

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. 4
anno XVIII del 3-9 febbraio 2015
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Un premio
per tutti
gli operatori

di Valter Giovannini *

La “griglia Lea” per l’anno 2013 è stata certificata dal ministero della Salute e la nostra Regione, “adempiente”, si classifica prima in Italia. Sul podio salgono tutti i professionisti e gli operatori che ogni giorno e ogni notte operano nei nostri territori e ospedali. Il riconoscimento è quello a cui teniamo di più perché conferma, e dimostra, che una sanità pubblica, di qualità, per tutti è possibile; la misura di questo straordinario risultato, 214 punti conseguiti su 225 disponibili, porta sul podio con l’impegno e la capacità di gestione dei nostri operatori, l’attenzione e la continua programmazione propria del sistema sanitario toscano. Un sistema sanitario è l’insieme dei suoi cittadini, delle loro associazioni, dei suoi operatori, della sua capacità di ascolto e programmazione.

La certificazione dell’adempimento avviene attraverso un definito set di indicatori ripartiti tra le attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l’assistenza territoriale e ospedaliera, raccolti nella cosiddetta Griglia Lea, che consente di conoscere e valutare, nell’insieme, il soddisfacimento dei bisogni di assistenza programmati dalla Conferenza Stato-Regioni. Un sistema di valutazione che attribuisce a ogni indicatore un peso di riferimento e assegna, a ciascuna Regione, un punteggio pari al risultato conseguito rispetto a uno standard nazionale condiviso.

CONTINUA A PAG. 2

MONITORAGGI Nel 2013 prima in Italia con 214 punti (+46 rispetto al 2011)

Griglia Lea, Toscana al top

Tra i punti critici: fine vita, cure intermedie e assistenza domiciliare

Lo scorso dicembre il ministero della Salute ha completato l’iter di valutazione delle Regioni non in piano di rientro, per gli adempimenti Lea 2013. Con la cosiddetta griglia Lea si è valutato il mantenimento dell’erogazione delle prestazioni a carico del servizio sanitario, anche alla luce del suo inserimento tra i parametri per la definizione dei costi standard.

La griglia è formata da un set di indicatori rappresentativi dei diversi ambiti sanitari: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Ogni indicatore viene pesato e misurato in base ai valori “soglia” previsti nel sistema di misurazione, dando luogo a un punteggio finale che va da -25 a 225, in base al quale viene stilata la graduatoria delle Regioni. Dopo un sesto posto dell’anno 2011 con punteggio pari a 168, e il secondo posto dell’anno 2012 con punteggio pari a 193, l’anno 2013 ha posto la Toscana sul gradino più alto con un punteggio che nessuna Regione aveva mai raggiunto prima: 214 con un incremento di ben 46 punti rispetto all’anno 2011. Analizzando nel dettaglio gli indicatori, anche in riferimento ai risultati 2012, una prima evidenza è che nessun indicatore peggiora rispetto alla precedente valutazione.

Anche per la prevenzione, area in cui si registrano le maggiori criticità, si evidenzia un miglioramento rispetto al 2012: la percentuale di bambini vaccinati per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib, supera il 95% in tutte le aziende sanitarie (nel 2012 alcune aziende si attestavano sotto questa soglia); aumenta, seppur lievemente, Copertura per vaccinazione antinfluenzale negli anziani; rimane critica la Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose contro morbillo, parotite, rosolia (Mpr) che si attesta al 90,1% contro un valore soglia pari a 95%.

Sull’assistenza distrettuale l’unico indicatore che non raggiunge il punteggio massimo è la percentuale di anziani 65 anni trattati in Adi, che tuttavia rispetto al 2012 fa registrare un grande balzo in avanti e se nel 2012 era stato

rio regionale sono ancora da raggiungere.

Questo per i tempi d’attesa, per i costi standard e per l’accesso al Servizio sanitario regionale. La classifica Lea, infatti, opera una media a livello regionale, dove però coesistono alti e bassi.

Analizzando gli indicatori Mes 2013 relativi proprio ai

CONTINUA A PAG. 2

LA GRIGLIA LEA 2013				
Livello di assistenza		Definizione	Punteggi di valutazione	
			2013	2012
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale bambini (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	tutte >= 95%	tutte >= 93%
		1.2 Copertura vaccinale bambini (Mpr)	90,1%	91,1%
		1.3 Copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano	60,2%	58,9%
2	Prevenzione	% screening di primo livello, per cervice uterina, mammella, colon retto	score = 13	13
3	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	89,67	89,26
4	Prevenzione luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	9,56%	9,71%
5	Prevenzione	5.1 % allevamenti controllati per Tbc bovina e trend della prevalenza	100% controlli e 0% prevalenza	99,95%
		5.2 % allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina	100% controlli e 0% prevalenza	99,97%
		5.3 % aziende ovicaprine controllate	100%	100%
6	Prevenzione	6.1 Controllo contaminanti negli alimenti di origine animale	156,90%	100%
		6.2 Controlli sanitari svolti negli esercizi di commercializzazione e somministrazione alimenti	74,0	47,6%
		6.3 Controllo contaminanti negli alimenti di origine vegetale	3 cat. >=90%, 1 >80% e 1 pari al 67%	Non presente
7	Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario	432,69	445,99
8	Distrettuale domiciliare anziani	Percentuale di anziani >=65 anni trattati in Adi	1,59%	2,00%
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	14,66	12,31
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	13,42	13,98
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,54	0,54
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,31	0,3
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,66	0,67
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,64	0,6
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,18	0,85
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in Ddd - Dosi definite die) dei farmaci appartenenti al Pht	98,9%	98,2%
13	Distrettuale specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	5,99	6,01
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	11,65	11,61
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	131,52	137,38
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	4,15	4,77
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	74,48	80,39
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con Drg chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	44,3%	43,7%
17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a Drg ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a Drg non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	0,18	0,24
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	19,94%	18,9%
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	66,5%	64,7%
20	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	15	14
Leggenda		Punteggio massimo	Seconda fascia	Terza fascia
				Quarta fascia

valutato critico (punteggio pari a 0) per il 2013 si pone nella fascia immediatamente sotto quella massima. L’indicatore Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) che nel 2012 si era attestato a 0,85 per il 2013 raggiunge il valore 1,18, salendo nella fascia massima di valutazione. Per quel che riguarda l’assistenza ospedaliera la Toscana si conferma al vertice degli standard, per tutti gli indicatori non solo viene centrato il risultato migliore, a conferma dei risultati del 2012, ma sugli indicatori più significativi si registrano miglioramenti rilevanti.

Il Rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza e non a rischio di inappropriatazza, indicatore con maggior peso, continua a scendere e se per il 2012 si era posizionato a 0,24 contro una soglia massima prevista inferiore a 0,30, per il 2013 il valore si attesta a 0,18. Aumenta anche la percentuale di Drg chirurgici ordinari sul totale dei ricoveri ordinari, si conferma la percentuale fra le più basse d’Italia dei parti cesarei, e relativamente all’emergenza in media intercorrono 15 minuti dalla chiamata all’arrivo del mezzo di soccorso. Un quadro di assoluto valore, che impegna a migliorare ancora; i numeri parlano, insegnano, ammoniscono; il tema vaccinazioni, il fine vita, le cure intermedie, il domicilio come luogo privilegiato, e nuova dimensione delle cure territoriali sono le frontiere del progetto toscano per il prossimo anno. Il tavolo Lea è il tavolo nazionale di confronto tra esperienze regionali diverse e differenti capacità di risposta; nelle diverse aree altre Regioni possono insegnare nuovi approcci alle modalità di cura; questo lo spirito che ha portato la Toscana al primo posto.

Andrea Leto
Carla Rizzuti

coordinatore Area sanità e
Responsabile monitoraggio e
controllo direzionale - Diritti di
Cittadinanza e Coesione sociale della
Regione Toscana

ALL'INTERNO

Promosso
il Ps di Pistoia

A PAG. 3

Nuovo slancio
alla biostatistica

A PAG. 4-5

Case popolari:
riforma ad hoc

A PAG. 6

Capolavoro d’insieme ma con alti e bassi

di Gian Luca Lazzeri *

Toscana al top nei livelli Lea di assistenza sanitaria: solo luci e nessuna ombra? Vediamo. A chi parla di un’opera d’arte, noi suggeriamo che si tratta di un quadro puntinista. Da lontano un capolavoro compatto di forme e colori, da vicino si scoprono spazi bianchi e imperfezioni.

Parafrasando: autentici livelli di omogeneità nel territo-

COMPLEMENTARI | I trattamenti si effettuano in 49 ambulatori presenti in tutte le Asl



Agopuntura: le linee guida

L'obiettivo è condividere il metodo per garantire cure appropriate

In Regione Toscana agopuntura e medicina tradizionale cinese sono inserite da anni nei Livelli di assistenza integrativi regionali e sono offerte ai cittadini toscani in 49 ambulatori pubblici presenti in tutte le aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere-universitarie. È dunque fondamentale che gli operatori sanitari, e in generale tutti gli attori del sistema salute, ne conoscano indicazioni, prove di efficacia e ambito di applicazione.

A tal proposito, nel dicembre 2014, il Consiglio sanitario regionale ha approvato un importante documento che contiene le linee di indirizzo per l'impiego dell'agopuntura e della Mtc nel Servizio sanitario regionale toscano, dal titolo "Agopuntura e medicina tradizionale cinese nel Servizio sanitario regionale toscano: linee di indirizzo per le aziende sanitarie". Frutto della collabo-

razione di diversi soggetti, con il coordinamento del professor Gensini, questo documento segna una tappa significativa e consolida, portandola a un livello più alto, l'integrazione delle medicine complementari nelle risorse per la salute destinate ai cittadini toscani.

