovane Mozart e il più maturo Haydn. L'appuntamento si è concluso con il graditissimo concerto dedicato proprio a questi due compositori: "Pagine di Franz Joseph Haydn e Wolfgang Amadeus Mozart" con Laura Pistoni al flauto e Simone Valeri al clavicembalo.

I CANI INSERITI NELL'ATTIVITÀ CLINICA DEL CENTRO TERAPIA DEL DOLORE

Così la Pet Therapy addolcisce paure e sofferenze nei bambini

Interagire con un cane addestrato alla pet therapy offre molteplici effetti benefici: abbrevia i tempi di visita dal dottore, riduce i tempi di manovre dolorose o fonti di paura come le cure del dentista e il prelievo di sangue, è di sollievo per chi soffre di depressioni e disturbi psichiatrici infantili quali l'autismo, l'Adhd, la sindrome di Down. A dirlo è stato Dennis C. Turner delegato per l'Europa Iahaio: International association of human-animal interaction organization, presente al Convegno svolto di recente all'Aou Meyer sul tema "Gli interventi assistiti con gli animali nell'ospedale pediatrico", primo appuntamento italiano sulla pet therapy pediatrica organizzato dalla Fondazione Meyer.

Da dieci anni infatti all'Ospedale pediatrico Meyer i cani addestrati alla pet therapy dell'Associazione Antropozoa sono una presenza quotidiana, inserita nelle attività cliniche del Centro terapia del dolore e cure palliative. Un primato italiano che permette di tracciare un primo bilancio proprio sull'efficacia di questo tipo di intervento in ambito ospedaliero. Come hanno evidenziato Simona Caprilli e Laura Vagnoli, psicologhe della Terapia del dolore del Meyer, la presenza dei cani durante situazioni psicologicamente delicate per i piccoli pazienti (e per i loro genitori) come il prelievo del sangue o durante trattamenti odontoiatrici su bambini con vari tipi di disabilità, possono essere di grande conforto, permettendo rapide procedure anche nei casi più complessi. «I risultati sono rilevanti - commenta Laura Vagnoli, Psicologa e ricercatrice

presso il Servizio di Terapia del dolore & cure palliative del Meyer - in alcuni casi con bambini particolarmente impauriti, terminate procedure avrebbero richiesto tempi lunghi e traumatici, mentre la presenza del cane ha permesso di stabilire una relazione d'accoglienza e di supporto con il piccolo paziente, riuscendo in pochi minuti a completare gli esami o i trattamenti necessari».

Differenti studi sull'efficacia delle attività assistite con i cani svolte nel corso dell'ultimo decennio in aree differenti del Meyer (Oncoematologia, Odontoiatria speciale per l'handicap e il Centro prelievi) ne hanno provato la reale efficacia per i bambini (distratti dagli amici a 4 zampe non hanno avuto paura di manovre spesso fonte di stress), per i genitori (rasserenati dall'at-



teggimento dei figli) e per gli operatori (facilitati nella gestione delle manovre). Ma il cane aiuta anche a ridurre il dolore: in due indagini svolte al Centro prelievi del Meyer, in due campioni di bambini (50 bimbi da 4 a 11 anni e 102 piccoli da 3 a 12 anni) sottoposti a prelievo di sangue è stato accertato un "livello di dolore e di distress significativamente inferiore rispetto al gruppo di bambini in cui non c'era la presenza del cane".

DOCUMENTI Protocollo d'intesa sulle politiche per la salute tra Regione, Ausl di Pisa, Sds, Comune di Volterra e Uncem



Un patto rilancia l'Alta Val di Cecina

Investimenti programmati dovranno valorizzare le reti ospedaliere, territoriale e dei servizi sociali

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 800/2012 «Politiche della Salute Zona Alta Val di Cecina per il consolidamento e lo sviluppo dei servizi sanitari, socio-sanitari e ospedalieri della zona e del presidio ospedaliero di Volterra».

LA GIUNTA REGIONALE

Visto che il Programma regionale di sviluppo 2011-2015 approvato con risoluzione del Cr 49 del 29 giugno 2011, all'indirizzo 1 delle «politiche integrate socio-sanitarie», promuove la «sicurezza e qualità delle prestazioni, lo sviluppo e il potenziamento dei servizi, l'accessibilità e la prossimità al cittadino»; Considerato che il Dpef 2012 approvato con risoluzione del Cr 56 del 27 luglio 2011, nelle «politiche integrate socio-sanitarie» al punto terzo prevede l'avvio della revisione della rete dei servizi e dell'offerta socio-sanitaria per la sua riqualificazione in qualità e sicurezza delle prestazioni, definizione soglie di attività con particolare riferimento alle funzioni ospedaliere aziendali e regionali e al ruolo dei piccoli ospedali della rete assistenziale;

Dato atto che la Regione Toscana con il Piano sanitario regionale 2008/2010, ancora in vigore ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66, pur in continuità con i precedenti atti di programmazione, ha introdotto elementi innovativi e qualificanti per il Sistema sanitario toscano, garantendo l'uguaglianza, l'equità, l'universalità e l'accessibilità dei servizi, l'umanizzazione delle cure, intendendo la relazione come componente dell'atto di cura, il diritto alla salute del singolo come dovere per la collettività;

Ricordato che nella proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015, approvata dalla Gr in data 19/12/2011, si conferma, tra l'altro, la volontà di garantire la continuità di cura attraverso percorsi assistenziali integrati;

Considerato che il Servizio sanitario regionale ispira la propria azione ai prin-

cipi dell'appropriatezza e della qualità, della produttività e della Sanità d'iniziativa;

Considerato che la complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza oggi la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico impongono un forte sistema di relazioni in grado di presidiare i passaggi di cura e le integrazioni anche al fine di ottimizzare le limitate e decrescenti risorse disponibili;

Visto che i servizi sanitari territoriali della zona distretto e quelli ospedalieri in rete, sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato e che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono responsabili dell'attivazione del percorso assistenziale, tenendo conto che l'accesso ai servizi socio-sanitari integrati richiede un apporto multidisciplinare;

Considerato che per le attività di assistenza sociale e socioassistenziali a rilievo sanitario le Società della salute sono chiamate a definire procedure per assicurare appropriatezza e continuità del percorso, assicurando il coordinamento delle funzioni finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale e la definizione dei protocolli operativi, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali;

Ritenuto che, fermi restando gli attuali vincoli regionali e di bilancio e in conformità a quanto previsto dalla Dgr 754 del 10 agosto 2012, si rende necessario rilanciare un processo organizzativo indispensabile al fine di consentire risposte appropriate in termini di prestazioni e qualità delle stesse ai bisogni sanitari di carattere anche ospedaliero, rispetto al quale si ritiene indispensabile fissare impegni congiunti tra le parti per dare definitiva attuazione a quanto prospettato;

Considerato che il Psr 2008/2010 attualmente in vigore rilancia la riqualificazione dei piccoli ospedali, prevedendo da un lato un ripensamento organizzativo delle «funzioni di soccorso» di tali presidi, migliorando la capacità di risposta del Ps/Dea attraverso la dotazione di adeguate strumentazioni diagnostiche e integrando, per quanto possibile, le risorse interne con quelle delle postazioni di emergenza territoriale;

Considerato inoltre che la Regione Toscana tramite le Aziende sanitarie, sta realizzando un impegnativo piano di ammodernamento e miglioramento dei servizi sanitari;

