

# Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 12 anno XVI del 2-8 aprile 2013 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

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

Uguali diritti per tutti i cittadini

di Barbara Trambusti \*

Il diritto a un'assistenza sanitaria pari a quella garantita ai cittadini liberi è da sempre l'impegno che la Regione Toscana porta avanti nei confronti di chi, ristretto, si trova in una situazione che limita, priva ed esclude. Il percorso che ha portato alla delibera n. 127/2013, in cui si fissano le 16 «Linee di intervento in materia di salute della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Toscana per il biennio 2013-2014», parte da lontano, dalla legge regionale n. 64/2005 «Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana» ed esplica i principi fondamentali già perseguiti con la delibera n. 441/2011, contenente 14 linee di intervento attuate nel biennio 2011/2012.

Ecco, quindi, che la strada tracciata oggi va nel segno della continuità, del potenziamento di quanto in essere e dell'innovazione costante della progettazione. La continuità riguarda i percorsi positivi avviati: il confronto e il lavoro costante e costruttivo con il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria e il Centro di giustizia minorile per una programmazione integrata delle attività, la continuità nella collaborazione con le Asl, vere protagoniste del processo di miglioramento qualitativo della salute in carcere, con le quali, si progetta e realizza, a esempio, la

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

Approvate le linee di intervento per garantire la salute dei detenuti

## Cure appropriate in carcere

Tra gli strumenti percorsi terapeutico-riabilitativi e cartella clinica elettronica

La giunta regionale ha approvato le nuove linee d'intervento programmate per il biennio 2013-2014 che interessano la salute della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Toscana. Per le oltre 4.158 persone private della libertà, per metà straniere, che rimangono in cella mediamente quasi 18 ore al giorno, in condizioni di sovraffollamento, il Servizio sanitario regionale garantirà l'assistenza sanitaria, riaffermando l'interesse e assicurando un servizio con caratteristiche di universalità, uguaglianza, equità e globalità.

Le sedici linee approvate e gli interventi previsti, a cui sono destinati 650mila euro, saranno realizzati in stretta collaborazione tra Regione, aziende sanitarie e con le altre istituzioni interessate - Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (Prap) e Centro di giustizia minorile (Cgm) - con il supporto tecnico-scientifico del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, Agenzia regionale per la Sanità (Ars), Centro gestione del rischio clinico e Centro di riferimento regionale criticità relazionali.

Si parte dalla tutela delle fasce più deboli, riservando primaria attenzione allo sviluppo dei percorsi terapeutico-riabilitativi dei minori sottoposti a procedimenti penali e alle misure dirette alla tutela della salute della popolazione detenuta femminile. Forte è l'impegno riservato verso il disagio psicologico, con azioni volte a consolidare l'implementazione del servizio di assistenza psicologica con funzione terapeutica, anche al fine di prevenire il rischio di suicidio e di autolesionismo. A tali attività si affiancano gli interventi diretti per la presa in carico delle persone detenute con problematiche conclamate di salute mentale, con azioni mirate a favorire la riabilitazione psicosociale. Particolare interesse è inoltre riservato alla valorizzazione delle attività sanitarie dirette alla presa in carico delle persone detenute con problemi di alcol e/o tossicodipendenza. Tra gli interventi prioritari previsti sono inseriti la prevenzione



SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE

### Esenzioni per reddito: 7 mesi di proroga

La scadenza fissata a ottobre - Sempre più controlli informatizzati

Prorogata fino al 30 ottobre la scadenza delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria in base al reddito. Con una delibera appena approvata, la Giunta ha deciso di prorogare di 7 mesi la validità degli attestati con codice di esenzione E01, E03, E04, che erano in scadenza al 31 marzo.

L'esenzione dal ticket per reddito (come previsto dal decreto ministeriale 11/12/2009) non è autocertificata dal cittadino all'atto dell'erogazione della prestazione, ma è rilevata dal medico prescrittore che, al momento di ogni prescrizione di assistenza specialistica ambulatoriale, riporta sulla ricetta del Ssn il relativo codice di esenzione, acquisendolo, o mediante l'esibizione dell'attestato in possesso dell'assistito o, quando possibile, per via informatica, attraverso la consultazione dei soggetti esenti resi annualmente disponibili mediante la funzionalità del Sistema tessera sanitaria. Sono tuttora in via di completamento le procedure di adeguamento del sistema informativo regionale per facilitare la diretta consultazione e rilevazione del diritto all'esenzione da parte dei medici prescrittori, in modo tale che progressivamente il medico potrà recepire l'informazione dal Sistema informativo regionale del Sst al momento della compilazione della ricetta elettronica. Per ridurre i disagi ai cittadini interessati e facilitare l'esercizio del loro diritto all'esenzione dal ticket per motivi di reddito, la Giunta ha deciso la proroga della validità degli attestati.

oncologica e la prevenzione e cura delle infezioni da Hiv e delle altre malattie infettive rilevanti.

A supporto degli interventi si inserisce l'attivazione della cartella clinica informatizzata che consentirà l'automazione dei processi per la trasmissione, l'archiviazione e il reperimento dei dati sanitari, garantendo la storia clinica dei detenuti, sui loro esami diagnostici e sulle terapie in corso, evitando esami inutili o già eseguiti presso altri istituti penitenziari. Un'altra importante attività è la telemedicina, con la quale possono essere acquisite in loco immagini mediche e altri valori sanitari per essere esaminati da centri specialistici di eccellenza.

A completamento del quadro degli interventi si inseriscono la formazione e l'integrazione multiprofessionale, con il sostegno delle attività relazionali dei gruppi di lavoro all'interno del sistema sanitario operanti in ambito carcerario.

Proprio dalla collaborazione con tutti gli attori nasce la sinergia innovativa e coerente, come quella tra Regione, Prap e Cgm che sta portando alla revisione del protocollo per il trattamento dei dati personali dei detenuti, con il fine di rafforzare la corretta gestione dei dati sanitari e giudiziari.

L'obiettivo di miglioramento e di equità dell'assistenza sanitaria in carcere comporta necessariamente una precisa e costante valutazione del sistema. A tal fine si inserisce l'adozione di un modello integrato di riferimento per rilevare le attività e i risultati con il monitoraggio degli indicatori delle performance, diretti a valorizzare l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, a cura del MeS, con l'indagine epidemiologica condotta da Ars, diretta a valutare lo stato di salute della popolazione detenuta e con il monitoraggio degli eventi sentinella che si verificano nei presidi sanitari penitenziari mediante il sistema di valutazione del rischio clinico.

Maria Rita Cacioli  
Laura Gigioni

Settore per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere

DELIBERA A PAG. 5

CONTROCANTO

### «Recuperiamo il tempo perduto»

di Gemma Brandi \*

La tardiva applicazione del passaggio della assistenza sanitaria in carcere alle Regioni, dispendiosa ma definita a costo zero, piombò nel 2008 in un Paese in piena crisi economica. Era già nota la prevalenza nei reclusori di malattie infettive, disturbi da abuso di sostanze e psichiatrici, questi ultimi riscontrati nel 41,7% dei nuovi

giunti (cfr. l'unica ricerca standardizzata nel settore, della azienda sanitaria di Firenze, 2001/02). La comunità penitenziaria toscana non è paragonabile a un ameno paesello del Chianti. Si tratta di una popolazione distillata per complessità, la cui cura non è né semplice, né sem-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

### Il benessere in ambito scolastico

La Giunta per il 2013 ha approvato gli indirizzi alle Asl per la realizzazione di interventi per il benessere dei giovani, in ambito scolastico. Sono state messe in campo risorse per 300mila euro, di cui 250mila saranno destinati a interventi nelle scuole per il benessere dei giovani mentre 50mila andranno a sostenere l'attività di supporto, di diffusione di buone pratiche, svolta dall'Asl 2 di Lucca in collaborazione con l'Associazione "Di testa mia Health promoting guys", sia sul versante europeo con la "Youth coalition" che su quello regionale nella promozione di corretti stili di vita tra i giovani con l'utilizzo di strumenti web 2.0. (Delibera n. 38 del 21/01/2013)

### Alimenti di origine animale al test

Recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle «Linee guida sui criteri per la predisposizione dei piani di autocontrollo per l'identificazione e la gestione dei pericoli negli stabilimenti che trattano alimenti di origine animale» (Rep. Atti n. 147/Csr 2012). Le linee guida forniscono indicazioni sui requisiti come le procedure di pulizia e disinfezione, il controllo degli animali infestanti e indesiderati ma anche il programma di formazione del personale, il gruppo di lavoro e i pericoli biologici, chimici e fisici. (Delibera n. 46 del 19/01/2013)

ALL'INTERNO

### A Siena trial anti-melanoma

A PAG. 3

### Posti letto, sfida-efficienza

A PAG. 4

### Più fondi per il sociale

A PAG. 6

PREVENZIONE L'Ars coinvolta in un progetto di sorveglianza dei decessi evitabili



# Piano anti-mortalità materna

## La raccolta dei dati disponibili servirà a individuare le cause e i rischi

L'agenzia regionale di Sanità della Toscana partecipa a un progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna, coordinato dall'Istituto superiore di sanità (Iss) e finanziato dal ministero della Salute. Lo scopo è quello di raccogliere dati affidabili per studiare le cause associate alle morti materne e promuovere la prevenzione di quelle evitabili.

Il progetto - che coinvolge oltre alla Toscana altre sei Regioni (Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Sicilia) dove risiede il 65% delle donne in età riproduttiva del Paese, rappresenta un fiore all'occhiello del Sistema sanitario nazionale italiano, che si pone l'obiettivo di aumentare la sicurezza del percorso nascita. La morte materna - ovvero la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza,

per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo management, ma non per cause accidentali o incidentali - benché rara, costituisce una priorità di salute pubblica, sia per la sua indiscutibile drammaticità, che per la documentata "evitabilità" di circa il 50% dei casi.

Il progetto pilota costituisce la seconda tappa di un percorso iniziato con uno studio realizzato dall'Iss negli anni 2008-2010 in cinque Regioni, al quale aveva partecipato anche l'Ars della Toscana. Il precedente progetto ha permesso di calcolare il rapporto di mortalità materna mediante record-linkage tra le schede di morte Istat e le Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) nelle Regioni partecipanti rilevando una sottostima del 63% del rapporto di mortalità materna in Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia. Mentre le sole schede di morte Istat attestavano un rapporto



Logo Agenzia regionale di Sanità della Toscana

di 4,4 decessi per 100mila nati vivi, lo studio aveva invece evidenziato un rapporto di quasi 12 decessi per 100mila nati vivi con una forte variabilità geografica: da 6,4 morti materne per 100mila nati vivi in Toscana (anni 2001-2006) a 24,1 in Sicilia.