La pubblicazione contiene una panoramica degli ambiti clinici e delle patologie in cui le metodiche della Mtc possono offrire un contributo efficace, sicuro, generalmente privo di effetti collaterali o interazioni con la terapia ufficiale, contribuendo a migliorare salute e qualità della vita. Un intervento modulato nell'ottica del benessere complessivo delle persone e realizzato nel solco dell'appropriatezza terapeutica, all'insegna di una sempre più stretta collaborazione fra le diverse branche della medicina.

Il documento presenta dunque i possibili campi di appli-

cazione dell'agopuntura e della Mtc, sulla base delle prove di efficacia riscontrate nella letteratura internazionale.

Per valutare i lavori di ricerca pubblicati nella letteratura internazionale e assegnare i livelli di efficacia e la forza delle raccomandazioni dei trattamenti di agopuntura e Mtc, gli autori del documento hanno utilizzato il sistema di grading della Society for integrative oncology (Deng et al. 2009). Se presente in letteratura, è stato perciò riportato il giudizio espresso dalla Sio o da altre rilevanti fonti scientifiche; in assenza di questo grading, il livello di efficacia è stato assegnato dagli autori, facendo riferimento ai criteri della Sio. Nel documento sono riportati gli studi pubblicati sulle banche dati PubMed, Google Scholar e Ebsco dal gennaio 2004 al 31 agosto 2014.

Sulla base degli studi e delle ricerche pubblicate in letteratura, la conclusione è che questa terapia, da sola o in associazione ai trattamenti convenzionali, è efficace in diverse condizioni cliniche. Sono numerose,

a esempio, le prove di efficacia nella cura del dolore (grading 1A, forte raccomandazione, evidenza di qualità alta) e in particolare, come affermano numerose Linee guida, nel dolore lombare, in cui sono efficaci anche il massaggio, la coppettazione e l'auricoloterapia (tecniche di Mtc); nel dolore cervicale, trattato con efficacia anche dal massaggio; nel dolore del ginocchio; nel dolore oncologico, ma anche nella cefalea idiopatica, emicranica e di tipo tensivo.

Il grading 1A, il più alto, è stato assegnato anche al trattamento del dolore nel travaglio e nel parto delle gravidanze a basso rischio. Secondo quanto affermano alcune review della Cochrane, la Mtc è efficace in altre patologie della donna quali la dismenorrea e il dolore lombare in gravidanza, anche se queste condizioni cliniche non sono state analizzate per esteso nelle linee di indirizzo. Tutti i ricercatori, inoltre, concordano sull'efficacia dell'agopuntura e della digitopressione (grading 1A) nella nausea e nel vomito post-operatorio, post

chemio- e radioterapia.

Il grading 1B (raccomandazione forte, evidenza di qualità moderata) è stato assegnato al trattamento del dolore della spalla, dell'epicondilita, del dolore dell'anca, del dolore post-operatorio, della nausea e del vomito in gravidanza, della xerostomia (soprattutto nei tumori del collo), dell'infertilità femminile, dell'ansia e depressione lievi o moderate, dello stroke, delle vampate iatrogene e nella menopausa fisiologica.

Le proposte operative del documento indicano che nelle patologie con un grading 1A e 1B è opportuno che le aziende sanitarie offrano prestazioni di agopuntura e medicina cinese nei trattamenti terapeutici correnti del Sistema sanitario regionale, poiché sono efficaci, sicure, economicamente sostenibili e con elevata compliance e concordance del paziente.

Nelle patologie con grading

2B o 2C è invece fondamentale sviluppare progetti di ricerca di qualità, per comprendere il reale apporto dell'agopuntura al miglioramento della salute delle persone.

Con queste linee di indirizzo si intende perciò fornire al personale del Ssr, e a chi si occupa della programmazione delle sue attività, informazioni esaurienti e scientificamente provate sui benefici che derivano dal trattamento con l'agopuntura e la Mtc.

Sono un passaggio importante per garantire l'appropriatezza delle prestazioni, basandosi su effetti collaterali e una contestuale riduzione delle risorse, oltre che per consentire una scelta consapevole e informata del paziente e costruire una reale integrazione con la medicina ufficiale.

Rete toscana di medicina integrata

Medicina cinese presente nei Lea integrativi

Terapie efficaci e sostenibili economicamente

STRATEGIA DI INFORMAZIONE CON LE ASSOCIAZIONI CONSUMATORI

Carta sanitaria elettronica: parte la campagna informativa

Le associazioni dei consumatori danno una mano alla Regione per informare i cittadini sulle funzioni della Carta sanitaria elettronica e divulgarne l'uso. Questo è il senso di un accordo di collaborazione siglato tra Regione Toscana e Federconsumatori, Adiconsum e Adoc, che fanno parte del Forum regionale per l'esercizio del diritto alla salute, un organismo costituito nel 2001, che riunisce associazioni operanti nel campo della tutela dei diritti degli utenti del servizio sanitario. La carta sanitaria elettronica è uno strumento importante e innovativo, è quindi necessario far conoscere le diverse possibilità che offre per accedere ai servizi sanitari e della pubblica amministrazione. Se da una parte occorre garantire la facilità di accesso a questi servizi rendendoli fruibili attraverso molteplici canali (Pc, totem PuntoSi, App), dall'altra l'impegno è quello di avvicinarsi ai cittadini che hanno meno dimestichezza con gli strumenti informatici. Forti della loro presenza capillare in tutta la Toscana, le associazioni si sono messe a

disposizione della Regione, con iniziative specifiche e diversificate. Il progetto, che attraverso i 110 sportelli delle associazioni, vedrà attivi circa 400 volontari, è destinato in modo particolare a quei cittadini che mostrano maggiori difficoltà nell'accesso agli strumenti informatici (anziani, immigrati). Le associazioni non si limiteranno alla distribuzione del materiale informativo, ma andranno a sollecitare i cittadini ad attivare la tessera, sottolineandone utilità e potenzialità, e superando i dubbi e le difficoltà che spesso alcuni, in particolare anziani, manifestano.

Le associazioni intendono promuovere un modello di comunità solidale, dove cittadini esperti e consapevoli possono dare un contributo attivo per aiutare altri cittadini, soprattutto quelli più in difficoltà, a usare al meglio la carta sanitaria elettronica ed essere così protagonisti e non solo destinatari di questo ambizioso progetto della Regione Toscana.

La collaborazione di Federconsumatori, Adiconsum e Adoc si svilupperà con diverse inizia-

tive nel 2015 in tutto il territorio regionale. Si è già tenuta una giornata di formazione per un gruppo selezionato di operatori che faranno da riferimento per tutti gli "sportellisti" volontari e coordineranno le attività. Verrà poi avviata una campagna informativa con distribuzione di materiale divulgativo. E verranno organizzate specifiche iniziative divulgative in alcuni centri commerciali in tutte le Province. Nell'occasione, verranno allestiti punti di abilitazione della carta gestiti da personale delle Asl. Saranno inoltre offerte occasioni di approfondimento e formazione per accrescere la consapevolezza delle opportunità e potenzialità del fascicolo sanitario personale, e anche per dare le nozioni informatiche di base per come accedervi e leggere i dati in esso contenuti.

Il progetto della Carta sanitaria elettronica è partito nel 2010. A dicembre del 2014, il 50% dei cittadini toscani l'aveva attivata, l'obiettivo è quello di raggiungere l'80% della popolazione entro la fine del 2015. Grazie all'uso della carta

sanitaria elettronica e al relativo Pin consegnato al momento dell'attivazione, i cittadini possono usufruire di una serie di servizi. Per citarne solo alcuni tra i più significativi: consultare i propri referti di laboratorio e di radiologia; attivare il proprio fascicolo sanitario elettronico e controllare le proprie vaccinazioni, i ricoveri, gli accessi al pronto soccorso, i farmaci e le eventuali esenzioni per patologia; stampare l'attestato della fascia economica per il pagamento del ticket; fare l'autocertificazione.

La Cse permette anche di accedere a servizi on line di altre pubbliche amministrazioni (es. Fascicolo Inps, processi civili, sportello unico attività produttive).

Roberta Bottai
P.o. Promozione processi di partecipazione e tutela
Direzione generale
Diritti di Cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

punti di forza dei Lea toscani emerge, a esempio, che i tassi di ospedalizzazione nelle Asl 3, 4, 11, sono ancora sotto gli standard regionali. Lo stesso vale per la percentuale di fratture al femore operate entro 2 giorni: qui ben otto fra Asl e Aou risultano sotto soglia. Ma è sui tempi d'attesa che si gioca la sfida più grande, affrontabile solo in una logica di Area vasta. Infatti, sempre in base ai dati Mes 2013, si osserva che il limite stabilito di 30 giorni di attesa per le prime visite diagnostiche, viene ancora sforato nelle aziende sanitarie di Empoli, Livorno, Viareggio e Massa. Per non parlare della situazione drammatica della diagnostica per immagini che riguarda l'Asl di Firenze. Sono solo alcuni esempi che però evi-

denziano come la frastagliata geografia delle molte Asl toscane, con i loro interessi contrapposti e con i tanti campanili, abbia generato politiche incapaci di superare le disuguaglianze.

Ma proprio su questo fronte la presente legislatura ha dimostrato che vi sono gli anticorpi necessari. Un primo passo: la creazione dell'Estav, l'ente di supporto tecnico e amministrativo regionale, nato dall'accorpamento dei tre Estav. Finalmente avremo costi e procedure veramente standard.