Valutato opportuno, in considerazione dell'importanza e della necessità di realizzare un piano di consolidamento e sviluppo dei servizi sanitari, territoriali e ospedalieri della Zona Alta Val di Cecina, che tenga conto anche degli effetti della vendita dell'area denominata Poggio alle Croci, di proprietà dell'Azienda Usl 5 di Pisa, definire specifiche intese finalizzate a ottenere i migliori risultati in termini di investimenti programmati per il rilancio della rete dei servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e assistenziali nonché ospedalieri della zona;

Ritenuto che, relativamente alla situazione dei servizi sanitari nell'Alta Val di Cecina, debba essere applicato un criterio che tenga conto dei disagi dei

territori vasti e montani, garantendo il diritto alla salute e l'accessibilità per tutti ai servizi socio-sanitari;

Considerato che l'Azienda Unità sanitaria locale 5 di Pisa e i Comuni del territorio dell'Alta Val di Cecina, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e coerentemente con le risorse assegnate, ritengono le politiche della salute attuate sul territorio e nel presidio ospedaliero ambiti non concorrenziali tra loro, ma fortemente integrati e interattivi, e condividono la necessità di sottoscrivere un apposito Protocollo d'Intesa;

Ritenuto pertanto opportuno, per le motivazioni finora espresse, procedere all'approvazione di uno specifico protocollo d'intesa come da schema allegato A parte integrante e sostanziale al presente provvedimento da sottoscrivere da parte dei seguenti soggetti: Regione Toscana, Azienda Usl 5 di Pisa, Società della Salute Alta Val di Cecina, Comune di Volterra, Uncem Toscana;

Visto il parere espresso dal Ctd nella seduta del 2/8/2012;

a voti unanimi

Delibera

1) di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, lo schema di Protocollo d'intesa, tra Regione Toscana, Azienda Usl 5 di Pisa, Società della Salute Alta Val di Cecina, Comune di Volterra, Uncem Toscana, di cui all'allegato A al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

2) di dare atto che dal presente provvedimento non derivano ulteriori oneri a carico del bilancio regionale.

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

ALLEGATO A

Schema di Protocollo d'Intesa «Politiche della Salute Zona Alta Val di Cecina per il consolidamento e lo sviluppo dei servizi sanitari, socio-sanitari e ospedalieri della zona e del presidio ospedaliero di Volterra»

L'anno Duemiladodici, il giorno..... del mese di.....

tra

- la Regione Toscana, rappresentata da.....
- l'Azienda Usl 5 di Pisa, rappresentata dal Direttore generale, Rocco Donato Damone
- la Società della Salute Alta Val di Cecina, rappresentata dal Presidente, Marco Buselli
- il Comune di Volterra, rappresentata dal Sindaco, Marco Buselli
- Uncem Toscana rappresentata dal Presidente, Oreste Giurlani

Premesso

che il Programma regionale di sviluppo 2011-2015 approvato con risoluzione del Cr 49 del 29 giugno 2011, all'indirizzo 1 delle «politiche integrate socio-sanitarie», promuove la «sicurezza e

qualità delle prestazioni, lo sviluppo e il potenziamento dei servizi, l'accessibilità e la prossimità al cittadino»;

che il Dpef 2012 approvato con risoluzione del Cr 56 del 27 luglio 2011, nelle «politiche integrate socio-sanitarie» al punto terzo prevede l'avvio della revisione della rete dei servizi e dell'offerta socio-sanitaria per la sua riqualificazione in qualità e sicurezza delle prestazioni, definizione soglie di attività con particolare riferimento alle funzioni ospedaliere aziendali e regionali e al ruolo dei piccoli ospedali della rete assistenziale;

che la Regione Toscana con il Piano sanitario regionale 2008/2010, ancora in vigore ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66, pur in continuità con i precedenti atti di programmazione, ha introdotto elementi innovativi e qualificanti per il Sistema sanitario toscano, garantendo l'uguaglianza, l'equità, l'universalità e l'accessibilità dei servizi, l'umanizzazione delle cure, intendendo la relazione come componente dell'atto di cura, il diritto alla salute del singolo come dovere per la collettività;

che nella proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015, approvata dalla Gr in data 19/12/2011, si conferma, tra l'altro, la volontà di garantire la continuità di cura attraverso percorsi assistenziali integrati;

che il Servizio sanitario regionale ispira la propria azione ai principi dell'appropriatezza e della qualità, della produttività e della Sanità d'iniziativa;

che la complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza oggi la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico impongono un forte sistema di relazioni in grado di presidiare i passaggi di cura e le integrazioni anche al fine di ottimizzare le limitate e decrescenti risorse disponibili;

che i servizi sanitari territoriali della zona distretto e quelli ospedalieri in rete, sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato e che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono responsabili dell'attivazione del percorso assistenziale, tenendo conto che l'accesso ai servizi socio-sanitari integrati richiede un apporto multidisciplinare;

che per le attività di assistenza sociale e socio-assistenziali a rilievo sanitario le Società della Salute sono chiamate a definire procedure per assicurare appropriatezza e continuità del percorso, assicurando il coordinamento delle funzioni finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale e la definizione dei protocolli operativi, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali;

che, fermi restando gli attuali vincoli regionali e di bilancio, si rende necessario rilanciare un processo organizzativo indispensabile al fine di consentire risposte appropriate in termini di prestazioni e qualità delle stesse ai bisogni sanitari di carattere anche ospedaliero, rispetto al quale si ritiene indispensabile fissare impegni congiunti tra le parti per dare definitiva attuazione a quanto prospettato;

che il Psr 2008-2010 attualmente in vigore rilancia la riqualificazione dei piccoli ospedali, prevedendo da un lato un

ripensamento organizzativo delle «funzioni di soccorso» di tali presidi, migliorando la capacità di risposta del Ps/Dea attraverso la dotazione di adeguate strumentazioni diagnostiche e integrando, per quanto possibile, le risorse interne con quelle delle postazioni di emergenza territoriale;

Considerato che la Regione Toscana tramite le aziende sanitarie, sta realizzando un impegnativo piano di ammodernamento e miglioramento dei servizi sanitari;

Tenuto conto di quanto previsto dalla Dgr 754 del 10 agosto del 2012 «Azioni di indirizzo alle aziende e agli enti del Ssr, attuative del Dl 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale»;

Valutato opportuno, in considerazione dell'importanza e della necessità di realizzare un piano di consolidamento e sviluppo dei servizi sanitari, territoriali e ospedalieri della Zona Alta Val di Cecina, che tenga conto anche degli effetti della vendita dell'area denominata Poggio alle Croci, di proprietà dell'Azienda Usl 5 di Pisa, definire specifiche intese finalizzate a ottenere i migliori risultati in termini di investimenti programmati per il rilancio della rete dei servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e assistenziali nonché ospedalieri della zona, nel rispetto delle azioni di cui alla Dgr 754/2012;

Ritenuto che, relativamente alla situazione dei servizi sanitari nell'Alta Val di Cecina, debba essere applicato un criterio che tenga conto dei disagi dei territori vasti e montani, garantendo il diritto alla salute e l'accessibilità per tutti ai servizi socio-sanitari;

Considerato che l'Azienda Unità sanitaria locale 5 di Pisa e i Comuni del territorio dell'Alta Val di Cecina, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e coerentemente con le risorse assegnate, ritengono le politiche della salute attuate sul territorio e nel presidio ospedaliero ambiti non concorrenziali tra loro, ma fortemente integrati e interattivi, e condividono la necessità di sottoscrivere il presente Protocollo d'Intesa.