Inoltre, nello stesso progetto erano stati studiati i cosiddetti "near miss ostetrici", ovvero, quegli eventi così gravi da portare la donna in fin di vita. Questa tipologia di eventi aveva mostrato, per gli anni 2004-2005, un tasso pari a 2,0 per 1.000 parti in Italia, 1,8 in Tosca-

na. Da qui la necessità di un progetto per attivare un sistema pilota di sorveglianza della mortalità materna che permetta di identificare e studiare i nuovi casi.

Il nuovo progetto ha anche un obiettivo più lungimirante, quello di promuovere la cultura della non colpevolizzazione dei professionisti, sul modello "no blame" del Regno Unito, mirando alla segnalazione e alla corretta descrizione dei casi clinici al fine di ridurre le morti materne evitabili e di promuovere le buone pratiche. Il percorso che deve seguire la segnala-

zione del caso di morte materna dalla struttura sanitaria delle regioni coinvolte all'Iss ha un momento centrale nell'audit, ossia nella riunione tra tutti i professionisti sanitari che hanno assistito la donna deceduta. Questo confronto tra pari ha la finalità di ricostruire il percorso assistenziale per identificare le azioni utili o dannose che si sono dimostrate rilevanti ai fini dell'esito.

Oltre al responsabile scientifico del progetto è stato individuato un referente regionale del sistema di sorveglianza che per ogni caso verificherà la completezza delle informazioni raccolte, l'anonimizzazione della documentazione e avrà la responsabilità della custodia della documentazione utilizzata per l'indagine confidenziale. Quest'ultima viene realizzata da un comitato regionale composto da uno o più ginecologi, ostetriche, anestesisti, anatomopatologi e/o medici legali, un epi-

demiologo e un referente di rischio clinico con possibilità di ulteriori consulenze specialistiche. Il comitato redige un rapporto e lo invia all'Iss.

La peculiarità della parte toscana dello studio sarà rappresentata dalla stretta collaborazione con il Centro Gestione rischio clinico della Regione Toscana, coinvolto in tutte le fasi del monitoraggio e in particolare nel momento degli audit. Tutte le informazioni sul progetto sono disponibili sulla pagina web dedicata <http://www.iss.it/itoss/> o sul sito dell'Ars [www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it).

**Fabio Voller**  
Osservatorio di Epidemiologia,  
Agenzia regionale di Sanità  
della Toscana  
**Monica Da Frè**  
e **Valeria Dubini**  
Struttura complessa  
di Ginecologia e ostetricia,  
Nuovo Ospedale  
San Giovanni di Dio  
di Firenze

### CORSO PER DIRIGENTI DI STRUTTURA COMPLESSA

## Formazione manageriale al MeS-S.Anna

Perché i dirigenti di struttura complessa, i capi dipartimento e tutti quelli che coprono un ruolo di gestione e di coordinamento di persone dovrebbero frequentare un percorso formativo manageriale? La legge 502/92 lo impone ma il punto non è solo adempiere a un requisito normativo. Si tratta di un'occasione e di una condizione importante per poter affrontare le sfide del sistema sanitario in cambiamento.

Assumersi la responsabilità di guidare e dirigere una struttura complessa nel nostro sistema sanitario pubblico significa avere acquisito consapevolezza del contesto in evoluzione in cui si vuole operare, conoscere le modalità con cui il sistema sanitario si finanzia e come le risorse della collettività sono utilizzate oggi e come potrebbero essere meglio allocate domani per ottenere maggior valore aggiunto per i cittadini e i pazienti. Significa saper guidare i collaboratori in una logica di

squadra sapendo motivare le persone, ma anche essendo capaci di gestire i conflitti. Tutte cose che certamente i medici non hanno appreso nel loro percorso universitario ma che sono essenziali nella Sanità dei prossimi anni.

Per il dirigente di struttura complessa la formazione manageriale quindi ha il fine di promuovere un cambiamento culturale e attivare la partecipazione attiva dei direttori di struttura complessa nella programmazione e nella realizzazione delle strategie aziendali. Il Sistema sanitario toscano richiede ai dirigenti di struttura complessa di partecipare ai corsi di formazione manageriale (obbligatori per legge) organizzati dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, che è l'unico ente accreditato per l'erogazione di questa tipologia di

iniziativa formativa.

Il corso di formazione manageriale, della durata di 120 ore, è strutturato in modo tale da fornire al partecipante la "cassetta degli attrezzi" per lo svolgimento del ruolo dirigenziale. Particolarmente importante il primo modulo svolto in outdoor di tipo esperienziale, in cui i partecipanti si confrontano sulle dinamiche relazionali e i comportamenti che si instaurano in contesti organizzativi ad alta complessità. Sono poi affrontati, nei successivi 6 moduli, temi quali le competenze manageriali per la gestione dei collaboratori, le strategie e i nuovi assetti dei sistemi sanitari nazionali e internazionali, gli assetti organizzativi e i processi di cambiamento nelle aziende sanitarie, la dinamica economico-finanziaria aziendale, gli strumenti di programmazione e controllo e la gestio-

ne delle risorse umane e, ancora, la qualità, la valutazione della performance e le nuove soluzioni per le politiche di accreditamento in linea con i cambiamenti e l'evoluzione continua del sistema sanitario regionale e nazionale. In ogni edizione si propongono i temi base del percorso formativo ma anche specifici approfondimenti in linea con l'evoluzione e le problematiche in atto nel sistema sanitario regionale.

Durante il percorso formativo sono poi continue e numerose le occasioni di scambio e confronto tra i professionisti e il top management aziendale e regionale: le lezioni, i seminari di approfondimento e lo stesso project work, discusso dai discenti alla fine del percorso formativo, rappresentano momenti preziosi in cui il professionista ha la possibilità di discutere con il management e

apportare il proprio contributo sulle innovazioni organizzative regionali e aziendali. Inoltre, la scelta di una aula multi-professionale e aziendale favorisce la relazione fra i manager di diverse aziende ed è occasione di crescita e di confronto permettendo di costruire reti di relazioni utili allo sviluppo delle conoscenze e alla promozione delle best practice del sistema.

Le nuove selezioni si terranno nel mese di maggio: per ulteriori informazioni si consulti il sito internet del Laboratorio MeS, [www.meslab.sssup.it](http://www.meslab.sssup.it) nella sezione formazione.

**Sabina Nuti**  
Responsabile del Laboratorio  
Management e Sanità, Scuola  
Superiore Sant'Anna di Pisa  
**Francesca Sanna**  
Responsabile Area Formazione,  
Laboratorio Management e Sanità,  
Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

### CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

plificabile. Le buone intenzioni della Regione Toscana (delibera 127/2013) devono fare i conti con il conflitto tra esiguità dei mezzi, 660mila euro nel biennio, e spessore del bisogno. Come raggiungere tuttavia utili obiettivi al tempo della crisi? Evitando perdite evitabili, stabilendo l'ordine delle priorità, dandosi piccoli traguardi in serie e formulando progetti credibili, che richiamino nuovi finanziamenti. Le parole guida dell'oggi sono reclutamento, distribuzione, organizzazione. Quest'ultima deve ricalcare l'assetto esterno dei servizi, se si vuole che la lucidità abbia la meglio sul caos. Serve poi un reclutamento rigoroso e responsabile del personale che guidi il pas-

saggio. L'uso delle risorse, infine, va disciplinato in base alle priorità individuate e condiviso con le strutture esterne.

Alcuni bisogni avvertiti dalla Regione Toscana sono prioritari, ma le soluzioni scelte soffrono di esternalizzazione e sovrapposizione, con il rischio di svalutare preziose energie interne e favorire sprechi e sacche di resistenza. Il carcere, inoltre, potrebbe paradossalmente spingere verso la omogeneizzazione della raccolta dati nei servizi esterni attraverso un'unica cartella clinica informatizzata, essendo stato, magari prematuramente, investito da tale progetto: un passo troppo lungo e foriero di scollamento, sempre che non si riesca, con uno stra-

ordinario colpo di reni, a migliorare l'esterno dall'interno. Proponiamo qui una meta al risparmio, in termini economici e di salute: lavorare a che sconti la pena vicino alla propria rete territoriale di riferimento, chi soffre di disturbi psichiatrici e da abuso di sostanze. Infine, una ricaduta di fatto positiva ha avuto l'aumento, diretto dal Dipartimento di Salute mentale, degli psicologi nelle carceri fiorentine, che ospitano 1/4 dei reclusi in Toscana: azzerramento in sei mesi dei suicidi, dopo le sei morti registrate nei nove mesi precedenti. Una scelta da non mollare!

\* Responsabile Salute mentale  
Adulti Firenze 4 e Carceri Firenze

### Uguali diritti... (segue dalla prima pagina)

formazione degli operatori sanitari e dei detenuti.

Altro elemento cardine è il potenziamento degli interventi in campo, con un'attenzione particolare alle fasce più deboli: i minori, per i quali già nel precedente biennio sono state avviate attività volte a costruire idonei percorsi sanitari; le donne, per le quali si avvieranno nuovi progetti di salute; gli internati dell'Opg di Montelupo, per i quali prosegue l'importante processo di progressiva dimissione e reinserimento sul territorio, in attuazione della L. 9/2012, l'implementazione dell'assistenza psicologica negli istituti, allo scopo di rafforzare i percorsi di prevenzione del rischio suicidario.

Innovazione è la parola chiave che ben si coniuga con il lavoro

avviato in collaborazione con il Laboratorio MeS della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, con Ars e con il Centro gestione del rischio clinico di Careggi: garantire a tutte le persone presenti in Toscana lo stesso tipo di assistenza sanitaria significa avere la stessa conoscenza dei bisogni di salute, disporre dei medesimi indicatori nella valutazione dei risultati, con l'obiettivo di impostare un unico sistema sanitario, che sia in grado, anche nel più difficile dei presidi, come quello penitenziario, di valorizzare i punti di forza, ma anche rafforzare quelli di debolezza.