Questo sia per l'acquisto di beni e di servizi, nella gestione della logistica e delle procedure concorsuali per il personale. Così la cabina di regia, da poco operativa presso l'assessorato per la gestione del patrimonio

immobiliare. A fronte del fallimento delle politiche sanitarie di Area vasta, il presidente Rossi ha annunciato il piano di accorpamento delle Asl, tradotto nella proposta di legge regionale 77 del 2014, oggi alla valutazione della commissione Sanità. Una grande occasione che non può essere banalizzata in un mero intervento di natura economica. Certo, esiste il concreto rischio che le mentalità corporative del "cambiare tutto per non cambiare nulla" inquinino tale progetto. Evitarlo rappresenta la sfida di fine mandato dell'attuale Consiglio regionale e del Consiglio che uscirà dalle urne a maggio del 2015.

* consigliere regionale
membro della IV commissione Sanità

Un premio per... (segue dalla prima pagina)

Non si tratta di un risultato contingente o casuale, proseguiamo nella crescita; eravamo secondi con 193 punti nella valutazione Lea 2012. La natura strutturale e la solidità del risultato toscano sono continuamente confermate da altri studi valutativi; oltre al Rapporto Sdo 2013, a oggi, è disponibile anche il Rapporto relativo all'attività del 1° semestre 2014, contestualmente presentato da parte del ministero della Salute, e propone ancora la Toscana alle altre Regioni come riferimento per efficienza operativa, complessità della casistica trattata, attrattività e mobilità del bisogno di ricovero ospedaliero.

Il Programma nazionale Esiti 2013, a sua volta, conferma come nel setting ospedaliero, pro-

cessi, e attività, ben organizzati correlano con la qualità dei risultati: gli outcome 2013 delle cure ospedaliere toscane sono tra i migliori di Italia. Avere assicurato i livelli essenziali di assistenza a tutti i toscani compatibilmente con le risorse finanziarie assegnate negli anni, 2012-2013, nei quali per la prima volta dalla riforma del Ssn, si registra una riduzione assoluta delle risorse disponibili, ripropone, e conferma, la nostra Regione nell'ambito, che da sempre gli appartiene, delle Regioni di riferimento per qualità di governo ed efficienza gestionale.

* direttore generale
Dg Diritti di cittadinanza
e coesione sociale
della Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Giudizio positivo nel sondaggio del pronto soccorso del San Jacopo

Promosso il team di Pistoia



Per i pazienti accettazione rapida e terapia efficace contro il dolore

Qual è il suo giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta al pronto soccorso? Quanto tempo ha atteso prima di essere visitato dal medico? Qual è la sua valutazione sul modo con cui il personale ha gestito il suo dolore? A queste e ad altre domande hanno risposto i pazienti che si sono recati nel pronto soccorso dell'Ospedale San Jacopo di Pistoia tra l'8 e il 28 settembre 2014.

L'indagine di soddisfazione, condotta nel pronto soccorso dei nuovi ospedali (Prato, Pistoia e Lucca) della Toscana in raffronto con gli altri, è stata realizzata dal Mes, il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Obiettivo della rilevazione era conoscere le opinioni dei pazienti rispetto al funzionamento del pronto soccorso dei nuovi ospedali; in quello del San Jacopo di Pistoia, nella precedente rilevazione erano emerse alcune criticità mentre ora, le percentuali in molti ambiti, sono addirittura tra le più alte della Regione.

Per quanto riguarda la valutazione sulla qualità dell'assistenza ricevuta (94% rispetto alla media regionale 90,6%), il tempo di attesa prima di essere visitato dal medico (69,8% rispetto media regionale 68,5%) e il giudizio sulla cortesia del personale infermieristico (95% rispetto alla media regionale del 92%) le percentuali sono tra le più alte di tutta la Toscana.

Per l'81% dei pazienti è tra ottima e sufficiente anche la valutazione sul modo con cui il personale del pronto soccorso ha controllato e gestito il dolore e anche per questo particolare aspetto il pronto soccorso del San Jacopo è ai vertici regionali (77,4% la media Toscana).

È stato poi giudicata positiva (92,8%) anche la capacità di lavorare "in squadra" dimostrata dal personale medico e infermieristico (90,5% la media regionale). Alla domanda "in caso di bisogno si rivolgerebbe ancora a questo pronto soccorso?" il 91% ha risposto affermativamente: il 45% perché si è trovato bene e il 47% perché era vicino al luogo di residenza. Il 91% ha anche dichiarato di essere rimasto soddisfatto sulla chiarezza delle informazioni ricevute dai medici che sono per il 92% dei pazienti cortesi (media regionale 93%).

«In questa nuova indagine - ha detto il direttore del pronto soccorso e medicina di urgenza, Andrea Cai - vengono dati giudizi positivi, in alcuni casi addirittura lusinghieri, che gratificano il lavoro svolto da tutto il personale, medici, infermieri, operatori sociosanitari: per la prima volta i pazienti hanno valorizzato molti aspetti che sono frutto di un costante impegno, come l'assistenza complessiva, ma anche particolari come la cura del dolore e la relazione dove ci siamo impegnati di più. È stato apprezzato anche il comfort e sicuramente hanno inciso sul giudizio le innovazioni, come l'introduzione della cartella clinica informatizzata, per migliorare il percorso in urgenza. Sono contento di questo risultato - ha aggiunto il medico - che ci



Accoglienza e parto in acqua: 2.052 nuovi nati

Sono 2.052 (al 30/12/2014) i bambini che sono venuti alla luce nei punti nascita della Azienda sanitaria di Pistoia nel corso del 2014. Nel 2013 erano stati 1.976 (1.052 a Pistoia e 924 a Pescia). «È l'anno con il maggior numero di parti - ha commentato il nuovo direttore della Unità operativa di ostetricia e ginecologia, Pasquale Florio - un incremento significativo sembrerebbe anche rispetto alla media regionale». Le donne sono dunque ritornate a fare figli e a preferire le maternità degli ospedali di Pescia e Pistoia per partorire. Notevole l'aumento del punto nascita del San Jacopo con 1.173 nati di cui 586 maschi e 587 femmine (sul totale delle nascite 241 bambini stranieri). Sono invece 876 i bambini nati a Pescia di cui 465 maschi e 414 femmine (sul totale 265 sono stranieri). L'exploit del punto nascita di Pistoia secondo Pasquale Florio è imputabile alla struttura, che è sicuramente ricettiva e offre interessanti opportunità alla coppia, a partire dalla possibilità di partorire in maniera fisiologica, alla assistenza al parto naturale, al parto in acqua, che altre strutture non hanno, alla preparazione del personale sanitario - ostetriche e ginecologi, infermiere -, e soprattutto al valore che viene dato dal personale alla «accoglienza». Tramite il sistema della «Reception di Linea», per esempio, il tempo di attesa, da quando la donna arriva in reparto alla sua «presa in carico» (quindi visita ostetrica, tracciato cardiografico, ospedalizzazione), è ridottissimo. «Tutti aspetti - commenta il neo direttore - che non ho riscontrato in altre realtà, neanche fuori dalla Toscana e aggiungo che comunque le stesse garanzie di opportunità di tutela della salute della madre e del figlio e di pronto intervento nelle condizioni vengono assicurate anche all'ospedale di Pescia dove il personale è altrettanto preparato come a Pistoia».

Per ciò che riguarda i bambini stranieri nati a Pescia vengono registrati 72 albanesi, 50 romeni, 29 marocchini e poi a seguire, con numeri minori, Polonia, Nigeria, Tunisia, Cina, Algeria e Santo Domingo. I nati stranieri a Pistoia invece, in ordine, 116 albanesi, 31 marocchini, 27 romeni, 8 cinesi e 8 nigeriani.

stimola e ci incoraggia a migliorare ulteriormente un servizio così delicato e sentito dalla popolazione».

Il questionario si componeva di 40 domande e prendeva in considerazione diversi aspetti legati all'esperienza del paziente nel pronto soccorso del San Jacopo: dal momento dell'accesso fino alla dimissione, quali i tempi di attesa, la cortesia e la professionalità del personale, l'umanizzazione e la relazione. Sono stati intervistati 296 pazienti (con una copertura del 103,3%) attraverso un questionario spedito per

posta a casa, da restituire tramite busta preaffrancata. Si poteva rispondere anche per telefono chiamando un numero dedicato.

I pazienti sono stati estratti tra coloro che si sono recati al pronto soccorso nel periodo indicato dall'indagine e dovevano essere maggiorenni. I dati sono stati trattati nel più assoluto rispetto della privacy.

a cura di
Daniela Ponticelli
ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

CROCE ROSSA ITALIANA

Sangue, riapre il centro

Ha riaperto il Centro raccolta sangue della Asl 3 di Pistoia nel Comune Di Quarrata, nella sede della Croce rossa italiana, completamente rinnovato e ampliato dopo i lavori di adeguamento e ristrutturazione.

È uno dei centri provinciali più importanti. «Da solo garantisce quasi il 40% di tutta la raccolta dell'azienda sanitaria e durante la chiusura per i lavori i donatori non hanno fatto mancare il loro contributo per assicurare gli interventi chirurgici e per partecipare alla raccolta della Azienda sanitaria pistoiese che anche quest'anno ha garantito verso gli altri ospedali oltre 4.000 unità», ha fatto notare Valentina Molese, responsabile del centro regionale sangue che si è complimentata per gli interventi che hanno reso gli ambienti più funzionali all'attività che deve svolgere.

La Cri, ha spiegato il suo Presidente Marco Grassini, ha quasi triplicato gli spazi rispetto al passato con gli attuali complessivi 180 metri quadrati dove l'attività si articola in maniera più funzionale: sono stati realizzati l'accoglienza e l'accettazione, un ambulatorio per le visite mediche, la sala per i prelievi e le donazioni esposta alla luce naturale dove il comfort è migliorato e le poltrone sono passate da tre alle attuali quattro grazie a una donazione da parte dell'Ail (Associazione italiana leucemie); è inoltre presente una stanza tecnica per il personale sanitario.

Per il direttore generale dell'Asl 3 di Pistoia Roberto Abati la riapertura del Centro rappresentava un impegno e la sua temporanea chiusura è stata necessaria per conseguire i necessari accreditamenti istituzionali. «Ora che tutti gli standard, dalla sicurezza alla funzionalità - ha detto Abati - sono stati pienamente raggiunti siamo soddisfatti nel vedere che il nostro percorso è stato pienamente condiviso e che all'interno del Centro operano in sinergia più enti e associazioni per un comune e importante obiettivo».

Il Centro, pur essendo un'articolazione organizzativa della struttura trasfusionale di Pistoia, diretta dalla dottoressa Daniela Rafanelli, è da sempre gestito in collaborazione con l'Avis di Quarrata, di cui è responsabile Franco Burchietti che era presente insieme ai responsabili regionali Luciano Franchi, provinciale Paolo Fabbri e a quello pistoiese Igli Zannerini, in rappresentanza dei volontari che provvedono alla chiamata dei donatori e al loro reclutamento.

E il ringraziamento del Sindaco Marco Mazzanti è andato in primo luogo proprio a coloro che compiono con la donazione del sangue un grande gesto di solidarietà e generosità. «Pertanto era doveroso - ha detto il Sindaco - consentire a quei cittadini che desiderano mettersi al servizio degli altri di avere strutture e strumenti a disposizione per farlo, sono quindi molto contento di offrire a chi dona l'opportunità di farlo nella propria città».

Le donazioni nei
locali rinnovati del
comune di Quarrata

L'83% DELLE DONNE INTERPELLATE HA ADERITO ALLA MAMMOGRAFIA

Alta partecipazione agli screening oncologici gratuiti

Resta alta la partecipazione dei pistoiesi agli screening oncologici offerti gratuitamente dall'azienda sanitaria. I dati certificati e relativi al 2013 dimostrano una ormai diffusa consapevolezza nell'importanza di aderire a semplici e innocui esami, per prevenire tumori come quello al seno, al collo dell'utero e al colon retto.

In particolare per gli screening mammografico e della cervice non solo è stato raggiunto l'obiettivo previsto per l'anno, ma sono stati anche anticipati gli inviti per il 2014.

Anche in tempi di forte contrazione delle risorse assegnate

alla sanità in ambito nazionale e, conseguentemente, regionale e locale, la Asl 3 ha scelto di continuare a investire nella prevenzione delle malattie oncologiche con un riscontro molto positivo da parte della popolazione interessata.

Nel 2013 hanno ricevuto a casa da parte della Azienda sanitaria pistoiese la lettera di invito a partecipare allo screening mammografico 19.425 donne, d'età compresa tra i 50 e i 69 anni; a effettuare la mammografia nei centri della Asl di Pistoia sono state 14.933 donne, pari all'83% delle invitate, ben 10

punti al di sopra della media regionale.

Per quanto riguarda invece lo screening per la prevenzione del tumore al collo dell'utero sono state invitate a partecipare 26.678 donne d'età compresa tra i 34 e i 64. I pap-test effettuati nelle strutture consultoriali sono stati 12.402 con un'adesione del 54,4%, sostanzialmente in linea con la media regionale e con la risposta degli anni precedenti.

Questi buoni risultati sono legati anche al forte radicamento che i programmi di screening hanno nella provincia pistoiese,

essendo stati avviati da oltre 15 anni, tra i primissimi in Toscana. Rilevante il contributo alla loro promozione e diffusione fornito dalle associazioni del Volontariato locale (principalmente Asvalt, Voglia di Vivere, Lega italiana contro i tumori) molto attive e presenti sul territorio nell'informare e sostenere le donne.

Nello screening per la prevenzione del tumore al seno sono state inviate a intervento chirurgico 56 donne, in quello cervicale le lesioni per le quali si è consigliato l'intervento sono state 70, di quest'ultime 3 erano

veri e propri tumori e 67 lesioni pre-cancerose.

Lo screening colon rettale ha registrato un'adesione all'invito pari al 52,5% a fronte di una media regionale di 50,2%. Questo screening si rivolge sia agli uomini che alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, che ricevono a casa l'invito a effettuare il test (la ricerca del sangue occulto - non visibile - nelle feci).

È forse la particolarità dell'esame che sta facendo registrare una bassa adesione e la Regione Toscana sta predisponendo iniziative per migliorare la

risposta dei cittadini, in considerazione del fatto che i tumori dell'intestino si sviluppano molto lentamente, a partire da piccole formazioni benigne chiamate polipi che possono iniziare a sanguinare diversi anni prima dalla comparsa di altri disturbi: il sangue non è visibile a occhio nudo ma può essere rilevato solo con l'esame delle feci.

A livello locale l'Azienda sanitaria pistoiese rinnova l'impegno a incrementare sensibilmente il numero di inviti per raggiungere anche nello screening colonrettale i livelli di qualità conseguiti e consolidati negli altri due screening.

DOCUMENTI

Via libera al progetto per il 2014-16 e al relativo riparto delle risorse pari a 20mila euro per ciascun anno

Lo «studio longitudinale» riprende slancio

Previsto il cofinanziamento da parte di Firenze, Livorno e Prato – Il piano affidato all’unità di Biostatistica

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera con la quale il Consiglio ha approvato il Progetto «Studio Longitudinale Toscano (SITo) 2014-2016» e il relativo piano di finanziamento che prevede stanziamenti complessivi per 60mila euro.

LA GIUNTA REGIONALE

...(omissis)...

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il Progetto “Studio Longitudinale Toscano (SITo) 2014-2016” e il relativo piano di finanziamento, di cui all’allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, pervenuto da Ispo Uo di Biostatistica;

2. di attribuire la responsabilità e il coordinamento del Progetto SITo 2014-2016 a Ispo Uo di Biostatistica;

3. di aggiornare, a seguito delle modifiche organizzative intercorse nei diversi enti coinvolti nello studio, la composizione della commissione tecnico-scientifica istituita con Dgrt 12084/93, già adeguata con decreto dirigenziale n. 6766 del 29/12/08, come di seguito specificato:

- il direttore dell’Uo di Biostatistica, Ispo, con il ruolo di coordinamento;
- il direttore generale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- il dirigente dell’Area di coordinamento Sistema sanitario regionale;
- il dirigente del settore “Sistema informativo e tecnologie informatiche” della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- il direttore generale dell’Agenzia regionale di Sanità;
- il direttore generale di Ispo.

4. di precisare che la commissione

ne, potrà avvalersi delle competenze professionali necessarie, anche facenti capo ai seguenti enti:

- ministero della Salute;
- Consiglio Superiore di Sanità;
- Istat;
- Istituto nazionale Migrazioni e Povertà;
- Università degli Studi di Firenze;
- Università degli Studi di Pisa;
- Fondazione Toscana Gabriele Monasterio;
- Cnr, Area della ricerca di Pisa;
- Irpet;
- Asl To3, Laboratorio di Epidemiologia;

5. di precisare che dalla partecipazione alla commissione tecnico-scientifica non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale;

6. di assegnare a Ispo Uo di Biostatistica, la somma di €60.000,00 per il triennio 2014-2016, valutata congrua per lo svolgimento delle attività previste nell’allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, secondo le seguenti modalità:

- € 20.000,00 per l’annualità 2014, da prenotarsi sul capitolo 24187 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2014;
- € 20.000,00 per l’annualità 2015, da prenotarsi sul capitolo 24187 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2014/2016;
- € 20.000,00 per l’annualità 2016, da prenotarsi sul capitolo 24187 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2014/2016;

7. di stabilire che Ispo Uo di Biostatistica dovrà presentare un Piano delle attività per il triennio 2014-2016, attraverso le quali intende dare attuazione al Progetto SITo;

8. di assegnare ai Comuni di Firenze, Livorno e Prato, che partecipano allo studio, un cofinanziamento di €5.000,00 per ciascun Comune, per un totale di €15.000,00 da prenotarsi sul capitolo 24187 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2014, per lo svolgimento delle attività previste all’interno dello SITo 2014-2016, come specificate nell’allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

9. di precisare che le risorse di cui ai precedenti capoversi saranno impegnate e liquidate annualmente secondo le seguenti modalità:

- per l’annualità 2014,
- € 20.000,00 a Ispo Uo di Biostatistica;
- € 5.000,00 al Comune di Firenze;
- € 5.000,00 al Comune di Prato;
- € 5.000,00 al Comune di Livorno;

a seguito di presentazione del Piano delle attività per il triennio 2014-2016, da parte di Ispo Uo di Biostatistica, responsabile del Progetto SITo;

- per l’annualità 2015, € 20.000,00 a Ispo Uo di Biostatistica a seguito di presentazione di relazione sull’attività svolta, da parte di Ispo Uo di Biostatistica;

- per l’annualità 2016, € 20.000,00 a Ispo Uo di Biostatistica a seguito di presentazione di relazione sull’attività svolta e rendicontazione delle spese sostenute nel triennio, da parte di Ispo Uo di Biostatistica;

10. di vincolare i Comuni di Firenze, Prato e Livorno a rendicontare le spese sostenute per lo svolgimento delle attività nel triennio 2014-2016;

11. di dare mandato alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale all’assunzione degli atti conseguenti all’attuazione della presente delibera, compresa l’approvazione del Piano delle attività per il triennio 2014-2016, la costituzione della commissione tecnico-scientifica e ogni suo successivo aggiornamento e la nomina dei responsabili esterni del trattamento dei dati

ALLEGATO A

Studio longitudinale toscano-SITo 2014-2016

Ispo-Uo di Biostatistica

Premessa

Il tema delle disuguaglianze sociali nella salute rappresenta una delle sfide maggiori che ci troviamo ad affrontare. Superata da molto tempo ormai la condizione di povertà del bilancio pluriennale 2014/2016, in senso assoluto, la nostra società si confronta con il persistere delle disuguaglianze e, dagli anni Novanta del secolo scorso, con il loro paradossale aumento.