Tutto ciò premesso si conviene e si concorda quanto segue.

Art. 1

La premessa fa parte integrante del presente Protocollo d'Intesa.

Art. 2

Finalità
La presente intesa ha come finalità il consolidamento e lo sviluppo dei servizi sanitari, socio-sanitari e ospedalieri della Zona Alta Val di Cecina e del Presidio ospedaliero di Volterra nell'ambito delle Politiche regionali per la Salute.

Art. 3

Impegni delle parti
Le parti si impegnano, anche in relazione ai proventi derivanti dalla vendita del complesso immobiliare "Poggio Alle Croci", a realizzare investimenti di carattere strutturale, impiantistico e tecnologico per la riorganizzazione e la riqualificazione dei presidi territoriali con particolare riferimento ai servizi ospedalieri nonché alle attività distrettuali e alle strutture residenziali - della Zona Alta Val di Cecina. Tali azioni

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

sono finalizzate alla effettiva realizzazione di una rete di servizi sempre più fruibili dai cittadini, nel tentativo di adeguare i presidi ai moderni standard di accoglienza del paziente e alle nuove modalità di cura che comportano forme diverse di organizzazione del lavoro e degli spazi da destinare alle attività di diagnosi, ricovero e cura.

Art. 4

Gruppo di lavoro
Si conviene sulla necessità di attivare un gruppo di lavoro sulle politiche socio-sanitarie in Alta Val di Cecina che affronti la riorganizzazione delle attività ospedaliere e territoriali, in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale.

Il gruppo di lavoro, chiamato a inserirsi a seguito della sottoscrizione del presente protocollo, sarà composto da:

Rocco Donato Damone, Direttore Generale dell'Azienda Usl 5 di Pisa;
Marco Buselli, Presidente della Società della Salute Alta Val di Cecina;
Sabina Ghilli, direttore della Società della Salute Alta Val di Cecina;
Riccardo Fedeli, vicesindaco del Comune di Volterra;

Oreste Giurlani, Presidente di Uncem Toscana;

un membro designato dalla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Il gruppo di lavoro avrà il compito di:

- formulare una relazione di sintesi sugli interventi da realizzare in riferimento agli ambiti di cui al successivo art. 5;

- monitorare l'attuazione del protocollo attraverso un'attenta attività di verifica quadrimestrale.

Art. 5

Ambito degli interventi prioritari

Gli interventi oggetto dell'intesa, che prioritariamente ci si impegna a promuovere, prevedono:

- la valorizzazione della funzione del presidio ospedaliero di Volterra, con particolare attenzione alle seguenti funzioni:

- Area delle degenze (area medica, area chirurgica, con particolare attenzione al reparto ortopedico individuato quale Centro di rilievo per la patologia vertebrale);

- Area materno-infantile, prevedendo l'implementazione di attività attualmente non presenti (lasertapia chirurgica);

- Area dei Servizi (radiologia, sezione di laboratorio analisi chimico-cliniche, sezione immunotrasfusionale, attività oncologiche);

- la riorganizzazione e potenziamento del servizio di pronto soccorso, visto in relazione funzionale al sistema di emergenza-urgenza territoriale, che prevede anche la realizzazione della stazione di elisoccorso che si sta concretizzando secondo tempi e modalità definite;

- il rafforzamento dell'impegno sui servizi territoriali in funzione della modifica della domanda assistenziale.

Art. 6

Durata
Il presente protocollo avrà la durata di tre anni a far data dalla sua sottoscrizione. ●

SANITÀ VETERINARIA

L'anagrafe canina diventa digitale: la gestione passa alle Asl grazie al programma «Sispc»

Il nuovo Sistema informativo sanitario della prevenzione collettiva entrerà a regime da gennaio 2013

Pubblichiamo di seguito la delibera n. 940/2012 approvata dalla Giunta toscana lo scorso 24 settembre, avente a oggetto "Anagrafe canina regionale nell'ambito del Sistema informativo sanitario della Prevenzione collettiva (Sispc). Avvio utilizzo da parte delle aziende Usl". Il nuovo sistema dovrà essere operativo da gennaio

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge 14/8/1991 n. 281 «Legge quadro in materia di affezione e prevenzione del randagismo» che all'art. 3 stabilisce, tra l'altro, che le Regioni disciplinano, con propria legge, l'istituzione dell'anagrafe canina presso i Comuni o le unità sanitarie locali, nonché le modalità per l'iscrizione a tale anagrafe e per il rilascio al proprietario o al detentore della sigla di riconoscimento del cane, da imprimeresi mediante tatuaggio indole;

Visto il Dpcm 28/2/2003 che prevede il «Recepimento dell'accordo recante disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e pet-therapy» (Accordo del 6/2/2003 pubblicato su Guri 3/3/2003, n. 51), per l'identificazione degli animali da compagnia attraverso l'uso di appositi "microchip" su tutto il territorio nazionale e la conseguente creazione di una banca dati informatizzata nazionale intesa come indice dei microchips inviati dalle singole anagrafi territoriali organizzate su base regionale o provinciale;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 283 del 23/4/2007 «Direttive alle Aziende Usl per la sorveglianza sul benessere degli animali» che estende l'ambito della sorveglianza alle categorie di animali e alle attività che non risultavano altrimenti contemplate, con specifico riferimento anche agli animali da compagnia nei cani, nei rifugi e negli allevamenti;

Vista la Legge regionale 20 ottobre 2009, n. 59 «Norme per la tutela degli animali. Abrogazione della Legge regionale 8 aprile 1995, n. 43 (Norme per la gestione dell'anagrafe del cane, la tutela degli animali d'affezione e la prevenzione del randagismo)» con cui viene data applicazione alle norme statali sopracitate sulle tematiche del benessere degli animali, vietando gli utilizzi riprovevoli, consentendone l'identificazione attraverso appositi microchips e utilizzando la "pet-therapy" per la cura di anziani e bambini;

Atteso che la finalità della legge di cui al precedente capoverso derivano anche dall'esigenza di regolare le relazioni tra esseri umani e animali, a seguito della crescente sensibilità del legislatore verso i bisogni degli animali in quanto «esseri senzienti e non quali cose messe a disposizione del genere umano», come riconosciuto dal Trattato dell'Unione europea di Lisbona, sottoscritto il 13 dicembre 2007 da ventisei Stati;

Considerato che la prevenzione e il controllo del randagismo sono momento fondamentale, come riportato al Capo V della Lr 59/2009, da realizzarsi anche attraverso l'istituzione dell'anagrafe canina, cui vengono iscritti tutti gli animali, annote tutte le variazioni anagrafiche e gli eventi sanitari che caratterizzano la vita del soggetto iscritto;

Visto il decreto del Presidente della Giunta regionale 4/8/2011 n. 38/R «Regolamento di attuazione della legge regionale 20 ottobre 2009, n. 59 "Norme per la tutela degli animali". Abrogazione della legge regionale 8 aprile 1995, n. 43 (Norme per la gestione dell'anagrafe del cane, la tutela degli animali d'affezione e la prevenzione del randagismo)»;

Visto l'art.9 Dpgr 4/8/2011 n. 38/R che stabilisce che la procedura di registrazione all'anagrafe canina può essere effettuata sia dai veterinari delle strutture pubbliche, che dai veterinari libero professionisti riconosciuti per l'accesso all'anagrafe e l'art. 10 Dpgr 4/8/2011 n. 38/R e l'Allegato B, che definiscono le specifiche per la costituzione della banca dati regionale e le procedure di anagrafe canina;