\* Dirigente del Settore Politiche  
per l'integrazione socio-sanitaria  
e la salute in carcere  
Regione Toscana

**SSR AI RAGGI X** A Le Scotte nuovo studio nazionale per pazienti con metastasi cerebrali

# Siena braccia il melanoma



**Il trial coinvolgerà 146 malati - La sperimentazione terminerà nel 2015**

**A**l Policlinico Le Scotte di Siena è partito un nuovo studio sperimentale per i pazienti con melanoma metastatico, effettuato presso l'Immunoterapia Oncologica diretta da Michele Maio. Lo studio "Nubit M2" prende spunto dai promettenti risultati del precedente trial "Nubit M1", pubblicati su Lancet Oncology, e si focalizza su una specifica categoria di pazienti. È uno studio randomizzato di fase III che ha l'obiettivo di paragonare l'efficacia della combinazione dell'ipilimumab, un agente terapeutico in grado di attivare il sistema immunitario, disponibile da poco in Italia, con la fotemustina (chemioterapico standard), rispetto alla fotemustina utilizzata da sola, in termini di sopravvivenza globale in pazienti con melanoma metastatico che presentino anche metastasi cerebrali. La sperimentazione è iniziata a gennaio 2013 e terminerà nel 2015.

**Coinvolti nove centri d'eccellenza di tutta Italia**

rispetto all'efficacia dei farmaci utilizzati singolarmente. Il primo paziente è stato arruolato a Siena a luglio 2010 e lo studio è stato chiuso ad aprile 2011. Sono stati inclusi pazienti con melanoma metastatico (stadio III non operabile e, quindi, stadio IV) e alcuni pazienti con metastasi cerebrali, elemento spesso presente nei pazienti con melanoma avanzato. Circa il 50% dei pazienti con melanoma metastatico, infatti, presenta metastasi cerebrali, per le quali gli unici trattamenti sono quello chirurgico o la radioterapia.

I risultati del Nubit M1 hanno dimostrato che: a un anno dalla conclusione dello studio la sopravvivenza dei pazienti è del 52%, contro il 25% del trattamento standard; il tasso di risposta, cioè i pazienti in cui la malattia si è ridotta, è del 46%, molto alto rispetto al tasso di risposta medio che è del 10-15%; su 86 pazienti, 20 avevano metastasi cerebrali e, di questi, 13 non avevano fatto la radioterapia. In questi 13 pazienti, cinque hanno avuto una risposta completa con il solo trattamento in sperimentazione e le metastasi sono scomparse. La combinazione di ipilimumab e fotemustina risulta quindi efficace rispetto ai due farmaci usati

singolarmente e risulta tanto più efficace nei pazienti con metastasi cerebrali. I risultati permetteranno anche di effettuare una valutazione dell'evoluzione immunologica dei pazienti. Poiché il trattamento è in grado di attivare in maniera specifica il sistema immunitario dei pazienti, agendo direttamente su popolazioni di linfociti circolanti (chiamati linfociti T-citotossici) che sono in grado di riconoscere e distruggere il tumore in maniera specifica, attraverso studi di laboratorio si cercherà di migliorare la capacità di capire i meccanismi di distruzione del tumore indotti dalla terapia.

Lo studio Nubit M2 coinvolgerà 146 pazienti e i seguenti centri in Italia: l'Immunoterapia oncologica senese, che sarà il centro coordinatore, l'Istituto nazionale tumori di Milano, l'Ieo, la Fondazione San Raffaele di Milano, gli Ospedali Riuniti di Bergamo, l'Istituto Tumori di Genova, l'Istituto Tumori di Meldola - Forlì, l'Istituto Regina Elena di Roma, l'Istituto Pascale di Napoli e l'Istituto tumori di Bari. Per entrare nella sperimentazione i pazienti devono avere tre caratteristiche: melanoma metastatico, metastasi cerebrali e non devono aver effettuato altri trattamenti medici (nessun pretrattamento).

«Il melanoma è un tumore della pelle particolarmente aggressivo che ogni anno nel nostro Paese provoca 7.000

nuove diagnosi e 1.500 decessi - afferma Michele Maio, presidente del Nubit e direttore dell'Immunoterapia Oncologica del Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena -. L'incidenza della malattia è in costante crescita e l'età di insorgenza si sta abbassando. Con le due terapie combinate in alcuni casi si è osservata una regressione completa del tumore, in altri la risposta è stata parziale oppure abbiamo registrato una stabilizzazione della malattia. I risultati sono così promettenti che, a gennaio 2013, abbiamo avviato la nuova sperimentazione "Nubit M2", promossa dalla Fondazione Nubit. Proseguiamo sulla strada aperta da "Nubit M1", per dimostrare che la combinazione di ipilimumab con fotemustina ha un'efficacia superiore, in termini di sopravvivenza globale, rispetto alla chemioterapia da sola quando somministrata in questa specifica categoria di malati, di solito esclusa dagli studi».

È la prima volta al mondo che viene avviata una ricerca di questo tipo, a conferma dell'eccellenza raggiunta dai ricercatori del nostro Paese. L'Italia è un punto di riferimento negli studi sull'immunoterapia. Lo studio Nubit M2 è coordinato per l'Italia da Siena ed è

sostenuto dalla Fondazione Nubit, nata recentemente da una costola del Nubit, il Network italiano per la bioterapia e immunoterapia dei tumori. Obiettivo della Fondazione è lo sviluppo di studi clinici con nuove molecole, soprattutto quelle in grado di stimolare il sistema immunitario, non solo nel melanoma ma anche in altri tipi di tumore.

«Ci sono strutture nel nostro Paese in grado di competere a livello mondiale - conclude Maio -. Anche all'interno di sperimentazioni cliniche internazionali i centri italiani hanno spesso un ruolo preminente per la qualità del lavoro svolto. L'obiettivo della Fondazione è promuovere studi clinici sull'immunoterapia del cancro, anche partendo dai rapporti che il Nubit è riuscito a consolidare in questi anni. Il Network infatti è parte integrante del World immunotherapy council (Wic), che racchiude 18 organizzazioni nazionali. Wic è stato istituito per riunire in rete i gruppi che nei diversi Paesi d'origine si sono strutturati per lavorare nell'ambito dell'immunoterapia».

a cura di  
**Ines Ricciato**  
Ufficio stampa Aou di Siena

**FIBROSI CISTICA SCONFITA IN COLLABORAZIONE TRA LE RIANIMAZIONI DI GROSSETO, SIENA E FIRENZE**

## Partnership di successo per il trapianto di polmone

**G**rande collaborazione tra le rianimazioni di tre ospedali toscani, Grosseto, Siena e Firenze, per salvare la vita a un giovane paziente affetto da malattia polmonare terminale e sottoposto poi a trapianto di polmone. L'importante risultato è stato il frutto di un lavoro durato circa due mesi e che ha coinvolto diverse équipe multidisciplinari.

A gennaio un grossetano di 38 anni, affetto da fibrosi cistica, ha avuto un peggioramento della malattia e da Grosseto, dove era seguito dalla nascita nel centro specializzato della Pediatria dell'ospedale, è stato trasferito a Firenze, nella rianimazione dell'ospedale di Careggi, in collaborazione con il centro fibrosi cistica dell'ospedale Meyer, diretto da Cesare Braggion. A Careggi è stato seguito da Adriano Peris, coordinatore regionale trapianti, ed è stato messo in Ecmo, una procedura che consente ai pazienti i cui polmoni non

funzionano più bene e non sono autonomi, di poter arrivare al trapianto perché, attraverso una macchina, il sangue viene ossigenato di continuo, supportando quindi la funzione respiratoria e mantenendo autonomia nella funzione cardiaca. Successivamente è stato trasferito a Siena, presso il policlinico Santa Maria alle Scotte e affidato alle cure della Rianimazione e Medicina Critica, con uno staff dedicato alla gestione dei pazienti in Ecmo in attesa di trapianto, grazie alla competenza dei rianimatori Edith Casadei, Lucia Cubattoli e Federico Franchi. L'uomo, già inserito in lista trapianti, è stato così stabilizzato e, da Siena, è stata richiesta l'urgenza nazionale per la ricerca di polmoni compatibili. La speranza è arrivata da Teramo dopo cinque giorni e il chirurgo toracico Piero Paladini, utilizzando l'ultimo volo disponibile dall'aeroporto senese di Ampugnano, ha raggiunto l'ospede-

dale di Pescara, dove ha prelevato gli organi.

Il doppio trapianto di polmone è stato eseguito a Siena, dove ha sede l'unico centro trapianti polmone della Toscana, dai chirurghi toracici Luca Voltolini e Luca Luzzi. Si tratta del terzo trapianto del 2013 e del 93esimo dall'inizio dell'attività (2001). Le condizioni del paziente erano molto gravi ma dopo circa un mese di permanenza e cure in Terapia intensiva cardiotoracica, diretta dalla professoressa Bonizella Biagioli, con grande dedizione di tutto il personale, il pericolo è passato e il 38enne è stato trasferito prima nella degenza della Chirurgia toracica, diretta dal professor Giuseppe Gotti e, attualmente, è affidato alle cure dello staff di Malattie respiratorie e trapianto polmonare, diretto da Paola Rottoli. Il paziente sta effettuando la specifica riabilitazione insieme allo staff delle fisioterapie, coordinate da Rossana Becattelli.

«È stato un lungo percorso - spiega Voltolini - che ha richiesto una grande collaborazione e forza di volontà da parte del paziente, che ha sempre creduto nel futuro che aveva davanti, e un forte sostegno dalla sua famiglia e da noi tutti». La fibrosi cistica è una malattia genetica da cui non si può guarire ma, grazie al trapianto di polmone, questo paziente potrà continuare ad avere polmoni sani che non saranno più attaccati dalla malattia. «Continuerà a essere seguito dal centro di riferimento regionale per la fibrosi cistica - conclude Bonizella Biagioli - che ha sede a Firenze e dallo staff del centro trapianti di polmone dell'Aou Senese. È un bell'esempio di collaborazione e sinergia tra ospedali toscani, terapie intensive e professionisti diversi, segno che quando si lavora in rete si possono ottenere risultati importanti e, a volte, inimmaginabili».