La Regione Toscana da molti anni ha inteso monitorare questo fenomeno per mezzo dello Studio longitudinale toscano, realizzato dalla Regione (Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale e Ufficio regionale di statistica) con i Comuni di Firenze, Livorno e Prato e con la collaborazione dell’Ispo, dell’Università di Firenze e dell’Azienda sanitaria fiorentina.

Il progetto è stato avviato in via sperimentale a seguito della delibera Gr n. 12084 del 27/12/93, con l’obiettivo di studiare le disuguaglianze nelle condizioni di salute dei cittadini toscani determinate da differenze socio-economiche e professionali, aderendo al progetto nazionale RESO[®] (Rete di sorveglianza sulla mortalità occupazionale) promosso dal ministero della Sanità e dalla Regione Piemonte, che conduce un analogo Studio longitudinale torinese (St).

Lo studio sperimentale era effettuato e finanziato nell’ambito delle attività dell’Osservatorio epidemiologico regionale e operava in stretta collaborazione con il Servizio Statistica.

I risultati della sperimentazione sono stati pubblicati nel 1998 nel volume “La mortalità per condizione socio-economica e professionale nello studio longitudinale toscano”, presentato in uno specifico convegno a Firenze.

Con deliberazione n. 423 del

19/04/1999 la Giunta regionale ha deciso la prosecuzione e la messa a regime dello studio, che si avvale dell’attività di una Commissione tecnico-scientifica e di un gruppo di lavoro operativo.

Lo studio toscano è una delle poche esperienze in Italia per dimensione e qualità, e si colloca nell’ambito delle attività del Sistema statistico nazionale (Sistan).

L’attività è infatti inserita nel Programma statistico regionale e dal 1998 anche nel Programma statistico nazionale (attualmente: Psn 2011-2013), che viene approvato con il parere del Garante per la protezione dei dati personali.

Recentemente altre realtà regionali e locali (Regione Emilia-Romagna, Regione Lazio, Comune di Venezia), prendendo spunto dalle esperienze toscane e torinesi, hanno deciso di avviare analoghi studi longitudinali sulle differenze di salute, con inserimento nel Psn 2012-13-14-15. L’obiettivo attuale è l’attivazione di una rete nazionale di studi metropolitani, in analogia a quanto già avviene per i registri tumori.

Volumi SITo pubblicati

I rapporti dello Studio longitudinale toscano - SITo sono stati pubblicati dalla Regione Toscana nella Collana “Informazioni statistiche - Studi e Ricerche” (oltre che riportati in articoli su varie riviste scientifiche):

- (1998) “La mortalità per condizioni socio-economiche e professionali nello studio longitudinale toscano”;
- (2001) “Condizione socio-economica e mortalità in Toscana” : il rapporto aggiorna i risultati sulla mortalità per i residenti nei Comuni di Firenze e Livorno al 1997 e fornisce una valutazione della relazione tra deprivazione materiale e sociale e mortalità a livello comunale per il periodo 1987-1999;
- (2003) “Condizione socio-economica e ricovero ospedaliero a Firenze”;
- (2004) Informazioni statistiche in breve: “Condizione socio-economica e ricovero ospedaliero a Firenze”;
- (2007) “Mortalità per condizione socio-economica. Studio Longitudinale Toscano 2001-2005”;
- (2008) “Mortalità per condizione socio-economica. Studio Longitudinale Toscano: Livorno 2001-2005”;
- (2010) “Mortalità per condizione socio-economica. Studio Longitudinale Toscano: Prato 2001-2005”;

Obiettivi

Si tratta di uno “studio longitudinale”, cioè di un’indagine statistica estesa nel tempo, che consente di mettere in relazione le condizioni socio-economiche rilevate al momento dei censimenti generali della popolazione per i residenti nei Comuni che partecipano allo studio e gli eventi connessi allo stato di salute per le stesse popolazioni, rilevati negli anni successivi (mortalità, morbosità, accesso ai servizi sanitari, fattori di rischio).

I risultati dello Studio Longitudinale Toscano, periodicamente aggiornati, mostrano - per le persone socialmente svantaggiate - differenze importanti nella mortalità, nella morbosità per alcune patologie rilevanti e nella capacità di sfruttare adeguatamente le opportunità di salute offerte dal miglioramento delle conoscenze mediche e l’offerta di servizi sanitari.

I risultati dello studio sono stati sistematicamente utilizzati nell’ambito della relazione sanitaria e nella predisposizione dei piani sanitari regionali.

La prosecuzione dello studio consentirà di monitorare nel tempo le relazioni tra disuguaglianze socio-economiche e disuguaglianze nella mortalità, nelle condizioni di salute dei cittadini toscani e nell’accesso ai servizi sanitari.

Lo studio permetterà anche il monitoraggio dei fattori di rischio e la valutazione delle politiche di prevenzione (a esempio su fumo di tabacco, reddito familiare e attività di studi metropolitani, in analogia a quanto già avviene per i registri tumori).

2. Estensione del progetto SITo alle prestazioni sociali: predisposizione del record-linkage con l’archivio delle prestazioni sociali per la coorte pratese.

L’obiettivo di questa fase è la realizzazione di un sistema di Sorveglianza epidemiologica degli effetti della crisi economica nella realtà pratese.

A tal fine le attività previste sono: realizzazione di un record-linkage per la definizione della coorte; l’implementazione di analisi sulle disuguaglianze sociali nella salute distinguendo coloro che hanno usufruito di sussidi o altre prestazioni sociali. I soggetti coinvolti sono il Comune di Prato che fornisce gli archivi nominativi delle prestazioni sociali, effettua il linkage con la coorte SITo pratese, fornisce le chiavi censuarie e i file pseudonimizzati; l’Ispo-Uo Biostatistica che coordina la definizione e il mantenimento del flusso dei dati tra i vari soggetti coinvolti, esegue il controllo sugli archivi ricevuti che pervengono presso la Regione Toscana, esegue l’aggancio con il file censuario per ottenere la coorte di lavoro.

Il prodotto di questa fase consiste negli archivi relativi alle corti censuarie dei tre Comuni interessati.

Le attività previste consistono in attività di record-linkage e implementazione di analisi statistiche spaziali a livello di sezione di censimento. I soggetti coinvolti sono l’Ispo-Uo Biostatistica: esegue l’analisi geostatistica per sezione di censimento e distanza della residenza dagli impianti industriali; l’Iltt: ques- tione lavoro si integra al progetto ltt bando 2008 “Epidemiological and statistical approaches to Risk Communication in areas at high environmental hazard”.

I prodotti sono un documento che riporta il Disegno dello studio e il protocollo di analisi; l’Archivio prodotto dall’attività di record-linkage; un Rapporto sulle disuguaglianze sociali a Prato.

3. Estensione del progetto SITo ai ricoveri ospedalieri: predisposizione del record-linkage con l’archivio delle Sdo per la coorte fiorentina 2006-2011.

►(segue da pagina 4)

renze, Livorno e Prato.

A tal fine le attività previste sono: la predisposizione delle chiavi di linkage per il censimento 2011; la predisposizione delle chiavi di linkage con le corti precedenti. I soggetti coinvolti sono gli Uffici di Statistica dei Comuni di Firenze, Livorno e Prato che forniscono i file anagrafici, le chiavi censuarie e conservano le corti nominative dei residenti censiti; la Regione Toscana per il controllo formale sui file ricevuti (grazie alla collaborazione con Ispo-Uo Biostatistica); l’Ispo-Uo di Biostatistica che coordina la definizione e il mantenimento del flusso dei dati tra i vari soggetti coinvolti, esegue il controllo sugli archivi ricevuti che pervengono presso la Regione Toscana, esegue l’aggancio con il file censuario per ottenere la coorte di lavoro.

Il prodotto di questa fase consiste negli archivi relativi alle corti censuarie dei tre Comuni interessati.

Le attività previste consistono in attività di record-linkage e implementazione di analisi statistiche spaziali a livello di sezione di censimento. I soggetti coinvolti sono l’Ispo-Uo Biostatistica: esegue l’analisi geostatistica per sezione di censimento e distanza della residenza dagli impianti industriali; l’Iltt: ques- tione lavoro si integra al progetto ltt bando 2008 “Epidemiological and statistical approaches to Risk Communication in areas at high environmental hazard”.

I prodotti sono un documento che riporta il Disegno dello studio e il protocollo di analisi; l’Archivio prodotto dall’attività di record-linkage; un Rapporto sulle disuguaglianze sociali a Prato.

3. Estensione del progetto SITo ai ricoveri ospedalieri: predisposizione del record-linkage con l’archivio delle Sdo per la coorte fiorentina 2006-2011.

CENTRALI OPERATIVE

Per infermieri e tecnici del 118 un nuovo quadro di riferimento

Tutte le funzioni dalla chiamata del paziente all’invio dei mezzi di soccorso

Pubblichiamo il documento “Attività principali del personale infermieristico e del personale tecnico operanti nelle Centrali operative 118 della Regione Toscana”, approvato dalla Giunta regionale che definisce le funzioni di tutto il personale operante nelle Centrali operative 118.

LA GIUNTA REGIONALE

...(omissis)...

A voti unanimi

DELIBERA

● di integrare l’allegato A della Deliberazione Gr n. 544 del 30/6/2014, nella parte riferita alla dotazione organica, con il documento “Attività principali del personale infermieristico e del personale tecnico operanti nelle Centrali operative 118 della Regione Toscana”, allegato 1 al presente atto, quale sua parte integrante, al fine di dare complessiva definizione in ordine alle funzioni di tutto il personale operante nelle Centrali operative 118.

ALLEGATO I

Attività principali del personale infermieristico e del personale tecnico operanti nelle Centrali operative 118 della Regione Toscana

Funzioni del personale infermieristico

Infermiere (sintesi titolarità delle funzioni)

- fase di ricezione (raccolta e codifica del bisogno sanitario espresso dal chiamante);
- localizzazione evento, acquisizione informazioni, condizioni scenario e vittima/e, necessità intervento congiunto, identificazione del sintomo principale e motivo della chiamata, raccolta informazioni per individuare priorità per attribuzione codice criticità (cliniche dinamiche e situazionali, anche attraverso la consultazione di banche dati specifiche), definizione giudizio di sintesi (codice colore, luogo, patologia presunta), fornisce informazioni e istruzioni pre-arrivo in attesa dell’arrivo dei soccorsi.
- fase di gestione sanitaria delle risorse operative (risposta di sistema alle richieste di soccorso pervenute)
- scelta del/dei mezzi da attivare tra le risorse operative territoriali disponibili, valutazione informazioni fornite dalla ricezione, definizione capacità assistenziale, numero, tipo di mezzi necessari per effettuare l’intervento di soccorso;
- coordinamento e gestione del soccorso in tutte le sue fasi con, quando necessario, il trasporto in sicurezza verso il Dea/Ps più appropriato, scegliendo in

funzione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle diverse capacità ricettive dei vari presidi ospedalieri presenti nel territorio di competenza;

- Segnalazione eventi sentinella o eventi avversi;
- Proposta alla Direzione di soluzioni operative/organizzative nell’ottica del miglioramento continuo dell’attività prestata e collaborazione alla definizione dei protocolli operativi;
- Richiesta al medico di centrale di consulenza di appoggio nei casi di necessità per tutte le attività della centrale operativa e/o nel caso di bisogno di consulenza medica pervenuta dagli equipaggi.

Infermiere/Medico (sintesi delle funzioni collaborative)

- 1) Verifica dei protocolli di Centrale operativa definiti dal direttore della centrale, segnalando eventuali criticità organizzative e/o operative riscontrate;
- 2) Verifica delle risorse a disposizione, rispetto a quanto definito dall’assetto organizzativo predisposto;
- 3) Decisione sul potenziamento delle risorse territoriali a copertura e riassetto della rete di emergenza e nelle maxi-emergenze;
- 4) Verifica del funzionamento delle strutture tecniche all’attivazione dei servizi di assistenza alle tecnologie in uso, al verificarsi di allarmi e/o malfunzionamenti.

Funzioni del personale tecnico

- 1) Invia e/o verifica l’avvenuta partenza dei mezzi di soccorso di emergenza scelti dal personale sanitario in turno, sulla base delle direttive, dei protocolli e delle procedure previste dal direttore di centrale operativa;
- 2) Riceve e monitora gli stati di missione;
- 3) Riceve e trasmette le comunicazioni di carattere non sanitario (logistico) con tutti i mezzi di soccorso, ivi comprese le indicazioni utili alla localizzazione dell’obiettivo;
- 4) Può svolgere funzione di primo filtro sulle altre linee (escluso 118) di ingresso della Centrale operativa;
- 5) Monitora i posti letto degli ospedali, qualora necessario;
- 6) Ha ruolo logistico in merito ai piani di tutela sanitaria e all’attività di soccorso e di emergenza in occasione di manifestazioni di rilievo territoriale;
- 7) Agisce in piena sintonia e collegialità con tutto il personale operante in Centrale operativa (medico di Centrale, infermieri, personale Oss, qualora presente).

Alla luce di quanto sopra le dotazioni organiche minime delle Centrali operative potranno essere ridefinite con successivi atti, a seguito del monitoraggio dei processi di riorganizzazione posti in essere dalle aziende.

●

LA PROPOSTA La Regione mette mano alla riforma dei requisiti per gli immobili



Alloggi popolari, si cambia

L'obiettivo è assicurare maggiore equità e rigorosi criteri di accesso



La Giunta ha presentato una proposta di legge per l'introduzione di importanti modifiche alla Lr 96/1996 "Disciplina per l'assegnazione, gestione e determinazione del canone di locazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica".

L'edilizia residenziale pubblica comprende l'insieme delle attività delle amministrazioni e degli enti pubblici dirette a soddisfare il fabbisogno abitativo di soggetti a basso reddito o appartenenti a particolari categorie sociali. Il trasferimento dell'intera materia alla competenza regionale è avvenuto in primo luogo con il decreto legislativo 112/1998, con la soppressione del comitato per l'edilizia residenziale e con l'attribuzione alle Regioni di fondi volti al finanziamento degli interventi insieme alla fissazione dei criteri per l'assegnazione degli alloggi e per la definizione dei canoni.

La ripartizione di competenze operata dal citato decreto legislativo presenta novità rispetto alla precedente disciplina che aveva mantenuto allo Stato le funzioni di programmazione nazionale dei finanziamenti dell'edilizia residenziale pubblica. Fra le funzioni conferite alle Regioni viene indicata la programmazione delle risorse finanziarie destinate al settore (programmazione/localizzazione).

Con la successiva riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, la materia dell'edilizia residenziale pubblica non è stata inclusa né tra le materie su cui lo Stato ha competenza legislativa esclusiva (art. 117, secondo comma), né tra quelle in cui la competenza è concorrente (art. 117, terzo comma). Pertanto ai sensi del quarto comma del nuovo art. 117 della Costituzione, tale materia appartiene alla competenza esclusiva di carattere residuale delle Regioni, fatta salva la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, riservata alla legislazione dello Stato.

Attualmente a grandi linee la materia dell'edilizia residenziale pubblica è disciplinata ancora da diverse leggi statali e in particolare l'art. 5 della legge 9/2007 prevede che lo Stato italiano stabilisca con apposito decreto le caratteristiche e i requisiti dell'alloggio sociale successivamente definito dal ministero delle Infrastrutture con decreto ministeriale 22 aprile 2008 come "l'unità immobiliare adibita a uso residenziale in locazione permanente che svolge la funzione di interesse generale, nella salvaguardia della coesione sociale, di ridurre il disagio abitativo di individui e nuclei familiari svantaggiati che non sono in grado di accedere alla locazione di alloggi nel libero mercato".

A livello regionale la materia dell'edilizia residenziale pubblica è regolata dalle disposizioni contenute all'interno della Lr 77/1998 "Riordino delle competenze in materia di edilizia residenziale pubblica" e nella Lr 96/1996

Punti principali della riforma

Requisiti di accesso. Gli alloggi Erp vengono assegnati dai Comuni sulla base di una graduatoria stilata secondo alcuni requisiti di accesso, tra cui la residenza anagrafica o attività lavorativa stabile ed esclusiva o principale nell'ambito territoriale a cui si riferisce il bando di concorso da almeno cinque anni. Viene rafforzato il requisito di impossidenza, ovvero la mancanza assoluta di diritti di proprietà o diritti reali di godimento su beni immobili (abitativi e non) su tutto il territorio nazionale ed estero. Alla luce di un rigoroso percorso di accesso all'Erp, basato su una valutazione di requisiti e delle situazioni sociali delle famiglie, è stata prevista la condizione di assenza di occupazioni abusive sia di alloggi di edilizia residenziale pubblica sia di beni di proprietà pubblica o privata, nei cinque anni precedenti la presentazione della domanda. È stato introdotto anche il calcolo del reddito Isee, quale strumento di misurazione delle condizioni economiche per l'accesso alle prestazioni sociali, pertanto per l'assegnazione degli alloggi pubblici.

Criteri di selezione dei beneficiari. La riforma consentirà di valutare meglio, rafforzando le situazioni socio-economico-familiari che danno diritto a punteggi aggiuntivi (presenza di anziani, persone con handicap, alloggi con barriere architettoniche ecc.), mentre saranno ridimensionate le condizioni per situazioni contingenti come provvedimenti di sfratti per morosità (per i quali sarà prevista una riserva specifica del 25% degli alloggi) e per particolari condizioni abitative, alloggi impropri, sovraffollamento ecc... In questi casi i Comuni potranno assegnare all'interno della riserva specifica un alloggio a tempo determinato. Saranno inoltre dati punteggi aggiuntivi per coloro che risiedono nell'ambito territoriale da più di 10 anni e per la presenza continuativa in graduatoria.

Bandi e graduatorie. I Comuni mantengono ampia autonomia amministrativa per quanto riguarda i bandi di concorso, le procedure per la presentazione delle domande e la relativa fase istruttoria. Nell'ambito del territorio di riferimento i Comuni procedono con apposito regolamento nel rispetto delle previsioni della legge a disciplinare le modalità di assegnazione degli alloggi, i bandi, le domande, la formazione delle graduatorie, le modalità di aggiornamento, le forme e i termini di ricorso, le modalità di individuazione degli alloggi da assegnare secondo l'ordine stabilito dalla graduatoria, con particolare riguardo alla scelta, alla consegna e all'eventuale rinuncia.

Assegnazione degli alloggi. Si prevede che gli alloggi Erp siano assegnati secondo tre tipologie: un'assegnazione ordinaria dell'alloggio, in mobilità dell'alloggio, utilizzo autorizzato dell'alloggio. L'assegnazione in mobilità è un'assegnazione con disponibilità provvisoria dell'alloggio. In questo caso il Comune attiva il procedimento quando, accertata la situazione di sottoutilizzo o di sovraffollamento da almeno due anni, individua un altro alloggio adeguato alla ricollocazione del nucleo familiare. L'utilizzo autorizzato è una modalità provvisoria di destinazione dell'alloggio a un nucleo familiare non assegnatario nell'ambito della percentuale massima di riserva del 35% degli alloggi da concedere annualmente in assegnazione, a favore di nuclei familiari in possesso dei requisiti previsti per l'accesso degli alloggi Erp che si trovino in situazioni di emergenza (pubbliche calamità, situazioni emergenziali accertate, sfratti esecutivi non prorogabili, casi di rilascio di alloggi di proprietà privata per provvedimenti di espropriazione forzata a seguito di pignoramento per morosità incolpevole ecc.).

Assegnazione degli alloggi da ripristinare. Per ridurre le liste di attesa degli alloggi è stata introdotta la possibilità di assegnazione o in mobilità degli alloggi non ripristinati, previa definizione dei criteri e modalità tecnico-operative per l'attuazione diretta, da parte degli assegnatari di opere di integrazione e riqualificazione dei suddetti alloggi.

Valutazione nel nucleo familiare. L'atto di assegnazione individua il nucleo familiare assegnatario, pertanto si prevede che qualsiasi variazione anagrafica del nucleo intervenuta successivamente all'assegnazione dell'alloggio dovrà essere segnalata al soggetto gestore. L'ospitalità temporanea e la coabitazione non comportano incremento ad alcun titolo del nucleo familiare e pertanto non producono effetti ai fini del cambio dell'alloggio, della determinazione del reddito e del canone del nucleo familiare stesso.

Canone di locazione. Il canone di locazione minimo viene elevato a 40 euro mensili almeno per coprire le spese di gestione.

Accertamento della situazione del nucleo familiare e decadenza. Ogni anno viene verificata la permanenza dei requisiti di assegnazione. Oltre alle normali cause si prevede la decadenza dall'assegnazione nei confronti del nucleo familiare assegnatario nei casi di sopravvenuto diritto di proprietà, uso, usufrutto, abitazione diversamente da quanto previsto per l'accesso, quando si disponga di una situazione economica pari al doppio del limite previsto per l'accesso, si disponga di beni mobili registrati il cui valore superi del 25% il limite per l'accesso, si siano violate le disposizioni in materia di variazione del nucleo familiare e di ospitalità temporanea attuando cessioni a terzi dell'alloggio.

Partecipazione dell'utenza, autogestione e amministrazione comunale. Viene introdotto il principio di partecipazione alla gestione degli alloggi attraverso il coinvolgimento dei soggetti interessati e dei loro organismi di rappresentanza, nelle procedure di accesso, assegnazione e gestione degli alloggi e favorendo la loro partecipazione al fine di garantire la rappresentanza degli interessi e dei diritti degli assegnatari e il corretto e trasparente rapporto di relazione tra le parti.

"Disciplina per l'assegnazione, gestione e determinazione del canone di locazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica". Quest'ultima legge regolamenta i requisiti e le soglie di accesso e di uscita dall'Erp; i criteri di selezione dei beneficiari, il costo della locazione per i beneficiari, le funzioni ordinarie di gestione del patrimonio. Gli anni passati dall'approvazione della legge regionale 96/1996 e la pratica di applicazione quotidiana hanno fatto emergere alcune problematiche che hanno suggerito opportuni interventi di adeguamento per rispondere in modo più efficiente alla sempre più pressante attesa di servizi di edilizia sociale a fronte di una situazione in cui le disponibilità finanziarie sono ridotte e le risposte limitate. Pertanto il rigore delle regole di assegnazione e gestione dell'Erp diventa non solo rispetto di procedure, ma un elemento di giustizia sociale. Va infatti in questa direzione la proposta di legge di riforma del sistema Erp in Toscana. La nuova proposta è stata approvata dalla giunta regionale e ha iniziato l'iter in consiglio per l'approvazione definitiva.

«Per l'accesso al sistema di edilizia popolare - spiega la vicepresidente Saccardi - con il nuovo testo di legge si richiedono stabile presenza sul territorio, rispetto della legalità, accertamento dell'effettiva consistenza reddituale, la non titolarità di beni immobili su tutto il territorio nazionale e all'estero, nonché la verifica del valore delle automobili e degli altri beni mobili registrati».

Secondo Saccardi la riforma nasce dalla necessità di affrontare le principali problematiche emerse in tutti gli anni e suggerire opportuni interventi di adeguamento a una normativa ormai incapace di rispondere alle istanze dei nostri territori. «Il nuovo testo - continua Saccardi - ridefinisce una serie di criteri con l'intento di rispondere meglio ai bisogni, ovvero ridurre il disagio abitativo di coloro (famiglie o singoli) che non sono in grado di accedere ad affitti di libero mercato, ma anche garantire che il sistema si basi su principi di economicità ed equità, favorire maggiore razionalizzazione, la messa in efficienza e la qualificazione del patrimonio, introdurre più rigorosi requisiti di accesso, prevenire abusi e speculazioni, assumere come parametro di valutazione della situazione socio-economica l'Isee, migliorandone la capacità selettiva, assicurare garanzie per l'utenza».

«In un'ottica di maggiore efficienza, efficacia e di qualità si prevede inoltre l'impegno di una prossima rivisitazione legislativa della determinazione dei canoni, delle forme associative tra Comuni a livelli territoriali ritenuti più congrui, nonché la previsione di forme associative dei soggetti gestori in ambiti territoriali anche di area vasta», conclude Saccardi.

GROSSETO*Partita ufficialmente l'attività nella sede dell'ospedale di Casteldelpiano*

Amiata, Casa della salute al via



È la prima delle nove strutture previste nel territorio dell'Asl 9

È stata avviata ufficialmente l'attività della Casa della salute dell'Amiata grossetana, situata all'interno dell'ospedale Civile di Casteldelpiano. Si tratta della prima delle nove strutture previste nel territorio della Asl 9 di Grosseto, in risposta alla domanda di rafforzamento e sviluppo dell'assistenza territoriale, fortemente voluti dalla Regione.

Le Case della salute sono la struttura fisica di riferimento, all'interno della quale i cittadini trovano i servizi socio-sanitari di base (non ospedalieri) concentrati e

organizzati in maniera integrata; sono il fulcro della sanità territoriale, cui gli utenti possono rivolgersi in ogni momento della giornata con la certezza di una risposta competente e appropriata ai bisogni di salute e di assistenza: per visite dal medico di famiglia, dal pediatra o da un altro professionista, per una vaccinazione o un prelievo, per attività amministrative, per le prenotazioni di visite ed esami.

All'interno, infatti, opera un gruppo di professionisti, organizzati in unità funzionali, in modo da garantire la presa in

carico globale della persona, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. In particolare, medici e pediatri di famiglia, infermieri e operatori di supporto, ostetriche, fisioterapisti e logopedisti, assistenti sociali, psicologi, medici specialisti in neurologia, oculistica, odontoiatria, dermatologia, otorinolaringoiatria, ginecologia, personale amministrativo.

«La Casa della salute - spiega Giulio Morganti, direttore del distretto socio-sanitario dell'Amiata - è un luogo dove la

salute si tutela, si promuove, si produce. I cittadini dell'Amiata non vi trovano solo una risposta integrata ai bisogni sanitari e assistenziali, ma anche il sostegno e l'assistenza per i soggetti più fragili. Trovano anche servizi di educazione alla salute e i corretti stili di vita, per la prevenzione delle malattie croniche e per la loro autogestione, per la partecipazione alle campagne di screening. Infine la Casa della salute è la sede anche della partecipazione attiva dei cittadini, dato che al suo interno sono presenti punti di ascolto e di acco-

glienza per problematiche di tipo socio-sanitario».

La Casa della salute dell'Amiata grossetana è resa immediatamente riconoscibile da un logo che, come la "H" per gli ospedali, sarà uguale per tutte le altre che via via entreranno in funzione: la sagoma di una casa blu con all'interno la scritta "Casa della salute" e simboli della Regione e del Servizio sanitario regionale.

Lina Senserini

ufficio stampa Asl 9 Grosseto

EMPOLI

Scatta il countdown per l'edificio nel Comune di Montespertoli

Anche il Comune di Montespertoli avrà la sua Casa della salute. A fine dicembre 2014, nei locali del Centro direzionale dell'Asl 11 di Empoli, è stato firmato il protocollo di intesa tra l'azienda sanitaria locale e il Comune di Montespertoli per la realizzazione di una Casa della salute per la presa in carico della domanda di servizi sociosanitari da parte dei cittadini.

L'accordo, firmato dal direttore generale dell'Asl 11 Monica Piovi e dal sindaco del Comune di Montespertoli Giulio Mangani, prevede la costruzione di tale struttura in un'area limitrofa alla recente espansione edilizia, compresa fra via Schiavone e via Suor Niccolina, a valle del cimitero comunale.

Questa struttura sarà inserita in un complesso immobiliare di circa 2mila metri quadrati articolato in tre aree: una per i servizi socio-sanitari; l'altra quale sede operativa di un soggetto abilitato a svolgere, nel territorio di Montespertoli, il servizio di trasporto sanitario e il servizio di emergenza/urgenza; la rimanente per lo sviluppo di attività di ristoro e di commercio e per la realizzazio-

ne di un parcheggio a supporto della struttura socio-sanitaria.

L'aggiudicazione della gara per la realizzazione dell'opera tramite "contratto di disponibilità" avverrà nel 2015, con il conseguente avvio dei lavori nel 2016. Sia il direttore amministrativo dell'Asl 11 Gabriele Morotti che l'assessore del Comune di Montespertoli, Giulia Pippucci (con deleghe al sociale, sanità e infrastrutture socio-sanitarie), hanno sottolineato la sinergia venutasi a creare tra i vari soggetti coinvolti nella realizzazione di una struttura così complessa e variegata nell'erogazione di servizi dedicati alla comunità.

Nello specifico, la Casa della salute di Montespertoli prevede: ambulatori medici a uso dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta e dei medici specialisti per la presa in carico delle patologie croniche; erogazione di assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare; servizio di assistenza sociale; servizio prelievi; servizio di continuità assistenziale (guardia medica); uffici amministrativi.

Maria Antonietta Cruciata
ufficio stampa Asl 11 Empoli

PRATO

All'oncologia del nuovo presidio una donazione da 500mila euro

L'oncologia del Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano si potenzia grazie alla donazione della Fondazione Sandro Pitigliani per la lotta contro i tumori di Prato. Si tratta di una donazione modale, la cui finalità è quella di cedere a titolo gratuito beni e strumenti all'Unità operativa oncologica e al laboratorio trasfusione. Il valore totale dei beni donati è di oltre 500mila euro. Una parte degli strumenti donati è destinata al miglioramento delle prestazioni sanitarie anche in relazione alla ricerca scientifica e alla cura dei tumori.

In particolare sono stati donati il CellSearch® System e il Tissue Arrayer. Il CellSearch® System è uno strumento in grado di isolare e analizzare le cellule tumorali circolanti (Ctc) presenti nel circolo sanguigno, nonché l'unico strumento per lo studio delle Ctc che ha avuto validazione clinica e che è stato approvato dalla Food and Drugs Administration.

Tissue Arrayer è uno strumento che permette in maniera automatizzata di costruire dei Tissue micro array (Tma),

cioè dei blocchetti in paraffina nei quali possono essere raccolti fino a migliaia di campioni di tumori provenienti da pazienti diversi. I Tma rivestono un ruolo importante nella ricerca traslazionale perché permettono di analizzare contemporaneamente sia un numero di casi elevati che un numero di marcatori immunostochimici multiplo.

Il Tissue Arrayer è uno strumento da banco ed è collegato a un computer e a un software che permette di costruire il Tma in maniera opportuna e secondo le necessità dell'operatore. Successivamente il disegno del Tma creato con lo specifico software viene trasferito al tissue arrayer vero e proprio che automaticamente permette la costruzione del Tma.

La donazione comprende anche beni e attrezzature per rendere più confortevole la permanenza dei pazienti durante la degenza. Si tratta di poltrone e arredi oltre a postazioni di lavoro con personal computer.

Vania Vannucchi
ufficio stampa Asl 4 Prato

**Beni e strumenti
dalla Fondazione
Sandro Pitigliani**

SIENA

Montalcino, nel polo territoriale l'integrazione multidisciplinare

A metà gennaio è stata inaugurata la Casa della salute di Montalcino e a tagliare il nastro è stato Luigi Marroni, assessore regionale alla Salute. «Questa di Montalcino è la seconda struttura della Asl 7 di Siena che andiamo a inaugurare dopo Chiusi, ed è tra le cento che sono previste nelle varie realtà sanitarie della Toscana», ha sottolineato. «Il modello riunisce, in un unico luogo, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e il personale dell'azienda sanitaria locale prevedendo sostanzialmente l'integrazione multidisciplinare tra i professionisti per dare una risposta veloce e univoca ai bisogni del cittadino con l'obiettivo di creare percorsi chiari ed efficaci».

Montalcino, oltre a essere sede distrettuale con ambulatori specialistici, punto di emergenza territoriale e attività di distretto, ha anche l'ospedale di comunità e alcuni posti letto di riabilitazione residenziale.

«La struttura ha le caratteristiche anche per ospitare pazienti in stato vegetativo stabilizzato», ha fatto presente il direttore generale della Asl 7 Enrico Volpe. «E perciò stiamo lavorando per trasferire qui quei pazienti resi-

denti in queste zone che oggi hanno un'assistenza di questo tipo fuori provincia o comunque lontano dalla residenza dei propri familiari».

La Casa della salute di Montalcino non sarà l'unica per la zona Amiata Valdorcia. A breve è prevista l'inaugurazione della Casa della salute di Abbadia San Salvatore che va a completare il quadro strutturale dell'offerta dei servizi di tutto il territorio dell'hinterland amiatino, realizzando una rete di strutture in grado di favorire l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie.

**A breve un altro
centro ad Abbadia
San Salvatore**

Proprio dal progetto di integrazione tra i professionisti dovranno derivare percorsi più snelli per i cittadini e quindi un impegno più accurato di risorse da parte dell'azienda sanitaria. Obiettivo specifico è promuovere e diffondere la "sanità d'iniziativa" per la gestione delle malattie croniche: ictus, scompenso, Bpco, a favore di un cittadino più consapevole della propria patologia e in grado di evitare complicazioni e aggravamenti della malattia.

Roberta Caldesi
ufficio stampa Asl 7 Siena

IN BREVE

▼ LIVORNO

È stato aperto il rinnovato centro trasfusionale dell'ospedale di Cecina. I lavori, cominciati nel dicembre scorso, hanno restituito una sala donatori più ampia, accogliente e funzionale. «Il nuovo ambiente - spiega Piero Palla, direttore Servizio Immunoematologia e Medicina trasfusionale dell'Asl 6 di Livorno - permetterà ai nostri operatori di lavorare in uno spazio più adeguato agli standard e ai donatori di aver maggiore confort e di vedere soddisfatte le loro esigenze. Lo sforzo compiuto dall'azienda va a premiare il grande cuore dei donatori livornesi che, lo scorso anno, hanno fatto registrare un boom di donazioni arrivando a sfiorare il tetto simbolico dei 6.500 utenti. Ringraziamo le associazioni e assicuriamo la massima collaborazione sperando che i locali rinnovati possano portare nuovi e ulteriori donatori».

▼ EMPOLI

Il Lions Club di Empoli ha donato un elettrocardiografo all'Unità operativa complessa di gastroenterologia dell'Asl 11. L'acquisto della strumentazione, del valore di 2.600 euro, è stato possibile grazie a un service, ossia a un progetto solidale del Club empolesse deliberato nell'anno sociale 2013-2014. Già in passato, il Lions Club di Empoli si è mobilitato promuovendo iniziative varie concretizzate in donazioni a sostegno di attività socio-assistenziali dell'Asl 11. Inoltre, dal 2013 ha anche favorito attività di prevenzione sanitaria attraverso l'iniziativa "Lions in piazza" che prevede controlli medici gratuiti a disposizione di tutti. A queste si sono affiancate anche giornate denominate "Progetto Donna" volte all'individuazione delle patologie cancerose della sfera genitale femminile.

▼ PISTOIA

Una delegazione degli studenti del terzo anno proveniente dal College of Nursing University di New York ha visitato il padiglione di emodialisi e poi il vecchio e il nuovo Ospedale di Pistoia. Gli studenti sono in Toscana per apprendere come funzionano i sistemi sanitari nazionale e regionale, attraverso la conoscenza diretta delle diverse peculiarità presenti nelle aziende sanitarie e ospedaliere. A Pistoia si sono recati al padiglione di emodialisi, indicato dall'assessorato regionale alla Salute come esempio di eccellenza a livello internazionale di arte e terapia. La delegazione ha apprezzato lo sviluppo dei percorsi sanitari, gli spazi dedicati all'accoglienza dei familiari e dei visitatori dei pazienti, le dotazioni tecnologiche, l'organizzazione del pronto soccorso e in particolare il dipartimento materno-infantile.

▼ FIRENZE

Sono stati eseguiti a Careggi i primi interventi di cataratta in un ospedale pubblico con un laser a femtosecondi, che non taglia ma separa le cellule della cornea e del cristallino. È un nuovo strumento considerato il bisturi più piccolo e preciso al mondo. Femto è l'unità di misura per dimensioni a livello atomico o subatomico. La tecnologia che si sta sperimentando nella nuova oculistica dell'azienda ospedaliero-universitaria fiorentina, che esegue oltre 3mila interventi di cataratta all'anno, consente livelli di precisione chirurgica superiori e un tempo di esecuzione di alcuni istanti, per la fase operatoria precedente all'inserimento del cristallino artificiale. A Careggi sono stati operati i primi sei pazienti selezionati per la complessità delle condizioni cliniche, che non consentivano l'esecuzione dell'intervento con tecnica tradizionale.



NON PIÙ SOLI NEL DOLORE

Cure palliative, un riparo sicuro
di calore umano e scienza medica

La legge 38/2010 tutela l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.



Regione Toscana



Ministero della Salute
www.salute.gov.it