Vista la deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16/7/2008 con cui è stato approvato il Piano sanitario regionale 2008-2010 che stabilisce obiettivi, strumenti e azioni per il miglioramento dei livelli di salute umana;

Visto il comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011, n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del programma regionale di sviluppo (Prs)

2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs 2011-2015;

Considerato che il paragrafo 5.2.6 Prs 2008-2010 "Sanità pubblica veterinaria" stabilisce come obiettivo strategico la creazione di un sistema informativo unico regionale per la Sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare basato su tecnologia web che sostituirà gli attuali sistemi presenti nelle aziende sanitarie ai fini della programmazione (regionale e aziendale), dell'integrazione e delle altre banche dati nazionali e della pubblica amministrazione in genere;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1003 dell'11/12/2008 «Progetto Sistema informativo sanitario della prevenzione collettiva - Linee generali di progetto - approvazione» con cui si approvavano le linee generali di progetto per la costruzione di un sistema informativo unico regionale per tutta la prevenzione collettiva (Sispc);

Considerato che al punto 5.2.3 delle linee generali di progetto di cui al periodo precedente, viene specificatamente prevista la realizzazione di un sistema informatico unificato regionale della prevenzione collettiva che sviluppi al suo interno la nuova anagrafe canina regionale e più in generale tutto il sistema anagrafico per la gestione di qualsiasi specie di animale d'affezione di cui si renda necessario registrare, all'interno di una banca dati regionale, sia le informazioni di tipo anagrafico, che quelle di tipo sanitario dei soggetti ivi censiti;

Dato atto che il sistema che è stato sviluppato è in grado, come previsto fin dalla sua progettazione, di assolvere alle comunicazioni automatizzate nei confronti del sistema nazionale per la decodifica dei codici di microchip di identificazione dei soggetti censiti, come previsto dal sopracitato Dpcm 28/2/2003;

Vista la proposta di deliberazione al Consiglio regionale n. 38 del 19/12/2011 del "Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015" (Pssir 2012-2015);

Atteso che la proposta di Pssir 2012-2015 al paragrafo 7.3.2 pone come obiettivo il completamento e la messa in atto del Sistema informativo sanitario della prevenzione collettiva (Sispc) per tutte le Aziende sanitarie della Toscana entro il 2015, avvalendosi del gruppo di coordinamento tecnico regionale in cui trovano rappresentanza tutti i soggetti istituzionali coinvolti nella realizzazione (Regione e Ausl, con le rispettive strutture organizzative di riferimento), compresi gli aspetti organizzativi connessi alla realizzazione del sistema;

Vista la Lr 26 gennaio 2004, n. 1 «Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete telematica regionale Toscana» che ha l'obiettivo di favorire il processo di innovazione organizzativa e tecnologica delle pubbliche amministrazioni del territorio regionale in un contesto organizzato di cooperazione istituzionale in direzione della semplificazione amministrativa, della qualità e accessibilità dei servizi pubblici;

Visto che Regione Toscana ha assunto nel Programma Regionale di Sviluppo (Prs) 2011-2015, adottato con risoluzione del Consiglio regionale n.49 del 29/6/2012, specifico Progetto Integrato di Sviluppo (Pis) volto alla semplificazione e sburocraziazione dei rapporti tra Pa e cittadini/imprese perseguendo e sviluppando a livello regionale il percorso tracciato dalla Lr 40/2009 prevedendo, proprio all'interno della Pa, una serie di interventi di riorganizzazione dei sistemi di comunicazione elettronica e di semplificazione dei processi, come quelli di gestione documentale e conservazione a lungo termine della documentazione;

Vista la Lr n. 54 del 5/10/2009 «Istituzione del sistema informativo e del sistema statistico regionale. Misure per il coordinamento delle infrastrutture e dei servizi per lo sviluppo della società dell'informazione e della conoscenza» in merito ai principi e criteri guida, relativamente alla semplicità e unitarietà delle pubblica amministrazione nei rapporti con i cittadini, che trovano nella progettualità del Sistema informativo sanitario della prevenzione collettiva concreta e coerente applicazione;

Considerato che il Sispc per l'identificazione dei soggetti che accedono al sistema delle funzionalità e ai sistemi messi a disposizione tramite il progetto Carta sanitaria elettronica (di cui alla Dgr 125/2009), si avvale dello strumento in distribuzione ai cittadini di Regione Toscana del sistema di autenticazione standard Cns (Carta nazionale dei servizi) attraverso cui vengono riconosciuti in rete in modo certo e possono usufruire

dei servizi erogati dalle Pa in via telematica;

Considerato inoltre - che l'utilizzo di un sistema di accesso basato su standard Cns così come previsto dal Dlgs 7/3/2005 n. 82 «Codice dell'amministrazione digitale» agli artt. 64-65-66 è tecnicamente a norma per consentire l'accettazione delle istanze e delle dichiarazioni presentate alle pubbliche amministrazioni per via telematica ai sensi dell'articolo 38, commi 1 e 3, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, anticipando nella realizzazione del sistema una obbligatorietà continuamente prorogata che la norma impone all'art. 64 per tutte le pubbliche amministrazioni;

- che la realizzazione di un sistema unico regionale consente di superare e semplificare una serie di adempimenti amministrativi legati alla corretta registrazione degli eventi anagrafici degli animali censiti, consentendo anche al singolo cittadino nonché al veterinario libero professionista, di poter operare direttamente alla notifica di determinati eventi, collegandosi direttamente al sistema regionale senza dover recarsi presso la Ausl;

- che quanto sopra previsto comporterà un inestimabile e notevole risparmio di risorse umane attualmente impiegate nella gestione manuale della registrazione di eventi che potranno essere telematizzati migliorando, anche qualitativamente, la raccolta delle informazioni attraverso l'uso diretto delle interfacce applicative per l'immissione dei dati necessari non solo per le attività dirette del cittadino ma anche per quelle dei veterinari libero professionisti;

a voti unanimi

Delibera

1. di stabilire, per quanto espresso in narrativa, che la gestione di tutti i dati e delle informazioni afferenti all'anagrafe canina, agli animali da affezione e alle informazioni sanitarie a essi collegate come previsto dalla Lr 59/2009 e dal Dpgr 4/8/2011 n. 38/R regolamento di attuazione della Lr 59/2009, venga effettuata dalle Aziende Usl utilizzando il Sistema Informativo sanitario della prevenzione collettiva (Sispc) di cui alla Dgr 1003/2008, dotato delle funzionalità che consentono di telematizzare e semplificare qualsiasi comunicazione o adempimento previsto a carico dei soggetti pubblici e privati coinvolti nella gestione dell'anagrafe del cane, la tutela degli animali d'affezione e la prevenzione del randagismo;

2. di prevedere che, a partire dal 1° gennaio 2013, i Dipartimenti di prevenzione delle Ausl e i veterinari libero professionisti riconosciuti per le attività di identificazione elettronica, siano tenuti alla registrazione delle nuove iscrizioni solo ed esclusivamente attraverso il Sispc, fatta eccezione per le iscrizioni all'anagrafe canina regionale dei cani che provengono da fuori Regione, o cani già provvisti di microchip, la cui iscrizione sul Sispc dovrà essere effettuata, previa verifica del microchip, esclusivamente dai medici veterinari del Ssr e sulla base della documentazione in possesso del responsabile del cane;

3. di prevedere che tutte le informazioni presenti sui sistemi informativi di gestione dell'anagrafe canina delle Ausl verranno trasferite sul sistema regionale di cui sopra per completare e rendere fruibile a tutti gli aventi diritto, le informazioni anagrafiche della popolazione canina residente sul territorio regionale;

4. di prevedere che qualora il recupero dei dati di anagrafe canina delle Ausl non sia automatizzabile attraverso la riconversione degli archivi elettronici esistenti, tale attività dovrà essere garantita con una registrazione manuale dei dati del cane da parte del personale delle Ausl, in occasione della prima registrazione di un nuovo evento anagrafico;

5. di rinviare a successivi atti dirigenziali la definizione dei tempi, delle modalità con cui verranno rese disponibili al cittadino e al veterinario libero professionista ulteriori funzionalità per il completamento dell'anagrafe della popolazione canina e la definizione dei dettagli sulle codifiche e sulle procedure di gestione tramite Sispc della registrazione diretta di eventi anagrafici e sanitari, nel quadro di quanto previsto dall'Allegato B del Dpgr 4/8/2011 n. 38/R regolamento di attuazione della Lr 59/2009.