**IDEATA DAL NEUROCHIRURGO SENESE EUGENIO NERI E REALIZZATA DA UN'AZIENDA SCOZZESE**

## Una protesi ibrida per affrontare l'aneurisma complesso

**È** operativo a Siena, al Policlinico Santa Maria alle Scotte, il programma italiano per l'impianto di una nuova protesi ibrida per le malattie dell'aorta. Si tratta di protesi disegnate per trattare in un unico intervento gli aneurismi complessi dell'aorta toracica.

Il primo intervento con questa nuova metodica è stato effettuato dall'équipe di Cardiocirurgia delle Dissezioni aortiche, guidata da Eugenio Neri, insieme ai colleghi Enrico Tucci, Luigi Muzzi e Antonio Benvenuti, coadiuvati dall'anestesista Irene Rossi e dalla perfusionista Ilaria Orrù, e con il coordinamento di Giuseppe Gotti. Il caso, molto complesso a causa delle importanti patologie associate, è stato valutato insieme alla Radiologi-

gia interventistica, diretta da Carmelo Ricci.

La protesi utilizzata è un'evoluzione di quella ideata e brevettata dallo stesso cardiocirurgo Neri, che porta il nome della sua città, Siena, «così chiamata - spiega Neri - perché i nostri pazienti vivano portando sempre Siena nel cuore».

«La variazione sulla nostra protesi - prosegue Neri - è stata realizzata da un'azienda scozzese ed è utilizzabile solo in tre centri accreditati. Noi siamo stati i primi a partire in Italia e questo è un importante riconoscimento per la professionalità del nostro ospedale». Questi interventi sono effettua-



ti in circolazione extracorporea con arresto di circolo ipotermico. «Si tratta di un intervento cardiocirurgico - aggiungono Muzzi e Tucci - effettuato portando la temperatura corporea a 25 gradi, con

perfusione selettiva dei vasi cerebrali. Lo stent associato alla protesi viene posizionato direttamente nella parte danneggiata dell'aorta toracica e, una volta posizionata la componente endovascolare della

protesi, si completa chirurgicamente la procedura, sostituendo l'arco aortico e l'origine dei tronchi arteriosi a destinazione cerebrale».

Questa soluzione permette di evitare un secondo intervento, con importanti vantaggi per i pazienti. Fondamentale in questo percorso il supporto della Terapia intensiva cardiotoracica, diretta dalla professoressa Bonizella Biagioli, con il prezioso supporto del dottor Luca Marchetti, responsabile Anestesia in cardiocirurgia e di tutto il personale altamente specializzato che segue il paziente prima, durante e dopo l'intervento.

«Possiamo contare su un team multidisciplinare - conclude Neri -

formato da infermieri, tecnici, perfusionisti, tutto il personale di sala operatoria e molte altre professionalità con competenze specifiche che ci danno una marcia in più, portando il centro ai massimi livelli internazionali».

I tre centri pilota condivideranno tutti i dati relativi al trattamento con questa nuova protesi mediante la realizzazione di un unico database, in modo da studiare l'andamento dei pazienti. La cardiocirurgia delle dissezioni aortiche senese è tra i pochi centri in Italia a trattare l'aorta in tutti i suoi segmenti: toracico, toraco-addominale e addominale, sia in maniera tradizionale che endovascolare ovvero, come in questo caso, con tecnica "ibrida".

DOCUMENTI

Le indicazioni per rideterminare le dotazioni secondo appropriatezza



# Posti letto, la sfida-efficienza

## La riorganizzazione d'Area vasta sarà accompagnata da un piano post acuzie

### IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

**P**ubblichiamo la delibera 69/2013 «Indirizzi alle aziende sanitarie e alle Aree vaste per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti in base a criteri di efficienza e appropriatezza organizzativa»

### LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con Legge 7 agosto 2012, n. 135;

Vista la Lr 40/2005 e in particolare l'art. 8, comma 4, secondo cui le Aziende sanitarie danno attuazione agli strumenti della programmazione regionale anche attraverso intese e accordi;

Vista la Lr 81/2012 "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla Lr 51/2009, alla 40/2005 e alla 8/2006";

Visto il Prs 2011-2015 adottato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 49 del 29 giugno 2011;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008, ancora in vigore ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66, che si pone tra gli obiettivi prioritari quello di rispondere alle esigenze del cittadino/paziente che richiede al Sistema sanitario regionale una sostanziale efficienza dei comportamenti organizzativi;

Vista la propria deliberazione n. 754 del 10 agosto 2012, che fornisce indirizzi alle Aziende e agli Enti del Ssr in relazione alle azioni immediatamente adottabili in attuazione del DI 95/2012 e individua ulteriori azioni di riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale;

Vista la propria deliberazione n. 1235 del 28 dicembre 2012 con la quale vengono approvate le linee di indirizzo alle Aziende sanitarie e alle Aree vaste e il relativo piano operativo per l'attuazione della Dgr 754/2012;

Rilevato che la Dgr 1235/2012 precisa che le indicazioni concernenti l'area dell'appropriatezza della produzione ospedaliera necessitano di ulteriori elementi di dettaglio che saranno definiti con successivi atti amministrativi;

Dato atto che l'allegato B, parte integrante e sostanziale della stessa Dgr, stabilisce come input per l'avvio delle azioni di recupero di efficienza e incremento dell'appropriatezza nell'utilizzo dei posti letto per acuti, l'emaneazione di indirizzi alle Aziende sanitarie per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto ospedalieri in base a criteri di efficienza e di appropriatezza organizzativa;

Ricordato che le Aziende sanitarie dovranno stabilire con un accordo di Area vasta e in conformità alle indicazioni contenute nell'allegato B, parte integrante e sostanziale della Dgr 1235/2012, il fabbisogno di posti letto ospedalieri complessivi di Area vasta e la relativa ripartizione per Azienda;

Ritenuto opportuno definire, pertanto, indirizzi per le Aziende sanitarie e le Aree vaste per la rideterminazione del fabbisogno di posti letto della rete ospedaliera regionale;

Visto il documento di cui all'allegato A, "Indirizzi alle Aziende sanitarie e alle Aree vaste per la rideterminazione del fabbisogno complessivo di posti letto ospedalieri";

Dato atto che con il Dd 5702/2012 viene costituito il gruppo di monitoraggio e controllo a supporto della riorganizzazione del Sst al quale viene affidata, nello specifico, la funzione di supporto alle Aziende e agli altri Enti del Ssr;

Ritenuto di approvare il documento di cui all'allegato A, "Indirizzi alle Aziende sanitarie e alle Aree vaste per la rideterminazione del fabbisogno complessivo di posti letto ospedalieri", parte integrante della presente deliberazione;

a voti unanimi

### DELIBERA

1. di approvare gli "Indirizzi alle aziende sanitarie e alle Aree vaste per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti in base a criteri di efficienza e di appropriatezza organizzativa", di cui all'allegato A, parte integrante della presente deliberazione;

2. di impegnare le tre Aree vaste toscane alla produzione di accordi per la rideterminazione del fabbisogno complessivo di posti letto ospedalieri di Area vasta e la relativa ripartizione per Azienda, che dovranno essere recepiti dalle Aziende sanitarie toscane;

3. di ribadire che le Aziende sanitarie nella definizione del fabbisogno di posti letto ospedalieri di cui al punto 2 potranno avvalersi del gruppo di monitoraggio e controllo a supporto della riorganizzazione del Sst, costituito con il Dd 5702/2012;

4. di precisare che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio regionale.

### ALLEGATO A

**Indirizzi alle Aziende sanitarie e alle Aree vaste per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti in base a criteri di efficienza e di appropriatezza organizzativa (prima fase).**

Il piano operativo per il riordino del Sistema sanitario regionale prevede una graduale riduzione dei posti letto della rete ospedaliera della Toscana accompagnata dal contestuale sviluppo speculare di risposte alternative per la post-acuzie e la deospedalizzazione.

La previsione a regime di riduzione dei posti letto è basata sostanzialmente sui parametri tendenziali individuati dalla Lr 81/2012 e dalle Dgrt 754/2012 e

1235/2012 assumendo gli standard di riferimento di 3,15 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di lungodegenza e riabilitazione, e di un tasso di ospedalizzazione standardizzato pari a 120 ricoveri per 1.000 abitanti.

La ridefinizione delle dotazioni di posti letto deve derivare sia da un uso più efficiente dei posti letto disponibili e dalla riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata, con la trasformazione di tale modalità assistenziale (ricovero ospedaliero) in altre tipologie quali l'attività ambulatoriale o residenziale o domiciliare, sia dalla ridefinizione complessiva del funzionamento della rete ospedaliera mediante la redistribuzione delle attività in base a criteri di "competenza" e ai volumi minimi definiti per specifiche tipologie di prestazioni.

Gli standard di riferimento adottati sono conseguibili mediante l'attuazione di un percorso strutturato in più fasi, in modo da consentire il parallelo sviluppo delle risposte assistenziali alternative all'ospedalizzazione.

Nella prima fase le Aziende sanitarie di ogni Area vasta, con specifici accordi secondo l'art. 8, comma 4, della Lr n. 40/2005, devono ridefinire, in relazione ai propri dati di attività, la nuova dotazione di posti letto ospedalieri di Area vasta, prevedendo con programmi concordati all'interno dell'Area vasta, nella fase di definitiva applicazione degli indirizzi regionali per la redistribuzione delle attività, la successiva evoluzione della composizione per tipologia e quantità di posti letto per i singoli presidi.

L'accordo di Area vasta deve ridefinire anche il fabbisogno di letti delle strutture private accreditate effettivamente utilizzati dal Servizio sanitario toscano.

La prima fase quindi è relativa a:  
- migliorare l'efficienza di uso delle risorse ospedaliere con l'applicazione di un tasso

di occupazione medio pari all'85% e una degenza media calcolata sulla base della degenza media Drg specifica regionale, relativa ai ricoveri 2012, con esclusione dei ricoveri di 1 giorno (dato Mes); in una fase successiva dovrà essere assicurato l'allineamento a standard di degenza stabiliti in base a criteri di best performance che verranno definiti a livello regionale;

- aumentare l'appropriatezza a seguito dell'applicazione del Patto per la salute 2010-2012 e degli indirizzi regionali in materia di appropriatezza dei ricoveri, in particolare la Dgr 1163/2011 e il documento tecnico sulla chirurgia ambulatoriale, che determinano la riconversione di ricoveri ordinari in ricoveri diurni e di ricoveri in Day service e prestazioni ambulatoriali.