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

INDAGINI

Il punto in un convegno a Firenze promosso da Scuola di polizia e Anci



Sicurezza fa rima con welfare

Senza integrazione cresce la paura ma le priorità sono lavoro e lotta all'evasione

Se si vive meglio, ci sono anche meno crimini. Può essere ovvio e ancor più banale il contrario: senza crimini si vive meglio. Eppure c'è un filo rosso che lega la sicurezza (e come la percepiamo) al welfare in genere. Quando infatti la gente sta bene e può contare su una rete di servizi diffusa, quando il benessere è alla portata di molti e c'è un'integrazione ben riuscita - a esempio tra immigrati e residenti - si riducono quelli che gli addetti ai lavori chiamano "comportamenti devianti": ovvero il gesto disperato di chi non sa come andare avanti e fa quello che non avrebbe mai voluto fare, violare la legge e le regole del vivere insieme. Di più. Quando si vive peggio e cala la fiducia, l'insicurezza comunque cresce: anche quando i tassi di criminalità non peggiorano. Cresce a volte acuita dalla cronaca quotidiana di giornali e tv. E spesso si fa strada un'indiscriminata paura verso lo straniero.

Di questo e di altro si è parlato nel corso di un convegno qualche giorno fa a Firenze organizzato dalla Regione, che con Emilia Romagna e Liguria dal 2009 conta una scuola interregionale di polizia locale, e da Anci, l'Associazione dei Comuni toscani. Un'analisi della sicurezza in Toscana tra percezione e dati reali: il racconto delle paure di chi ci abita (e come sono cambiate) dal 2009 a oggi, con l'intervento dell'assessor

regionale al Welfare, Salvatore Al-locca.

Cominciamo dai dati, quelli del ministero degli Interni. I reati aumentano: in Italia e ancor più in Toscana. O meglio crescono i fascicoli aperti, perché non tutti coloro che subiscono un crimine lo denunciano. A Firenze a esempio un'indagine a campione rileva che lo fanno solo sette su dieci. E i più propensi a rivolgersi alle forze dell'ordine sono le persone tra 55 e 64 anni. In Toscana i crimini non denunciati sono di meno che nel resto d'Italia. Sta di fatto che secondo il Viminale nel 2011 i reati sono cresciuti del 6,1 per cento in Italia e solo del 5,4 in Toscana. Aumentano soprattutto i furti in casa, le rapine e i borseggi per strada, anche del 15 per cento, il che può esser letto come uno dei risultati della marginalizzazione delle fasce più deboli causata dalla crisi, in un sistema di protezione sociale fortemente indebolito dai tagli. Peggiora lievemente il livello di sicurezza percepito dai toscani nella zona dove vivono. Basta un colpo d'occhio ai grafici nella pagina per rendersene conto.

Crescono ansie e preoccupazioni nella vita di tutti i giorni: quelle soprattutto legate alla piccola criminalità. Niente emerge riguardo alla paura per la grande criminalità organizzata, quella tenuta sotto osservazione da diciotto anni dal centro di documentazione della cul-

tura democratica della Regione e che esiste, quella delle infiltrazioni e degli investimenti illeciti di camorra e 'ndrangheta, ma anche criminalità russa, cinese, albanese, nigeriana e romena più legata allo sfruttamento della prostituzione e del traffico di stupefacenti. Si esce meno la sera da soli. Si avvertono di più situazioni di degrado e scarso senso civico. Percepiscono un maggior senso di insicurezza soprattutto donne e anziani. La paura, per minacce reali o presunte, è inversamente proporzionale al livello di istruzione. Si chiedono più forze dell'ordine: un maggior numero di agenti è considerato il miglior deterrente.

Eppure, nonostante tutto, la sicurezza non è il primo dei problemi a cui metter mano secondo i toscani e lo è addirittura di meno rispetto all'anno prima, il 2010. La priorità resta il lavoro, per più di sette toscani su dieci. La sicurezza è terza, al 33 per cento, calata di sette punti in un anno, mentre guadagna strada la richiesta di un più forte contrasto dell'evasione fiscale, passata nello stesso tempo dal 29 al 39 per cento. Che è un po' come dire: se tutti pagassimo le tasse ci sarebbero più risorse per il welfare e in fondo anche la sicurezza ne potrebbe giovare.

a cura di
Walter Fortini
Agenzia Toscana Notizie

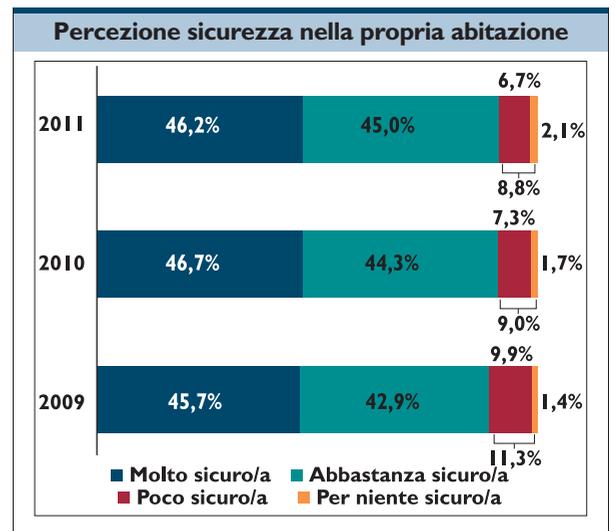
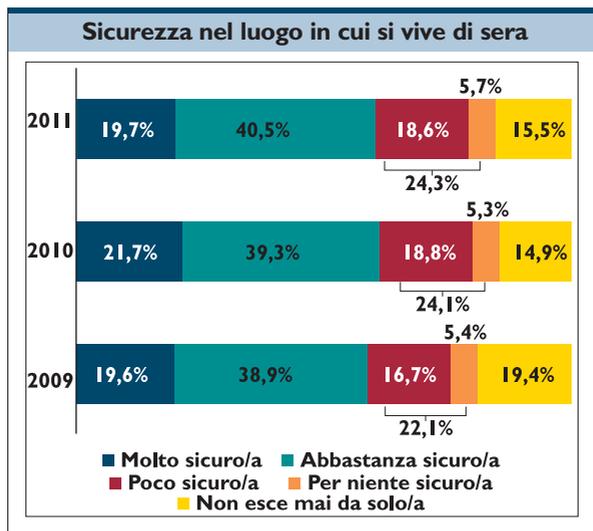
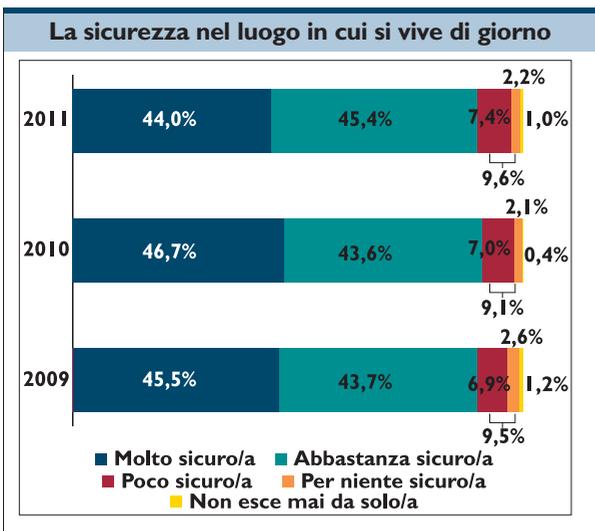
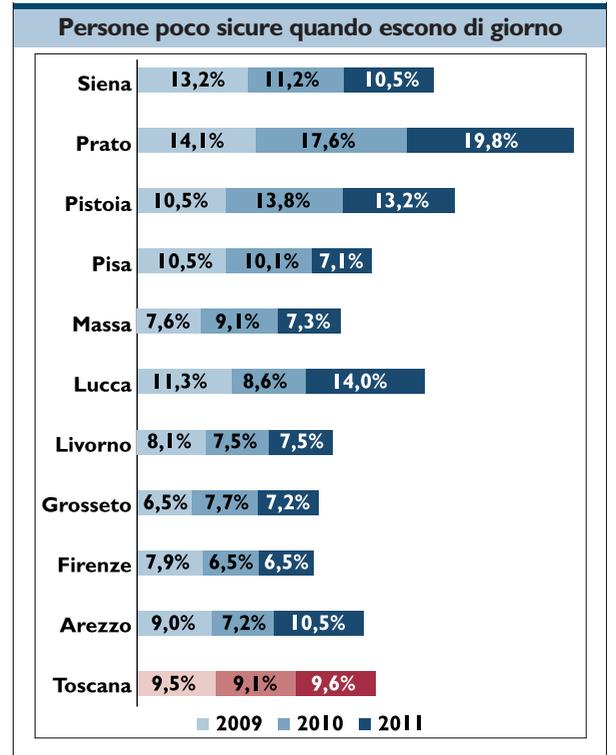
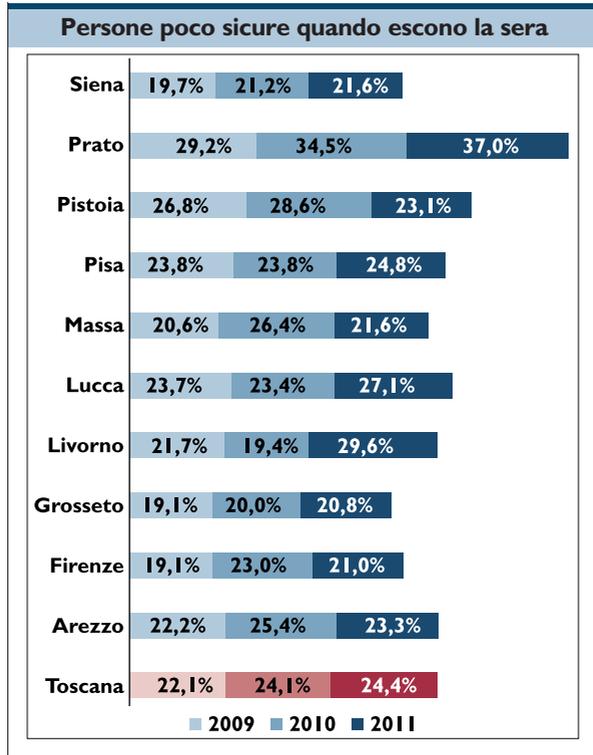
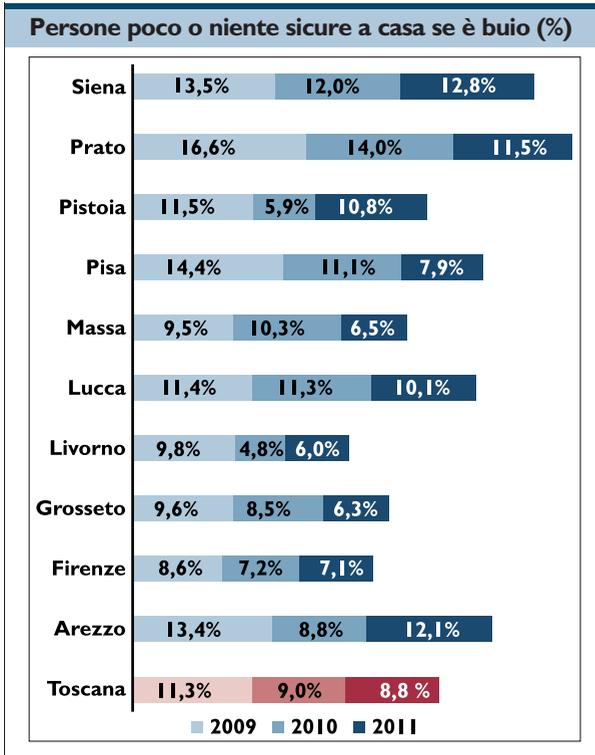
IL SONDAGGIO PROVINCIA PER PROVINCIA

A Lucca doppi "insicuri", stabile Arezzo

Non tutta la Toscana è uguale, anche per quanto riguarda la sicurezza. Se tutti si sentono un po' meno sicuri, fa eccezione Arezzo, l'unica Provincia in cui i residenti che percepiscono un aumento della criminalità sono meno nel 2011 che nel 2010: il 14 per cento contro il 14,1. A Lucca, dove più alta che ovunque è anche la percezione del degrado urbano, sono raddoppiati (dal 15,4 al 29,4%), a Prato e Pistoia poco meno (dal 15,5 al 26,5 e dall'8,4 al 13,9). A Grosseto sono addirittura tre volte tanto (dal 7,9% al 22%). A Prato è anche più facile imbattersi in persone che si drogano (lo dichiara il 17,3%, contro l'11,3% dell'intera Regione) ed è più facile trovare siringhe in terra (20%), persone che spacciano (17,7%), ubriachi che molestano i passanti (11,7%) e prostitute in cerca di clienti (27,9%).

Nelle Province di Firenze e Livorno è maggiore la probabilità di vedere mendicanti, vagabondi e persone senza fissa dimora. A Livorno e Massa Carrara sono più diffusi i fenomeni di vandalismo. Se la sicurezza è la terza emergenza in Toscana, citata dal 33 per cento degli intervistati, appena sopra la media sono Siena, Lucca e Massa e al di sotto Pistoia e Pisa. La lotta all'evasione fiscale è meno avvertita come priorità ad Arezzo e Prato. Il reato più temuto rimane il furto in casa, nel 2011 come nel 2010 e 2009. È la paura più ricorrente per il 63,9% dei toscani. Al secondo posto lo scippo e il borseggio (52,2%), quindi la rapina e la violenza sessuale (49,5 e 44,5 per cento, comunque in calo) e il furto dell'auto (37,1%).