Per la ridefinizione del fabbisogno di posti letto di Area vasta il percorso da attivare in questa prima fase è quindi il seguente:

a) definizione della domanda espressa, avendo come base i ricoveri effettuati in Area vasta nel 2012, al netto dei ricoveri identificati come inappropriati per ciascuna disciplina;

b) stima delle giornate di degenza (distinte tra ricoveri urgenti e programmati) producibili con il numero di ricoveri appropriati attesi in Area vasta, applicando, in questa prima fase, come parametro di efficienza la degenza media per Drg relativa alla situazione regionale (dato Mes) laddove la degenza media osservata sia superiore al valore medio regionale e utilizzando il valore osservato nei casi in cui lo stesso sia inferiore a quello regionale;

c) applicazione del tasso di occupazione standard (80% per i ricoveri urgenti e 90% per i ricoveri programmati).

Nella procedura di calcolo finale va tenuto conto della stima previsionale di recupero di mobilità extraregionale e del recupero di mobilità intraregionale extra Area vasta, relativamente alle funzioni presenti nelle singole Aree vaste di riferimento. ●

### DEFINITO L'ELENCO DELLE STRUTTURE E DEI MEDICI PRESCRITTORI

## Farmaci anti epatite C, la mappa dei centri abilitati alla prescrizione

**P**ubblichiamo la delibera n. 33 del 21 gennaio 2013 "Individuazione Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci antivirali per l'epatite C (Hcv)"

### LA GIUNTA REGIONALE

Viste le determinazioni Aifa del 26 novembre, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 287 del 10/12/2012, con cui si stabilisce il regime di rimborsabilità e prezzo di vendita dei farmaci Victrelis (boceprevir) e Incivo (telaprevir);

Vista la nota Aifa prot. ER/P/132489 del 4 dicembre 2012 con cui si richiede alla Regioni e Province autonome di provvedere all'individuazione dei Centri autorizzati alla prescrizione dei succitati farmaci;

Viste le indicazioni del gruppo di lavoro, di cui alla delibera Grt n. 251/2012 "Impiego di farmaci antivirali per uso sistemico: istituzione di un gruppo di lavoro regionale per l'adozione di linee d'indirizzo" e costituito con decreto dirigenziale n. 2282 del 29 maggio 2012, che nella seduta del 5 ottobre 2012 esprime la necessità di costituire sul territorio regionale una rete per l'appropriata erogazione dei succitati farmaci, che deve rispondere al rispetto di un protocollo e di definire le modalità assistenziali da affidare ai Centri di riferimento regionali per ogni Area vasta;

Vista la nota prot. AOOGR/297620/Q.90.65 del 5 novembre 2012 con la quale il competente Settore politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale chiedeva, ai coordinatori delle tre Aree

vaste, di indicare allo scrivente settore i professionisti di riferimento per l'Area vasta di competenza;

Viste le note dei Coordinatori di Area vasta con cui vengono indicati i relativi medici per la prescrizione dei farmaci antivirali per l'epatite C, Victrelis (boceprevir) e Incivo (telaprevir);

Rilevato che, con nota del direttore generale della direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale prot: AOOGR/2451/Q.90.65 del 4 gennaio 2013, inviata al Consiglio sanitario regionale, al fine di dare una maggiore copertura assistenziale sul territorio regionale, si integravano le succitate designazioni come segue:

- Area vasta centro: Dr. Dario Bartolozzi (Aou Careggi); Dr.ssa Anna Linda Ziniego (Aou Careggi); Dr.ssa Donatella Aquilini (Azienda Usl 4 Prato); Dr. Massimo Giusti (Azienda Usl 3 Pistoia).

- Area vasta Nord-Ovest: Dr. Francesco Menichetti (Aou Pisa).

- Area Vasta Sud-Ovest. Dr. Andrea De Luca (Aou Siena).

Visto il parere positivo del Consiglio sanitario regionale n. 12 del 8 gennaio 2013;

Ritenuto necessario individuare i Centri prescrittori per ciascuna Area vasta e i relativi medici specialisti

A voti unanimi

### DELIBERA

per quanto esplicitato in premessa:

1) di individuare un Centro di riferimento per la prescrizione dei farmaci Victrelis (boceprevir) e Incivo (telaprevir) per ciascuna Area vasta;

2) di individuare quali medici autorizzati alla prescrizione dei farmaci antivirali per l'epatite C, Victrelis (boceprevir) e Incivo (telaprevir), come di seguito indicati:

- Area vasta Centro; Dr. Francesco Mazzotta (Azienda Usl 10 Firenze); Dr. Vito Annesse (Aou Careggi); Dr. Massimo Resti (Aou Meyer); Dr. Dario Bartolozzi (Aou Careggi); Dr.ssa Anna Linda Ziniego (Aou Careggi); Dr.ssa Donatella Aquilini (Azienda Usl 4 Prato); Dr. Massimo Giusti (Azienda Usl 3 Pistoia);

- Area vasta Nord-Ovest: (Dr. Sauro Luchi - Azienda Usl 2 Lucca); Dr.ssa Maurizia Rossana Brunetto (Aou Pisa); Dr. Spartaco Sani (Azienda Usl 6 Livorno); Dr. Francesco Menichetti (Aou Pisa);

- Area vasta Sud-Ovest: (Dr. Danilo Tacconi Azienda Usl 8 Arezzo); Dr. Paolo Almi (Azienda Usl 7 Siena); Dr.ssa Cesira Nencioni (Azienda Usl 9 Grosseto); Dr. Andrea De Luca (Aou Siena);

3) ogni Centro di riferimento deve:

A) istituire un coordinamento composto da tutti i professionisti autorizzati alla prescrizione dei farmaci Victrelis (Boceprevir) e Incivo (Telaprevir);

B) disegnare, a cura del coordinamento, un dettagliato percorso organizzativo per l'impiego degli strumenti necessari a una corretta gestione della prescrizione quali il laboratorio di virologia, la rete polispecialistica e la necessità della copertura di eventuali urgenze;

C) disegnare, a cura del coordinamento, un percorso clinico per l'arruolamento dei pazienti da sottoporre alla terapia con Victrelis (Boceprevir) e Incivo (Telaprevir);

D) prevedere un percorso per il monitoraggio dei risultati terapeutici, degli effetti indesiderati.

Il percorso organizzativo, il percorso clinico, nonché il relativo monitoraggio di cui alle precedenti lettere A), B), C) e D) dovranno essere trasmessi alla Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale - Settore Politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza. ●

Sanità  
Toscana

direttore responsabile  
ROBERTO NAPOLETANO  
vice direttore  
ROBERTO TURNO  
comitato scientifico  
Edoardo Majno  
Susanna Cressati  
Sabina Nuti  
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato  
al n. 12 del 2-8 aprile 2013  
per la pubblicazione sul sito  
della Regione Toscana  
www.regione.toscana.it

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

"Sanità Toscana" è una pubblicazione informativa realizzata in base a un accordo tra Il Sole 24 Ore Spa e la Regione Toscana

## DIRITTO ALLA SALUTE IN CARCERE

# Dalle donne alla privacy, ecco le sedici priorità assistenziali nelle linee d'intervento per le cure ai detenuti del 2013-2014

Tra gli obiettivi della delibera, garantire omogeneità e parità di trattamento in tutti gli istituti presenti sull'intero territorio regionale

**P**ubblichiamo la delibera di Giunta n. 127 approvata il 27 febbraio scorso, con le "Linee d'intervento prioritarie in materia di salute della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Toscana per il biennio 2013-2014"

## LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che lo Statuto della Regione Toscana riconosce il "diritto alla salute" come una delle principali finalità della propria azione di governo, in attuazione del principio costituzionale garantito alla collettività;

Visto il Dlgs 230/99, "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419", con il quale è stato avviato un graduale processo di trasferimento dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari dal ministero della Giustizia al Servizio sanitario nazionale;

Richiamata la Lr n. 64/05, "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana", che stabilisce che la Regione Toscana garantisce ai detenuti e agli internati nelle carceri toscane, i livelli essenziali di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, alla pari degli individui in stato di libertà;

Preso atto della Legge n. 244/2007 (Finanziaria 2008), che sancisce (ai commi 283 e 284 dell'articolo 2) il transito definitivo al Sistema sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal ministero della Giustizia;

Preso atto del Dpcm dell'01/04/08, nel quale sono riportate le "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità penitenziaria";

Vista la deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16/07/08 "Piano sanitario regionale 2008/2010" che prevede al punto 5.6.2.7, fra gli obiettivi specifici, le azioni da intraprendere per "La salute in carcere";

Dato atto che il sopra citato Piano sanitario regionale resta in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27/12/2011 n. 66, fino all'entrata in vigore dei Piani e Programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Pn 2011-2015, tra cui il Pissr 2012-2015;

Ricordato che nella proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015, approvata dalla Giunta regionale in data 19/12/2011, è affermata, tra l'altro, la volontà di perseguire il miglioramento della salute in ambito penitenziario attraverso percorsi assistenziali adeguati ai bisogni della popolazione e qualificati dall'applicazione, all'interno delle strutture carcerarie, del modello organizzativo territoriale, in un'ottica che garantisca ai pazienti reclusi gli stessi diritti di quelli liberi;

Considerati gli indirizzi delineati dal Programma regionale di sviluppo 2011-2015, approvato dal Consiglio regionale con Risoluzione n. 49 del 29/06/2011, in merito alle politiche integrate socio-sanitarie;

Considerate le priorità definite dal Dpef 2013 approvato dal Consiglio regionale con Risoluzione n. 161 del 18 dicembre 2012;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1153 del 14/12/2009 che approva il protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e il ministero della Giustizia, siglato in data 27/01/2010, con il quale sono stati definiti gli ambiti di collaborazione istituzionale e la

cornice di riferimento degli interventi finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei detenuti e internati presenti negli istituti penitenziari toscani;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 67 del 25/01/2010 che approva, nell'allegato C, il protocollo d'intesa, tra la Regione Toscana, il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (Prap) e il Centro di Giustizia minorile della Toscana e Umbria, siglato in data 27/01/2010, relativo alla definizione delle forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario;

Rilevata la necessità di garantire il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi previsti dai predetti protocolli d'intesa attraverso la definizione degli interventi assistenziali e organizzativi rispondenti alle esigenze di salute della popolazione detenuta e internata, assicurando adeguati livelli assistenziali in tutti gli istituti penitenziari della Toscana;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 441 del 30/05/2011 con la quale sono state approvate le linee di intervento prioritarie in materia di Sanità penitenziaria per il biennio 2011-2012;

Preso atto degli ottimi risultati emersi dalle progettualità relative alla predetta delibera 441/2011, attuate dalle Aziende sanitarie per la realizzazione degli obiettivi diretti alla tutela della salute dei cittadini detenuti, con delibere n. 505/2011, 795/2011, 842/2011, 852/2011, 967/2011, 1094/2011, 1096/2011, 1161/2011, 1233/2011, 212/2012, 779/2012, che hanno consentito di avviare un importante processo di riqualificazione delle attività sanitarie in ambito penitenziario;

Valutato, quindi, di dare continuità alle iniziative già avviate definendo le azioni prioritarie per il biennio 2013-2014, attraverso le linee di intervento riportate in Allegato I, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto di approvare le predette linee di intervento prioritario per il biennio 2013-2014;

Ritenuto di stabilire con successivi atti, le modalità di attuazione delle linee d'intervento e le risorse specifiche da destinare;

Stabilito che gli oneri di attuazione delle presenti linee di intervento sono sostenuti dalla Regione Toscana, tramite risorse finanziarie per un importo complessivo di € 660.000,00 per il biennio 2013-2014;

Ritenuto di destinare la somma complessiva di € 660.000,00 secondo la seguente articolazione:

- per l'anno 2013, € 25.400,00 a valere sull'impegno 7910/2012 assunto con decreto dirigenziale n. 6535/2012 sul capitolo 26044 del bilancio di previsione 2013, gestione residui ed € 424.600,00 nella disponibilità libera dello stesso capitolo;

- per l'anno 2014, € 210.000,00 sul capitolo 26044 "Promozione della salute in carcere - Spese per azioni progettuali realizzate da Aziende sanitarie" del bilancio pluriennale 2013-2015, annualità 2014, condizionando l'efficacia della prenotazione all'inserimento delle linee di intervento prioritario riportate in allegato I all'interno del nuovo "Piano sanitario e sociale integrato regionale" come previsto dalle Lr 40/2005 e Lr 41/2005;

Vista la Lr n. 78 del 27/12/2012 "Approvazione bilancio di previsione 2013 e

bilancio pluriennale 2013-2015";

Vista la Dgr n. 1260 del 28/12/2012 "Approvazione bilancio gestionale 2013 e pluriennale 2013-2015";

A voti unanimi

## DELIBERA

1. di approvare le linee di intervento prioritarie in materia di salute della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Toscana per il biennio 2013-2014, di cui all'Allegato I parte integrante e sostanziale del presente atto;

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

3. di sostenere gli oneri finanziari per l'attuazione delle presenti linee di intervento prioritario per il biennio 2013-2014 per l'importo complessivo di € 660.000,00;

4. di destinare, a favore delle Aziende sanitarie della Toscana in cui hanno sede gli Istituti penitenziari, la somma complessiva di € 660.000,00 secondo la seguente articolazione:

- per l'anno 2013, € 25.400,00 a valere sull'impegno 7910/2012 assunto con decreto dirigenziale n. 6535/2012 sul capitolo 26044 del bilancio di previsione 2013, gestione residui ed € 424.600,00 nella disponibilità libera dello stesso capitolo;

- per l'anno 2014, € 210.000,00 sul capitolo 26044 "Promozione della salute in carcere - Spese per azioni progettuali realizzate da Aziende sanitarie" (Fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2013-2015, annualità 2014, condizionando l'efficacia della prenotazione all'inserimento delle linee di intervento prioritario riportate in allegato I all'interno del nuovo "Piano sanitario e sociale integrato regionale" come previsto dalle Lr 40/2005 e Lr 41/2005.

## Allegato I

## Linee d'intervento prioritarie in materia di salute della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Toscana per il biennio 2013-2014

N.	Oggetto	Descrizione	Soggetti coinvolti
1	Misure dirette alla tutela della salute della popolazione femminile	Prevenzione del disagio psichico nelle donne detenute e miglioramento delle loro condizioni di vita rilevanti ai fini della salute in ambito penitenziario e nel percorso di reinserimento nella vita familiare	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
2	Sviluppo di percorsi terapeutico-riabilitativi dei minori sottoposti a procedimenti penali	Definizione strutture dirette ad accogliere minori con problematiche sanitarie di dipendenza e/o di salute mentale	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Centri giustizia minorile
3	Prevenzione oncologica	Screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto, nell'ambito della rete oncologica della Regione Toscana	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo), Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
4	Telemedicina e telediagnostica	Sviluppo progetto Centro diagnostico terapeutico	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
5	Implementazione assistenza psicologica	Consolidamento servizio di assistenza psicologica con funzione terapeutica verso la popolazione detenuta, anche al fine di prevenire il rischio di suicidio e di autolesionismo	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Centri giustizia minorile, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
6	Consolidamento riabilitazione psicosociale	Prosecuzione e facilitazione attività in ambito della salute mentale con finalità di riabilitazione psicosociale delle persone internate, attraverso laboratori interni e altre attività esterne alle strutture penitenziarie	Regione Toscana, Aziende Usl I I di Empoli, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
7	Integrazione multiprofessionale	Promozione e sostegno delle attività relazionali dei gruppi di lavoro all'interno del sistema sanitario operanti in ambito carcerario e integrazione con il sistema penitenziario	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Centro di riferimento regionale criticità relazionali (Crrcr), Centri giustizia minorile, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
8	Formazione professionale	Sviluppo corsi destinati agli operatori e ai detenuti: tecniche di rianimazione, prevenzione finalizzata al miglioramento delle condizioni di salute in carcere	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Centro giustizia minorile, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
9	Monitoraggio Mes	Evoluzione delle valutazioni delle performance, per misurare e valorizzare l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Scuola superiore S. Anna di Pisa - Laboratorio management e Sanità (MeS), Centri giustizia minorile, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
10	Indagini epidemiologica	Sviluppo e consolidamento dell'indagine condotta da Ars, diretta a valutare lo stato di salute della popolazione detenuta	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Agenzia regionale di Sanità (Ars), Centri giustizia minorile, Provveditorato regionale amministrazione penitenziaria
11	Cartella clinica informatizzata	Informatizzazione dati clinico-terapeutici nei presidi sanitari penitenziari	Regione Toscana, Aziende sanitarie toscane, Estav, Centri giustizia minorile

WELFARE

Dal Fondo di solidarietà interistituzionale risorse in più agli enti locali



# Aiuti per le emergenze sociali

## La priorità è per le spese a sostegno dei minori in stato di abbandono



Il sistema di Welfare toscano si basa sui principi cardine dell'equità sociale e dell'universalità, che trovano fondamento nella legge 41/2005 «Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale». I soggetti che hanno diritto agli interventi e ai servizi del sistema integrato (articolo 5 legge regionale 41/2005) sono i cittadini residenti e coloro che, pur non essendo residenti, si trovano comunque nel nostro territorio vivendo in condizioni sociali particolari tali da richiedere una conseguente attenzione.

Appartengono a questa categoria di persone i minori non accompagnati e in linea generale tutte le persone che si trovano in grave stato di privazione o di abbandono. La stessa disposizione normativa, in corrispondenza dell'articolo 46, istituisce un Fondo regionale di solidarietà interistituzionale volto a sostenere gli Enti locali per spese finalizzate a interventi obbligatori, necessari per rendere effettivi i diritti di cittadinanza sociale, e non quantificabili in sede di programmazione, offrendo così risorse aggiuntive rispetto alle ordinarie fonti di finanziamento zonale.

Nonostante la Regione Toscana occupi storicamente una posizione di primo piano nel panorama nazionale del Welfare, è inevitabile prendere atto di come le attuali dinamiche economico-finanziarie stiano

mettendo a dura prova la sostenibilità dell'intero sistema toscano, così come avviene nel resto del Paese. Gli effetti che la crisi sta creando sul territorio fanno affiorare nuove e complesse emergenze sociali alle quali i Comuni devono trovare forme adeguate di risposta in coincidenza con una delle congiunture economiche caratterizzate da minori disponibilità finanziarie (minori disponibilità dovute in gran parte alle riduzioni del Fondo nazionale delle politiche sociali e in generale ai ridotti trasferimenti verso gli Enti locali). È proprio in questo contesto che il Fondo di solidarietà interistituzionale va a configurarsi come uno

strumento fondamentale di supporto finanziario per la sostenibilità del Welfare locale che non vuole, nella nostra Regione, arretrare rispetto ai livelli di servizio consolidati. Analizzando nel dettaglio, il Fondo di solidarietà interistituzionale che la Regione ripartisce, su base di specifico bando, ai Comuni, attraverso le Società della salute o Zone distretto, è rivolto a sostenere gli interventi obbligatori rivolti ai soggetti individuati dalla legge regionale 41/2005 all'articolo 5, non quantificabili preventivamente in sede di programmazione e il cui costo sia suscettibile di creare gravi squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione

delle prestazioni stesse.

L'apposito bando, emanato annualmente per regolare l'accesso ai finanziamenti, è rivolto a sostenere le spese imprevedute valutando maggiormente i casi che coinvolgono i minori di qualsiasi nazionalità, residenti e non, che si trovano in situazioni di abbandono, privazioni, allontanamento dalle proprie famiglie, violenza psico/fisica tale da costituire grave pregiudizio o altra condizione straordinaria e critica.

Il bando è inoltre rivolto a tutte quelle situazioni che danno luogo a prestazioni e interventi obbligatori di protezione e tutela secondo quanto previsto dalle leggi e dai regola-

menti vigenti o da atti prescrittivi dell'autorità giudiziaria. Possono essere anche sostenuti interventi a favore di persone che hanno diritto a servizi di prima assistenza secondo le condizioni e i limiti previsti dalle normative vigenti. Rientrano in questa categoria donne straniere in stato di gravidanza o nei sei mesi successivi al parto, stranieri con permesso umanitario o per protezione sussidiaria, richiedenti asilo o rifugiati che si trovano in situazioni di abbandono, totale privazione, violenza psico/fisica tale da costruire grave pregiudizio.

Sono inoltre comprese situazioni di emergenza che esigono decisioni immediate e rapide, sia al fine di contrastare gravi effetti dannosi a favore dei soggetti che hanno subito le conseguenze di eventi derivanti da calamità naturali o accidentali, sia per far fronte a fenomeni nuovi in un determinato territorio, quali possono essere a esempio gli insediamenti provvisori o il transito sul territorio di gruppi sociali ed etnici in fuga da situazioni belliche, di conflitto sociale e da carestie.

**Michele Mezzacappa**  
Responsabile Po, Programmazione dei servizi sociali regionali e integrazione degli interventi sociali e sanitari - Regione Toscana  
**Francesca Prosperini**  
Area Coordinamento Politiche sociali Regione Toscana

### IL BILANCIO DELLO STRUMENTO «STRAORDINARIO»

## In cinque anni finanziati interventi per 7 milioni

Il Fondo di solidarietà interistituzionale prende avvio fin dal 2005 e 2006 pur essendo considerata l'attuazione in tali annualità come forma di sperimentazione, al fine di verificare la funzionalità, gli aspetti positivi e le criticità che l'applicazione di tale misura poteva fare emergere. Successivamente il Fondo di solidarietà interistituzionale entra a pieno titolo nella programmazione regionale essendo previsto al cap. 3.4.5 del Piano integrato sociale regionale 2007-2010 (deliberazione di Consiglio regionale n. 11/2007) e tutt'ora in vigore in virtù della proroga attiva fino all'approvazione del nuovo Piano sociale sanitario integrato regionale.

All'interno dei Pisr 2007-2010 sono stati individuati i criteri di ripartizione del Fondo nonché le tipologie di situazioni sociali oggetto di finanziamento che hanno permesso a tale misura di assumere un carattere maggiormente sistematico.

A oggi, nell'arco di vigenza del Pisr 2007-2010 sono stati emanati bandi per finanziare interventi di sostegno posti in essere negli anni 2007, 2008, 2009 e 2010 corrispondenti a un volume finanziario complessivo di 4 milioni di euro (1 milione per ciascuna annualità). L'ultimo bando emanato nel dicembre 2012 prevede il finan-

Le richieste per il bando 2012					
Da una primissima analisi delle richieste di finanziamento pervenute alla Regione Toscana in riferimento al Bando 2012 per l'accesso alle risorse regionali relative al Fondo di solidarietà interistituzionale in corrispondenza di interventi posti in essere nel corso dell'anno 2011, il volume finanziario sostenuto dagli Enti locali per le spese correlate a situazioni imprevedibili e urgenti che hanno gravato ulteriormente sui bilanci locali, così come da obiettivi del bando, è quantificabile in circa euro 17.722.350. Le richieste di finanziamento hanno coinvolto la quasi totalità della nostra Regione essendo pervenute da 32 zone distretto/Sds sulle 34 esistenti, come da tabella seguente.					
Zona	Spesa sostenuta	Zona	Spesa sostenuta	Zona	Spesa sostenuta
Piana di Lucca	1.342.975,00	Mugello	531.226,00	Valdera	707.149,46
Pistoiese	852.672,57	Valle del Serchio	19.905,00	Aretina	406.759,45
Valdinievole	1.218.320,00	Lunigiana	154.770,00	Casentino	73.806,70
Fiorentina n.o.	1.599.986,58	Colline dell'Albegna	20.500,00	Apuane	402.999,98
Pisana	1.060.797,99	Empoli	589.696,87	Colline Metallifere	153.822,93
Pratese	1.744.358,10	Valdarno	302.315,45	Alta Val di Cecina	28.558,68
Amiata Val d'Orcia	48.461,32	Valdarno Inf.	436.924,73	Valdichiana Senese	27.399,40
Versilia	379.490,54	Firenze	3.760.000,00	Grosseto	99.210,46
Senese	279.113,48	Valdicornia	302.051,39	Amiata grossetana	79.544,95
Bassa Val di Cecina	271.920,00	Alta Valdelsa	151.044,09	Livorno	329.243,54
Elba	314.473,70	Fiorentina s.e.	826.909,49	Valtiberina	58.624,68
				<b>Totale</b>	<b>18.575.032,53</b>

ziamento degli interventi posti in essere nel corso dell'anno 2011 con un significativo incremento di risorse regionali a disposizione per uno stanziamento totale di 3 milioni di euro che assume particolare rilievo per gli Enti locali in ragione della delicata congiuntura economica caratterizzata da una generale com-

pressione delle disponibilità finanziarie. A tal proposito, la Regione Toscana, ai fini dell'attribuzione delle risorse, ha individuato nell'apposito bando alcuni criteri - quali la consistenza del fenomeno e della spesa sociale sostenuta e da sostenere per fronteggiare interventi già effettuati e in via di effettuazione - che

incidono in maniera significativa sulla parte di bilancio dell'ente richiedente dedicata al welfare.

Al fine di garantire maggiore distribuzione sul territorio delle risorse e una conseguente omogeneità, il bando stesso ha individuato un tetto massimo di contributo che può essere assegnato a ciascuna

Zona distretto/Società della salute (per i casi dei Comuni a essa afferenti) pari a 250mila euro. Negli anni presi in considerazione sia dalla sperimentazione che dalla specifica previsione del Piano integrato sociale regionale 2007-2010, le spese sostenute dalle singole Zone distretto/Sds hanno permesso, attra-

verso la presa in carico di diverse tipologie di emergenze sociali, di configurare una dinamica della situazione sociale dei territori toscani caratterizzata dall'espressione di nuovi e differenti bisogni che hanno innalzato la domanda di interventi e modificato la realtà storica del welfare toscano.

In questo contesto si sono registrati una spesa sostenuta dai Comuni per interventi sui minori che si è mantenuta costante nel tempo, mentre il quadro degli interventi è stato aggiornato anche da specifiche spese relative a interventi per far fronte all'emergenza profughi, per sostenere progetti a favore di donne maltrattate e allontanate da casa, fino alla recente attivazione di contributi destinati direttamente a quelle famiglie che, proprio a causa dell'attuale crisi economica, si ritrovano in misura maggiore e in molti casi per la prima volta, a rivolgersi ai servizi sociali per interventi di prima necessità.

**Michele Mezzacappa**  
Responsabile Po, Programmazione dei servizi sociali regionali e integrazione degli interventi sociali e sanitari - Regione Toscana  
**Francesca Prosperini**  
Area di Coordinamento Politiche sociali Regione Toscana

PISTOIA

I dati presentati all'incontro tra Centro regionale, Aido e vertici dell'Asl 3

# Trapianti in crescita costante



## Basse percentuali di opposizione grazie alle campagne informative

Il nuovo coordinatore regionale del Centro trapianti della Regione toscana, Adriano Peris, ha incontrato i vertici sanitari dell'Asl 3 di Pistoia e il presidente regionale Aido Umberto Biagi. In occasione dell'incontro sono stati presentati i dati sulle donazioni e anche nel 2012 l'Asl di Pistoia è ai vertici regionali.

Sono state attivate 12 Commissioni di accertamento morte con 7 donatori effettivi con una bassa percentuale di opposizione (1/12, l'8%) a dimostrazione della sensibilità nella popolazione e dell'opera di informazione del coordinamento e delle associazioni di volontariato.

Le cornee prelevate sono state 124 su 62 donatori: 39 all'ospedale di Pistoia, 17 in quello di Pescia e 6 al L. Pacini di San Marcello. Con la donazione delle cornee la Asl 3 di Pistoia è al primo posto in Toscana per la qualità del tessuto corneale e al terzo posto come numero totale di cornee prelevate. I prelievi multitessuto (cute, osso) sono invece stati 5. Per quanto riguarda così garantito la dimissione in sicurezza dei pazienti che precedentemente venivano impropriamente ricoverati. «La ristrutturazione e la riorganizzazione del servizio - dichiara Francesco Genovesi, Direttore Dipartimento urgenza ed emergenza dell'Usl 6 di Livorno, - ha contribuito a una maggiore professionalità degli operatori. Adesso, per esempio, siamo in grado di dare risposte diagnostiche più veloci. I nostri dati sono molto positivi, per questo possiamo affermare che il Ps di Livorno è tra i primi in Toscana. Sono consapevole però che ci sono ancora delle criticità da risolvere come ridurre i tempi di attesa, puntiamo infatti a essere più rapidi nelle prestazioni. E poi stiamo lavorando anche per dare ai pazienti un'accoglienza più confortevole».

le va al punto nascita dell'ospedale di Pescia con 263 sacche raccolte (251 a Pistoia).

All'incontro oltre al direttore sanitario Lucia Turco erano presenti il coordinatore aziendale donazione e trapianti Eufrazio insieme all'infermiera coordinatrice Nadia Pacchioni, la responsabile staff della direzione sanitaria Chiara Gherardeschi e il direttore di Anestesia e rianimazione Leandro Barontini. Peris, primario del reparto di rianimazione d'emergenza a Careggi, ha evidenziato l'importanza di promuovere la cultura della donazione di organi, tessuti e cellule e di realizzare interventi nel sistema organizzativo delle dona-

zioni e trapianti per razionalizzare e ottimizzare le risorse, in particolare umane, anche attraverso una maggiore autonomia ai coordinamenti locali.

I risultati raggiunti sono il frutto della stretta collaborazione con Aido, Avis-Frater e le associazioni di volontariato e dell'attività di sensibilizzazione promossa dal coordinamento donazioni e trapianti e dall'educazione alla salute che nel 2012 ha coinvolto 27 istituti scolastici, 105 classi per un totale di 2.194 studenti.

Daniela Ponticelli  
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

LIVORNO

## Terminato il nuovo pronto soccorso: locali più ampi e servizi potenziati

È ormai giunta a termine la ristrutturazione del pronto soccorso. Una ristrutturazione che non si è limitata soltanto a dipingere alcune pareti o ad alzare tramezzi. In realtà sono stati realizzati nuovi spazi, ora fruibili per nuovi servizi. Il nuovo pronto soccorso ha adesso un reparto di radiologia dedicato esclusivamente alle emergenze; la breve osservazione ha aumentato gli spazi e quindi i posti letto, passando da 9 a 16, di cui 12 di tipo ordinario e 4 di sub intensiva. È stato poi accorpato il reparto dell'emergenza-urgenza, prima collocato al quinto padiglione. Sono state anche accorpate in un'unica area le attività ambulatoriali con la sola eccezione della shock room e dell'ambulatorio di pediatria.

**È stato aggiunto un reparto radiologia per le emergenze**

Questa riorganizzazione ha inoltre coinvolto tutto il personale sanitario in una nuova fase di formazione professionale che ha contribuito a dare al pronto soccorso un ruolo nuovo, quello di un vero e proprio filtro per gli altri reparti, per cercare di facilitare i ricoveri davvero necessari. I dati resi noti dal servizio del pronto

soccorso segnalano infatti un significativo +31% di occupazione dei posti letto nell'area della breve osservazione, rispetto agli ultimi quattro anni. La ristrutturazione eseguita ha così garantito la dimissione in sicurezza dei pazienti che precedentemente venivano impropriamente ricoverati. «La ristrutturazione e la riorganizzazione del servizio - dichiara Francesco Genovesi, Direttore Dipartimento urgenza ed emergenza dell'Usl 6 di Livorno, - ha contribuito a una maggiore professionalità degli operatori. Adesso, per esempio, siamo in grado di dare risposte diagnostiche più veloci. I nostri dati sono molto positivi, per questo possiamo affermare che il Ps di Livorno è tra i primi in Toscana. Sono consapevole però che ci sono ancora delle criticità da risolvere come ridurre i tempi di attesa, puntiamo infatti a essere più rapidi nelle prestazioni. E poi stiamo lavorando anche per dare ai pazienti un'accoglienza più confortevole».

stiche più veloci. I nostri dati sono molto positivi, per questo possiamo affermare che il Ps di Livorno è tra i primi in Toscana. Sono consapevole però che ci sono ancora delle criticità da risolvere come ridurre i tempi di attesa, puntiamo infatti a essere più rapidi nelle prestazioni. E poi stiamo lavorando anche per dare ai pazienti un'accoglienza più confortevole».

Pierpaolo Poggianti  
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

LIVORNO/2

## Servizio diabetologico di Cecina: 5mila prestazioni offerte in un anno

A circa un anno dall'apertura del servizio diabetologico a Cecina sono state circa 5mila le prestazioni offerte. L'attività, monitorata a partire dal febbraio scorso in concomitanza con il passaggio a Cup delle visite di controllo, è cresciuta grazie al raddoppio degli ambulatori che sono passati da 2 a 4, ma anche all'attivazione del Day service ovvero della possibilità di eseguire esami "a pacchetto". «I servizi sono cresciuti in molti settori - sottolinea Graziano Di Cianni, direttore della Diabetologia aziendale - penso soprattutto a quelli riservati ai giovani diabetici e ai pazienti con piede diabetico. A Cecina, ma a breve sarà realizzato anche in tutte le altre zone, è stato infatti attivato un ambulatorio apposito dedicato ai minori e ai portatori di microinfusore insulinico che ci permette di prendere in carico da subito i nostri pazienti e traghettarli ai servizi dedicati agli adulti creando, nel tempo, una reciproca conoscenza e fiducia, un rapporto che prima non esisteva e causava le cosiddette fughe».

**Raddoppio degli ambulatori e day service**

Ma oltre alla crescita dal punto di vista quantitativo la

grande novità è nel salto di qualità raggiunto dai servizi che da poche settimane sono in linea tra loro permettendo la condivisione della cartella informatizzata diabetologica e che, nei prossimi giorni, porterà all'attivazione del collegamento della cartella anche con il laboratorio analisi. «La nostra azienda - spiega ancora Di Cianni - diventa così una delle poche realtà a livello nazionale che permette la condivisione dei dati del paziente tra i vari centri, con possibilità di estenderlo anche ai moduli della medicina di iniziativa. Un'altra novità importante è stata l'attivazione dell'ambulatorio del piede diabetico. L'apertura di questo ambulatorio, ha permesso, per la prima volta, di risolvere sul posto un problema di grande rilevanza, evitando così i viaggi in ambulanza verso Pisa e Livorno. Tale impegno ha contribuito agli ottimi risultati segnalati dal Mes e dall'Agenas che vede la nostra Azienda tra i primi posti in Italia per minor numero di amputazioni».

dell'ambulatorio del piede diabetico. L'apertura di questo ambulatorio, ha permesso, per la prima volta, di risolvere sul posto un problema di grande rilevanza, evitando così i viaggi in ambulanza verso Pisa e Livorno. Tale impegno ha contribuito agli ottimi risultati segnalati dal Mes e dall'Agenas che vede la nostra Azienda tra i primi posti in Italia per minor numero di amputazioni».

Pierpaolo Poggianti  
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

PISA

## Pontedera centro internazionale per la chirurgia laparoscopica

La chirurgia di Pontedera è uno dei 4 centri italiani che parteciperà a uno studio internazionale sulla chirurgia laparoscopica con accesso singolo ed è uno dei centri più accreditati che fanno parte di un registro nazionale per questo tipo di interventi. Per questo il 25 e 26 marzo si è svolta la settima edizione del corso di Chirurgia laparoscopica, che è stato visibile on-line, gratuitamente, attraverso una piattaforma internet dedicata. Un'ulteriore novità di questa edizione, rispetto alle sei precedenti, è rappresentata dalla presenza come moderatore di Andrea Valeri, chirurgo fiorentino di rilevanza nazionale e presidente eletto della società italiana di chirurgia laparoscopica, e dall'intervento di Arianna Mencias, dell'Istituto di Biorobotica della Scuola superiore Sant'Anna che ha presentato le esperienze sviluppate nel corso della collaborazione tra la chirurgia pisana e l'Istituto stesso.

**Settimo corso visibile on line gratuitamente**

Il corso, diretto da Giancarlo Basili, in collaborazione con Graziano Biondi, direttore del reparto di chirurgia, ha

previsto - come le altre edizioni - una parte teorica nella quale sono state discusse le principali problematiche connesse con questo approccio, e una sessione pratica nella quale i partecipanti hanno assistito a interventi chirurgici in diretta ed eseguito esercitazioni su simulatori dedicati. Spazio anche alle problematiche anestesiologiche e infermieristiche connesse con questa chirurgia.

La chirurgia laparoscopica con accesso singolo rappresenta un'evoluzione della chirurgia mini-invasiva e nasce dalla spinta all'ulteriore miglioramento dei già ben noti e consolidati vantaggi della chirurgia laparoscopica: migliori risultati estetici, minor dolore post-operatorio e ridotta durata della degenza ospedaliera. La tecnica prevede l'esecuzione di una piccola incisione all'interno della cicatrice ombelicale e si applica ad alcuni interventi chirurgici quali la colecistectomia, l'appendicectomia e la resezione del colon.

Daniela Gianelli  
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

### IN BREVE

**AREZZO**  
Da qualche giorno negli Ospedali San Donato di Arezzo, della Gruccia a Monteverchi e del Casentino a Bibbiena si consegnano alle neo-mamme la nuova valigetta che contiene un cd con ninne nanne, opuscoli, consigli pratici e dépliant informativi per il corretto utilizzo dei servizi. I consigli e le informazioni utili per la corretta gestione del neonato sono stati raccolti grazie al contributo della Fimp (Federazione italiana medici pediatri) toscana. Il contenuto della valigetta è stato tradotto nelle lingue più rappresentate, e il materiale, nei prossimi mesi, sarà scaricabile anche nei siti web delle Asl e della Regione Toscana. Sono in media 2.700 i bambini che ogni anno nascono nella provincia aretina.

**VIAREGGIO**  
Il "Progetto Cuore Viareggio" entra nelle scuole. Continua in Versilia l'attività dell'Associazione Roberto Pardini nata con lo scopo di diffondere l'utilizzo del defibrillatore semi-automatico per combattere la morte cardiaca improvvisa che ogni anno colpisce in Italia circa 70.000 persone e molto spesso in età giovanile. L'obiettivo dell'Associazione è quello di dotare di defibrillatori luoghi di lavoro, centri sportivi, zone della città molto frequentate, scuole cittadine e formare persone abilitate all'utilizzo. L'Associazione è riuscita a dotare più di 35 strutture dei comuni della Versilia, aziende, centri sportivi e le scuole che fanno parte del progetto insieme a un adeguato insegnamento agli alunni del primo soccorso.

**PRATO**  
Per tre mesi due medici, di un gruppo di dieci colleghi provenienti da varie città della Cina, effettueranno attività formativa nelle Unità operative di Cardiologia e Ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Prato. Si tratta della dottoressa Wang Nan e del dottor Gao Wanli. Gli altri medici svolgeranno tirocini al San Giovanni di Dio, all'Annunziata, al Meyer e a Careggi. L'iniziativa è frutto di una collaborazione intrapresa tra Governo centrale di Pechino, ministero della Salute, con l'Azienda sanitaria di Firenze e l'Accordo si inserisce nella School of Policy Health promossa dall'assessorato alla Salute della Regione Toscana in collaborazione con Toscana Promozione grazie a un accordo tra Regione e Confindustria Toscana.

### CALENDARIO



**LUCCA**  
L'Azienda Usl 2 Lucca e le Associazioni "I Ricostruttori" e "Tutto è vita" organizzano un seminario dal titolo "Saper accompagnare: un percorso formativo per il fine vita". La giornata di studio è gratuita per tutti gli operatori della Sanità. Per info: [tuttovita@hotmail.com](mailto:tuttovita@hotmail.com).



**FIRENZE**  
Presso l'Aou Careggi si terrà il convegno "Il carcinoma ovarico: gestione clinica". Si parlerà del ruolo dell'Imaging, della corretta gestione chirurgica della "complex mass" e della gestione dei tumori ovarici non epiteliali e borderline. Per info: 011505900; [toscana@mafservizi.it](mailto:toscana@mafservizi.it)



**FIRENZE/2**  
"Scegliere in Sanità partendo dai bisogni delle persone". Questo il titolo del convegno organizzato Cittadinanza Attiva Toscana Onlus - Tribunale per i diritti del malato che si terrà a Villa Lorenzi. Tra i temi: come ridurre gli sprechi e come ripensare i servizi per la salute. Per info: 346.7202625



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](http://www.regione.toscana.it/cartasanitaria)