Un toscano su tre (il 34,6% degli intervistati) dichiara di essere molto o abbastanza influenzato dalla criminalità nel determinare le proprie abitudini quotidiane. Un dato pressoché costante, anche se qualcosa è migliorato rispetto al 2009 quando erano il 37,6%. Anche gli stranieri percepiscono l'insicurezza in egual misura. Ma si sentono anche discriminati: a Pisa, dove è stata condotta un'indagine, il 62% ha ascoltato frasi contro di loro e il 41% si è visto rifiutare qualcosa. Naturalmente c'è poi la differenza tra città e campagna. Valga al riguardo lo studio di Prato. Ci si sente in genere più sicuri nei piccoli paesi, dove tutti (o quasi) si conoscono e si aiutano. In città a Prato il 34% ritiene di vivere in una zona a rischio, a Cantagallo praticamente nessuno: a Poggio a Caiano il 18% e a Carmignano il 12,5%. L'eccezione in questo caso sono Vaiano (21,8%) e Vernio (8,6%), con una percentuale praticamente raddoppiata in soli tre anni.



LIVORNO L'ospedale di comunità dell'Asl 6 è passato da 15 a 21 posti letto

Country hospital a bersaglio



In meno di due anni ospitati circa 500 pazienti - Il territorio si rafforza

Continua a crescere l'offerta sanitaria dell'ospedale di comunità livornese che, in poche settimane, ha visto passare la propria disponibilità da 15 a 21 posti letto con un aumento vicino al 50 per cento. L'Asl 6 ha investito molto nella realizzazione di questo tipo di strutture che sono rapidamente comparse su tutto il territorio, da Cecina a Piombino, fino all'inaugurazione della scorsa estate all'Isola d'Elba. Lo stesso reparto livornese si è recentemente trasferito in locali completamente ristrutturati.

In meno di due anni nella struttura sono stati ospitati circa 500 pazienti a dimostrazione di una grande richiesta per un'offerta che si colloca a metà strada tra l'assistenza ospedaliera e quella domiciliare. «Fattori sociali e sanitari stanno facendo aumentare il numero di persone che, non avendo bisogno di un ricovero ospedaliero, non possono ricevere a casa un adeguato livello di cure», racconta Milli Caschili, coordinatrice sanitaria dell'ospedale di comunità. «Da qui la grande richiesta di accesso che, lo ricordo, può essere

avanzata esclusivamente dal proprio medico di famiglia. Finora sono stati oltre cento, più della metà, i medici che hanno indirizzato a questa struttura un loro assistito a testimonianza del fatto che la nuova offerta è stata subito apprezzata dagli addetti ai lavori che possono affidare i loro casi più delicati in un contesto protetto e gratuito. Questo grazie anche al prezioso lavoro di Fabrizio Bigazzi, coordinatore dei medici di famiglia per l'ospedale di comunità e della coordinatrice infermieristica Maria Grazia Benigni.

«Nell'ospedale di comunità - continua Caschili - si trova assistenza infermieristica e alla persona sulle 24 ore, ma essendo destinata a pazienti con malattie non acute, non è prevista una presenza medica continuativa che è garantita, però, con le stesse modalità del domicilio, dal proprio medico di famiglia. Ma non è una struttura per lungodegenti: la permanenza media si aggira attorno alle due settimane».

«Davanti a una popolazione che invecchia e che convive per anni con malattie croniche - dice Monica Calamai, direttore

generale dell'Asl 6 di Livorno - una risposta assistenziale di questo tipo diventa sempre più fondamentale. È un modello innovativo e flessibile che traccia una rotta importante per il futuro: si tratta di un'offerta di Sanità territoriale che aiuta l'ospedale a essere sempre più un luogo per malati in fase acuta lasciando alle altre strutture la gestione degli altri momenti».

Pierpaolo Poggianti
 Ufficio stampa Asl 6 Livorno

VIAREGGIO

Fratture del femore negli anziani: i «segreti» del modello Versilia

Grande interesse per Trauma Meeting 2012, il più importante congresso di traumatologia a livello nazionale, presieduto da Mario Manca, direttore di Ortopedia della Asl 12 di Viareggio e da Bernardo Pavolini, direttore della ortopedia della Asl 1 di Massa e Carrara. Interesse seguito dal successo per la presentazione del "modello Versilia" sulla organizzazione dell'ospedale per l'accoglienza e il trattamento delle fratture del femore negli anziani entro le 48 ore dal trauma. L'obiettivo di trattare le fratture del femore dell'anziano entro le 48 ore è un obiettivo che la Regione Toscana ha dato agli ospedali della Toscana, ma è

Ortopedici riuniti al Trauma Meeting 2012

difficile da ottenere per problemi fondamentalmente organizzativi.

Il Progetto Versilia - che ha permesso di passare dal 13% delle fratture operate nelle 48 ore nel 2007 a oltre il 94% nel 2011 (dati del Mes del S. Anna di Pisa) senza diminuire gli interventi di ortopedia elettiva e mantenendo le liste di attesa per gli interventi ordinari entro limiti accettabili - è in linea con quanto stabilito dalla Regione Toscana. È un traguardo di tutto l'ospedale, non solo della Uo di ortopedia ed è, verosimilmente, il miglior risultato in cam-

po nazionale (nel 2010 sempre dai dati del Mes del S. Anna di Pisa la media nazionale per il trattamento delle fratture del femore negli anziani nelle 48 ore era del 35,8% e in Toscana del 45,6%).

Un altro successo è stata la presentazione da parte di Ettore Melai della Uo di anestesia del Versilia, diretta da Stefano Buzzigoli, di una nuova metodica anestesiológica per il trattamento delle fratture del femore negli anziani. È una metodica molto poco invasiva e che riduce molto i rischi anestesiológicos migliorando la qualità del periodo perioperatorio e gravando molto meno sul paziente rispetto alle anestesie "tradizionali". È

stata una relazione molto apprezzata e ha mostrato il lavoro che gli anestesisti del Versilia, soprattutto quel gruppo di anestesisti "dedicati" alle sale ortopediche mette in atto da alcuni anni. La relazione ha avuto come esito, oltre il plauso verso gli anestesisti del Versilia, anche la richiesta da più parti d'Italia di venire a vedere al Versilia tale metodica per poterla poi portare nei propri posti di lavoro.

Stefano Pasquinucci
 Ufficio stampa Asl 12 Viareggio

SIENA

Il cuore dei cestisti della Mens Sana all'esame dei cardiologi delle Scotte

Nasce dalla passione per lo sport e per la ricerca "The Heart of Mens Sana", progetto di studio in campo cardiovascolare negli atleti di alto livello della Mens Sana Basket, in collaborazione con il policlinico Santa Maria alle Scotte. Si tratta di una collaborazione a tutto tondo fra la cardiologia universitaria, diretta da Sergio Mondillo, e lo staff della società sportiva, grazie al presidente Ferdinando Minucci. Il progetto, sfruttando tecnologie di immagine e di analisi dell'allenamento di nuova generazione, si pone l'ambizioso obiettivo di valutare la funzione cardiaca e l'adattamento cardiovascolare all'allenamento nei cestisti.

Già pubblicati i primi risultati dello studio

«Per noi è un grande onore poter partecipare a questo progetto», conferma Minucci. «Investire sulla salute degli atleti è fondamentale, per limitare al massimo il rischio di incidenti durante l'attività e per capire quali sono le potenzialità cardiache di ogni singolo giocatore. Ringrazio il professor Mondillo e tutta la sua équipe per averci coinvolto in questo progetto, che ha già dato risultati importanti e che punta a ottenerne altri altrettanto significativi». I primi risultati sono stati pubblicati su The International Journal of Cardiovascular Imaging, prestigiosa rivista nel panorama internazionale dell'imaging cardiovascolare.

«Il lavoro - spiega il professor Mondillo - descrive le peculiarità del cuore destro degli atleti di massimo livello, sia in termini di morfologia che di funzione, e analizza il funzionamento dell'atrio destro mediante una metodica ecocardiografica innovativa mai applicata finora nel campo della cardiologia dello sport a questa camera cardiaca». Lo studio è stato presentato dal dottor Flavio D'Ascenzi anche

all'ultimo congresso mondiale di Medicina dello sport. «I risultati attuali in termini di ricerca - conclude Mondillo - sono motivo di reciproca soddisfazione. The Heart of Mens Sana apre un nuovo ciclo di progetti di ricerca teso ad analizzare ancora più a fondo la fisiologia cardiaca del cestista di alto livello, con metodiche di analisi di performance della funzione cardiovascolare a riposo e sotto sforzo di ultimissima generazione, in grado di fornire dati utili non solo alla clinica, ma anche allo staff, per tenere sotto controllo la performance cardiaca negli atleti sottoposti a un alto volume di allenamento».

Ines Ricciato
 Ufficio stampa Aou Siena

EMPOLI

Il Dipartimento materno-infantile «promosso» alla verifica regionale

Nei giorni scorsi il Dipartimento materno-infantile dell'Asl 11 di Empoli è stato sottoposto a verifica con risultati estremamente positivi. Dal 17 al 19 settembre scorsi il gruppo tecnico di valutazione della Commissione regionale per la qualità e la sicurezza ha esaminato i percorsi materno-infantile nascita, materno-infantile pediatrico e il percorso chirurgico, effettuando visite osservative e cognitive nei reparti di degenza e negli ambulatori di ginecologia, ostetricia e pediatria dell'ospedale "San Giuseppe" di Empoli.

Nella sua relazione finale il gruppo di verifica ha dato atto dell'ampia rispondenza ai requisiti e ha apprezzato il livello di informatizzazione della documentazione clinica e l'elevata disponibilità e la motivazione degli operatori e delle strutture di staff rispetto al miglioramento della qualità e della sicurezza. Questo importante risultato è il frutto dell'instancabile impegno degli operatori del Dipartimento, della direzione ospedaliera e della direzione delle professioni sanitarie che hanno lavorato nonostante il periodo estivo per giungere preparati all'appuntamento.

Per l'Asl 11 l'impegno non

finisce qui. Il sistema di accreditamento, infatti, è per sua natura un processo in continua evoluzione: avviarlo significa attivare un processo di miglioramento continuo della qualità del sistema sanitario.

Obiettivo dell'accreditamento non è, quindi, un mero aspetto burocratico di certificazione del livello della qualità raggiunta, ma come in tutti i Paesi ove questo sistema è presente, quello di fornire un indirizzo a cui tendere, e di essere una guida per raggiungere quei livelli di qualità che volta per volta la "struttura di indirizzo" individua e persegue.

In questo senso il processo di accreditamento è la garanzia che in una data azienda e/o presidio ospedaliero sono presenti quei livelli organizzativi che consentono di erogare con sicurezza e qualità i servizi sanitari.

Ma l'Asl 11 ha un'ambizione per i prossimi mesi: affiancare all'accREDITAMENTO istituzionale una forma di accreditamento d'eccellenza per sviluppare maggiormente la tensione al miglioramento continuo delle strutture e del sistema di assistenza nel suo complesso.

Maria Antonietta Cruciani
 Ufficio stampa Asl 11 Empoli

Disco verde dal team della Commissione qualità e sicurezza

IN BREVE

▼ PISA/1

È iniziato il 16 ottobre il mese del libro alla biblioteca Lettori Pazienti dell'ospedale Lotti di Pontedera. Il programma prevede tre incontri in tutti i reparti: "letture sul carrello", i volontari leggono in corsia; nel reparto di salute mentale adulti "lettori d'eccezione in corsia", Massimo Novi legge "Le notti bianche" di Dostoevskij, accompagnato dal flauto di Luigi Nannetti; in pediatria "storie di mostri, mostrilli e bacilli", i volontari leggono nelle camere dei piccoli degenti. La biblioteca fa parte del circuito Bibliolandia, è una realtà consolidata dal 2006 grazie alla convenzione tra Asl 5, Unione Valdera, Società della Salute Valdera, Associazione Non più Solo e Associazione Culturale Bibliografia e Informazione.

▼ FIRENZE

Il 25 ottobre si svolgerà a Firenze, presso l'Istituto degli Innocenti, il seminario "Geotermia e salute. L'esperienza neozelandese e toscana", organizzato dall'Agenzia regionale di Sanità della Toscana (Ars). La Toscana annovera una tradizione storica nello sfruttamento dell'energia geotermica, in particolare per la produzione di energia elettrica. Il seminario è l'occasione per aggiornare le conoscenze sui profili di salute delle popolazioni residenti in aree geotermiche ed esposte alle emissioni geotermiche naturali e antropiche. Saranno discussi i risultati degli studi sulla popolazione condotti da Michael Bates (University of California) a Rotorua in Nuova Zelanda per conto del governo Usa e di quelli condotti da Ars e Cnr di Pisa nelle aree geotermiche toscane.

▼ PISA/2

Si è parlato di "Nina", il centro di formazione e simulazione neonatale dell'Aou, situato nell'Uo di Neonatologia diretta da Antonio Boldrini, alla IV Conferenza nazionale di Cernobbio sulla formazione continua in medicina. Armando Cuttano, neonatologo responsabile del Centro, ha illustrato alla platea riunita nella cittadina comasca l'esperienza di eccellenza portata avanti a Pisa, come realtà aziendale vincente di formazione medica in simulazione applicata nel settore neonatale. Il Centro "Nina" dispone infatti di tutte le attrezzature strumentali interattive e didattiche necessarie a formare il personale per renderlo in grado di fronteggiare tutte le criticità che possono insorgere in un neonato. Un'esperienza pilota che ha già raggiunto grandi numeri, in termini di risorse formate.

CALENDARIO

26
 OTT.
 2012

FIRENZE/1

«Trattamento percutaneo della patologia mammaria: favola a lieto fine?». Questo il titolo della giornata organizzata a Villa Montalto, in cui saranno discussi i limiti della mammografia, dell'ecografia e della biopsia percutanea. Per info: 055-472023, info@executivecongress.it

29
 OTT.
 2012

FIRENZE/2

Presso l'Ordine dei medici di Firenze si svolgerà l'incontro «Il codice di Condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario dell'Oms». Al centro del dibattito l'insufficienza in Italia di operatori sanitari per far fronte all'incremento della popolazione. Per info: cooperazione.sanitaria.internazionale@regione.toscana.it

30
 OTT.
 2012

FIRENZE/3

Presso l'Auditorium Cto si terrà il convegno «Stress lavoro-correlato: da obbligo a opportunità». Obiettivo: esporre i risultati della ricerca effettuata presso le aziende dell'Area vasta-Centro, Estav-Centro e Ispo per diffondere una cultura della prevenzione dello stress nei lavoratori. Per info: 0557949737; cirel@aou-careggi.toscana.it



Regione Toscana

I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria
Elettronica guardi
le tue analisi sul pc.
Convieni a tutti.

Quasi a tutti.

Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde
800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria