

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 1
anno XVII del 14-20 gennaio 2014
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Primo passo verso il riordino dell'urgenza

di Luigi Marroni *

A metà dicembre la Giunta ha approvato la delibera sulla riorganizzazione del 118. Una decisione annunciata da tempo, molto attesa e molto ponderata, presa dopo tutti gli approfondimenti effettuati dall'apposita commissione tecnica istituita dall'assessorato. Una decisione pienamente coerente con le conoscenze scientifiche nazionali e internazionali in tema di sicurezza e qualità dei servizi di emergenza-urgenza. Una decisione che ha suscitato, inevitabilmente, malumori e polemiche.

Voglio chiarire subito che superare l'attuale frammentazione delle attuali 12 centrali sparse sul territorio significa ottenere un servizio di qualità migliore rispetto a quello che, pur ottimo, assicuriamo oggi, e quindi, visto che parliamo di emergenza, salvare più persone in pericolo di vita. Il buon funzionamento del 118 non dipende in sé dalla collocazione fisica delle centrali operative, ma dalla qualità professionale degli addetti, dalle attrezzature tecnologiche installate e dai protocolli che si utilizzano.

In Toscana vogliamo un servizio di emergenza che sia a livello europeo, organizzato secondo i criteri che ci consentono di migliorare i nostri risultati. Questo è il vero diritto dei cittadini, che noi intendiamo garantire. Entro il 31 ottobre 2014 il numero delle centrali operative del 118 si dimezzerà, passando da 12 a 6. La prima tappa di un processo complessivo di riorganizzazione, che al 31 dicembre 2016 vedrà restare in attività sul territorio regionale so-

CONTINUA A PAG. 2

EMERGENZA

Entro il 2016 la riforma delle centrali operative che passano da 12 a 3

Servizio 118 di Area vasta

Le novità: presenza del medico h24 e trasmissione dati potenziata

Entro il 31 dicembre 2016 sarà a regime il nuovo assetto delle centrali operative 118 che dalle 12 attuali passeranno a 3 dopo una fase di transizione che vedrà, entro il 31 ottobre 2014, il passaggio da 12 a 6 centrali operative. La decisione è stata presa a fine dicembre, anche se già nel 2012 la Giunta regionale aveva fornito indicazioni per pervenire a 3 centrali operative di Area vasta, partendo dalle attuali 12, in parallelo alla riduzione che anche altre Regioni italiane avevano operato o stavano operando. A tale fine, il competente settore della direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" aveva effettuato una puntuale ricognizione in merito alle caratteristiche tecnologiche, strutturali, operative e alle professionalità operanti in ciascuna delle 12 centrali toscane, producendo una relazione.

Lo studio dei sistemi sanitari di emergenza ha permesso, in questi ultimi anni, di evidenziare come centrali operative 118 con bacini di utenza inferiori ai 500.000 abitanti rivelassero una netta perdita di efficacia e di efficienza, considerando ottimale un bacino d'utenza superiore al milione d'abitanti. Conformemente a tali indicazioni, la Regione Toscana si è posta l'esigenza di un intervento sulle proprie 12 centrali operative 118, provinciali e sub provinciali, ritenendo comunque che 3 centrali operative 118 regionali potessero costituire la risposta ottimale alle necessità di gestione dell'attività di emergenza sanitaria, migliorando l'organizzazione regionale dei servizi al cittadino e adempiendo alle indicazioni degli studi di settore.

Data la difficoltà implicita in ogni intervento in ambito sanitario, si è ritenuto opportuno nominare un'apposita commissione di esperti affinché esprimesse la propria valutazione sulla migliore soluzione organizzativa per tale riassetto. La Commissione concludeva i propri lavori nel novembre scorso, confermando che 3 Centrali operative 118, una per



LA LETTERA DI FINE ANNO DELL'ASSESSORE

«Grazie a tutti gli operatori del Ssr»

Nella missiva l'elogio della professionalità e della dedizione degli addetti

È indirizzata "alle donne e agli uomini che lavorano nel servizio sanitario della Toscana" la lettera che l'assessore al diritto alla salute Luigi Marroni ha inviato a fine dicembre, tramite i direttori generali delle aziende, ai 50.000 dipendenti della sanità toscana. Una lettera di ringraziamento, di auguri, di progetti per il nuovo anno. Marroni ha ricordato che «la profonda riorganizzazione del nostro sistema è stata per tutti noi impegnativa e lo sarà ancora nel prossimo anno». «Grazie all'impegno e alla professionalità che ogni giorno mette in campo ciascuno di noi - prosegue - siamo riusciti a garantire la tenuta economica e migliorare, in generale, la qualità. Il nostro cammino non è però concluso: ci sono ancora cose da migliorare e da consolidare, dobbiamo avanzare con determinazione, dando contemporaneamente certezze, sicurezza e qualità ai nostri concittadini. È un compito difficile, che richiede sensibilità, impegno e dedizione, ogni singolo giorno». «So di poter contare sulla vostra volontà e professionalità - aggiunge -. Tutto il nostro sistema ha bisogno, pur nella diversità dei singoli e dei gruppi, di unità di azione e di intenti e, non per ultima, di passione. Le persone, i professionisti, sono il grande valore aggiunto in sanità: generano il risultato e possono progettare e realizzare il cambiamento».

ciascuna Area vasta, era la dimensione ottimale sulla quale basare la prevista revisione. Tuttavia, stante la complessità tecnologica e organizzativa necessaria per giungere all'assetto definitivo è stata prevista una fase di transizione.

La nuova organizzazione permetterà l'implementazione strutturale e tecnologica di ciascuna centrale 118, disponendo di un medico 24 ore su 24, migliorando il sistema di trasmissione dei dati, la cartografia e la localizzazione della richiesta di soccorso, permettendo l'esportazione, in ambito di Area vasta, delle best practices e facilitando la gestione di eventuali interventi di maxiemergenza. Alla Direzione generale "Diritti di Cittadinanza e coesione sociale" vengono dati 120 giorni di tempo per predisporre il Piano attuativo di riorganizzazione, avvalendosi di tutte le figure professionali ritenute necessarie e con la collaborazione dei rappresentanti del volontariato e della Croce Rossa Italiana, definendo l'opportuno cronoprogramma e pervenendo all'adeguamento strutturale, tecnico e organizzativo, alla elaborazione dei protocolli di centrale e alla formazione del personale entro la data indicata del 31 ottobre 2014.

Con successivo intervento, data la valenza strategica delle attività connesse all'emergenza, verrà definito il livello di governo complessivo regionale, in particolare per quanto attiene alla gestione delle centrali operative 118, delle postazioni territoriali, delle attività di elisoccorso e di quelle connesse alle maxiemergenze.

Valter Giovannini
direttore generale

"Diritti di cittadinanza e coesione sociale"

Silvia Montelatici

P.O. Rete integrata servizi di emergenza-urgenza territoriale e trasporti sanitari

Fabio Arnetoli

Sistema di emergenza-urgenza sanitaria Regione Toscana

ALTRO SERVIZIO A PAG. 5

CONTROCANTO

E ora sciogliamo i nodi rimasti irrisolti

di Marco Carraresi *

Finalmente, dopo mesi di dibattiti e di polemiche - spesso feroci e strumentalizzate anche per fini politici - "sembra" che si sia messa la parola fine alla riorganizzazione delle centrali operative del 118. Le motivazioni sono state numerose e indiscutibili: dodici fra centrali e "centraline", per una Regione che non arriva a quattro milioni di abi-

tanti, erano effettivamente troppe; inoltre alcune di esse non garantivano adeguati livelli di efficienza: basti pensare a quelle senza la presenza di un medico 24 ore su 24; oltretutto le modalità di gestione delle varie centrali, nonostante i tentativi di uniformarle le procedure, si mantenevano

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Elisoccorso sotto controllo qualità

La Giunta regionale toscana conferma l'avvalersi di un sistema di verifica e controllo di qualità del servizio regionale di elisoccorso e approva gli indirizzi a Estav Centro al fine di proseguire a garantire, anche per il biennio 2014-2015, il sistema stesso. L'obiettivo principale del sistema di controllo della qualità consiste nell'identificare, in modo oggettivo e con finalità di prevenzione, se siano in uso procedure o pratiche non conformi al capitolato speciale di appalto e/o alle norme, di livello nazionale e internazionale, vigenti in materia. (Delibera n. 991 del 25/11/2013)

▼ Salute mentale più «partecipata»

Approvato e finanziato il progetto "Essere presenti". Il progetto, presentato dal Coordinamento toscano delle associazioni per la Salute mentale, vuole facilitare la presenza e la partecipazione attiva dei familiari che fanno parte dello stesso Coordinamento toscano ai convegni, ai seminari di studio, alle manifestazioni di solidarietà che si terranno al livello provinciale, regionale, nazionale, internazionale e riguardanti la salute mentale e realizzare azioni congiunte significative per la salute mentale della cittadinanza e favorire iniziative di promozione della salute mentale realizzate dalle associazioni di familiari. (Delibera n. 1016 del 2/12/2013)

ALL'INTERNO

Attività fisica nell'Opg

A PAG. 2

A Pisa un team per il polmone

A PAG. 3

Siena premia il «Lean»

A PAG. 7

PREVENZIONE Progetto pilota di attività fisica nell'Opg di Montelupo fiorentino



Afa per la salute in carcere

Il 72% dei detenuti affetto da patologie aggravate dall'ipomobilità

La Regione Toscana ha deciso di introdurre e promuovere i corsi di Attività fisica adattata (Afa) anche negli istituti penitenziari del territorio. Una scelta importante viste le percentuali di persone in stato di detenzione che già presentano problemi di salute: secondo i risultati emersi dall'indagine epidemiologica specifica a cura dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana realizzata nel 2012, il 71,7% dei detenuti risulta affetto da almeno una patologia e tra questi il 9,2% è affetto da patologie nel gruppo delle malattie endocrine e del metabolismo, queste ultime associate anche alla ridotta attività fisica, fattore difficilmente modificabile in ambito penitenziario, con conseguente aumento della cronicità della patologia.

Le persone in stato di detenzione vivono condizioni che predispongono a sindromi algiche da ipomobilità e sindromi croniche, stabilizzate negli esiti e lo stato di inazione fisica, che caratterizza l'ambiente penitenziario per lunghe ore della giornata, aggrava tali condizioni e le patologie che lo sostengono. È stato dimostrato infatti che in molte malattie croniche (artrosi, esiti di ictus, malattia di Parkinson, cardiopatia ischemica ecc.) il processo disabilitante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà.

È largamente accertato che la sedentarietà è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità. Questo circolo vizioso può

Percorsi riabilitativi per i minori sottoposti a misure di sicurezza

Definite e promosse le azioni necessarie a garantire lo sviluppo di percorsi terapeutico-riabilitativi dei minori sottoposti a procedimento penale. Con una delibera di inizio dicembre la giunta regionale ha dato rilevanza alle necessità sanitarie che emergono nei minori e giovani adulti residenti in Toscana sottoposti a misura di sicurezza disposta dal Tribunale, che richiedono appropriati percorsi di riabilitazione presso comunità terapeutiche individuate dalle Asl. Le Aziende predispongono progetti terapeutico-riabilitativi per la presa in carico dei mi-

nori e dei giovani adulti residenti in Toscana per consentire l'ideale cura di patologie, riscontrate dalle Aziende stesse, che richiedono percorsi di riabilitazione presso comunità terapeutiche appositamente individuate. I costi complessivi dei progetti terapeutico-riabilitativi sono per il 65% a carico della Regione Toscana e per il 35% a carico delle Aziende Usl territorialmente competenti, subordinando l'erogazione delle risorse alla presentazione dei progetti stessi al competente Settore della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

essere corretto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo.

Così arriva anche in carcere il programma di attività fisica ampiamente sperimentato sul territorio toscano, il quale ha dimostrato efficacia nella prevenzione, nel contrastare ipomobilità, favorire la socializzazione e promuovere stili di vita corretti. Sulla scorta dell'esperienza dell'Asl 11 di Empoli, con un progetto tra la Uoc Salute in carcere e il Dipartimento territorio-fragilità, sono stati introdotti all'interno dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino i programmi di Attività fisica adattata (Afa) per la prevenzione dei danni da inazione fisica, sedentarietà, posture errate. Sono stati attivati, previa individuazione in

accordo con il medico curante, due gruppi, formati da 10 pazienti ognuno, per svolgere i programmi che si realizzano con incontri due volte a settimana per un'ora a incontro. I risultati preliminari di questa esperienza dimostrano la fattibilità del progetto anche in ambiente carcerario/Opg, la soddisfazione degli utenti e la sua sicurezza (assenza di eventi clinici avversi).

Lo scopo del progetto è quello di estendere l'esperienza di Afa svolta nell'Opg di Montelupo Fiorentino negli altri istituti penitenziari della Toscana, monitorando efficacia e sicurezza. I programmi Afa sono basati su percorsi di attività fisica adattata alle specifiche problematiche di salute derivanti dalle differenti condizioni croniche di cui sono affetti i detenuti. L'in-

tervento è rivolto alle persone ristrette, pazienti psichiatriche sottoposte a misure di sicurezza, sia con lo scopo di prevenzione primaria, evitando l'insorgere di patologie da inazione fisica e sedentarietà, sia per prevenire danni secondari nei pazienti affetti da patologie. Un operatore esperto, individuato tra i Coordinatori dell'attività Afa dell'Asl 11, realizzerà la fase di trasferimento delle competenze agli operatori individuati nelle singole realtà dei presidi sanitari penitenziari, individuati in accordo con l'Amministrazione penitenziaria, disponibili ad apprendere e successivamente applicare i protocolli di intervento per le singole patologie. Il programma di esercizio sarà svolto in ambienti adeguati (una palestra già esistente o un locale abbastanza am-

pio per consentire a un massimo di 10 persone di muoversi e fare esercizio fisico, senza particolari necessità in quanto il riscaldamento è eseguito con camminate e semplici esercizi). Il materiale necessario è semplice e consiste in piccoli attrezzi, realizzabili sul posto stesso o acquisibile con modica spesa, per eseguire gli esercizi (materassini, corde, bastoni in legno o materiale leggero, palle mediche).

Il progetto avrà una durata di due anni. Nella prima fase, in accordo con l'Amministrazione penitenziaria e le Aziende Usl coinvolte, saranno individuati gli operatori disponibili ad apprendere i protocolli di intervento per le singole patologie e gruppi di pazienti, scelti gli ambienti dove svolgere i programmi di esercizio e reperiti degli attrezzi necessari, nonché la definizione di un semplice protocollo di verifica di efficacia e sicurezza del programma Afa. Nei mesi successivi si passerà alla formazione degli operatori tramite affiancamento di un insegnante inviato dal Coordinamento Afa dell'Asl di Empoli, saranno selezionati i gruppi di pazienti in accordo con il medico curante e la valutazione di base e prenderà avvio l'attività. A conclusione del progetto saranno verificati gli effetti del programma e saranno presentati i risultati.

Bettina Picconi

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

IMMIGRAZIONE E SFRUTTAMENTO

Emersione e tutela contro la piaga del lavoro nero

Azioni per l'emersione delle imprese e del lavoro, supporto alle istituzioni locali, realizzazione di un Centro multilingue per la diffusione della cultura della legalità e interventi di riqualificazione urbanistica. Questi alcuni degli interventi del Piano straordinario che la Regione sta mettendo a punto dopo il grave incidente del primo dicembre in una fabbrica tessile di Prato. Un piano che coinvolgerà anche il mondo sanitario con il primo e principale punto che riguarda gli interventi di potenziamento delle attività di controllo e vigilanza in materia di sicurezza nei luoghi

di lavoro.

Entro gennaio saranno individuati le azioni concrete da intraprendere, i tempi e le risorse, anche di personale aggiuntivo, necessarie per attuarle. È già stato accertato che si potrà procedere con assunzioni di tecnici della prevenzione da graduatorie già attive impegnando tutte le Aziende sanitarie locali dell'Area vasta centrale nella costruzione della nuova squadra, la cui attività va collegata al fenomeno del sommerso. «Dietro i lustrini dell'economia emersa siamo in presenza di un

fenomeno di sfruttamento fino ai limiti dello schiavismo - ha detto il Presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi - La crisi ha prodotto uno scivolamento pesante verso il lavoro nero. Certo occorre reprimere, ma nostro compito precipuo è di tutelare queste persone, garantire i diritti umani, concentrando su questi aspetti il lavoro di squadra. Quello che va messo in primo piano è secondo me il tema della salute di queste persone. Dobbiamo fare fino in fondo la nostra parte». L'aggancio normativo su cui

far leva per contrastare un fenomeno complesso e avviare un percorso che deve essere anche di emersione e legalizzazione è, secondo il presidente della Regione Toscana, l'art. 18 della legge Turco-Napolitano, che parla di "Soggiorno per motivi di protezione sociale", quando siano accertate situazioni di violenza o di grave sfruttamento nei confronti di uno straniero, ed emergano concreti pericoli per la sua incolumità.

Il questore, anche su proposta del Procuratore della Repubblica, o con il suo parere favore-

vole, in tal caso rilascia uno speciale permesso di soggiorno (di sei mesi estendibile a un anno) per consentire allo straniero di sottrarsi alla violenza e ai condizionamenti dell'organizzazione criminale e di partecipare a un programma di assistenza e integrazione sociale. «Proprio questo articolo - ha sottolineato Rossi - deve essere uno dei pilastri su cui fare l'accordo impostato con il ministro degli Interni».

Il piano, oltre agli aspetti di salute e della condizione lavorativa, vuole sostenere azioni co-

ordinate finalizzate allo sviluppo del progetto su "emersione delle imprese e del lavoro" e incentivare l'adesione delle imprese a soggetti rappresentativi delle categorie economiche e produttive.

Ma anche sostenere la trasparenza e "la tracciabilità dei prodotti", promuovere azioni di accompagnamento per le situazioni di difficoltà che possano scaturire dalle attività di sequestro e chiusura di immobili adibiti anche a dormitori abusivi, e quelli tesi a favorire le politiche di integrazione, la diffusione della cultura della legalità e del diritto di cittadinanza.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

assai disomogenee (come ad esempio le diverse modalità di gestione e di codifica dei "codici colore"); infine l'aumento crescente dei costi rischiava di compromettere la stessa tenuta del sistema.

Di fronte alla Delibera 1117 del 23 dicembre scorso c'è chi si è scandalizzato, chi l'ha definita mortificante di professionalità decennali, chi ha parlato di "scippo" per i territori e la popolazione. Dimenticando che si tratta di una riforma annunciata anche nell'ormai vetusto Piano sanitario regionale 2008-2010, che prevedeva "di ridefinire l'assetto delle centrali operative per bacini di Area vasta". È la stessa conclusione alla quale è giunta nelle scorse settimane la commis-

sione tecnica all'uopo costituita: la cui relazione finale vede la soluzione ideale «in un'organizzazione dell'emergenza territoriale gestita da tre centrali operative 118, con la previsione di un coordinamento regionale».

C'è semmai da domandarsi se l'«adeguato processo di transizione», che dovrebbe concludersi addirittura entro il 2016 (almeno si spera...), fosse realmente necessario. O se, viceversa, l'«ibrido» temporaneo di sei centrali operative non sia stato un inutile e dispendioso passaggio giustificato non tanto da questioni tecnico-organizzative, quanto piuttosto dal tentativo di gettare acqua su polemiche sempre più accese di natura esclusivamente politico-territoriale se non addi-

rittura interne agli stessi schieramenti politici. Comunque il processo irreversibile è oramai partito: c'è solo da augurarsi che i tempi vengano rispettati e utilizzati davvero per migliorare e uniformare «il governo complessivo regionale dell'emergenza urgenza» in Toscana. Definendo, in maniera rapida e corretta, anche i punti - tutt'altro che di facile soluzione - che rimangono ancora da risolvere: la "standardizzazione" della gestione delle centrali operative, la riorganizzazione delle postazioni di emergenza-urgenza territoriale, l'ottimizzazione dell'attività di elisoccorso.

* consigliere regionale e membro della Commissione sanità

Primo passo verso il riordino... (segue dalla prima pagina)

lo tre centrali del 118. I nuovi assetti organizzativi che verranno definiti assicureranno omogeneità dei servizi sul territorio, omogeneità di dotazioni tecnologiche, di formazione degli operatori e la presenza del medico di guardia H24 in tutte le centrali operative.

Il percorso previsto ha al centro non già una misura di risparmio, ma la qualità del servizio e la sicurezza dei cittadini. È stato avviato dopo una puntuale ricognizione delle caratteristiche tecnologiche, strutturali, operative e professionali delle centrali, e verrà realizzato in accordo e con la collaborazione delle associazioni di volontariato e con il confronto e la concertazione con le organizzazioni sindacali. Pochi giorni dopo l'approvazione di questa delibera, la Regione ha firmato un importante accordo con il volontariato, che prevede, tra l'al-

tro, una ridefinizione delle postazioni di emergenza sanitaria, con un ruolo nuovo del personale del volontariato, una progressiva rimodulazione di sedi e la presenza della figura medica istituzionalizzata, attraverso un percorso condiviso e graduale. Per far crescere ancora, introducendo fattori di miglioramento e razionalizzazione, questo modello di collaborazione che in Toscana rappresenta un'eccellenza.

Con questa delibera, si avvia inoltre un processo di governo complessivo regionale dell'emergenza-urgenza in tutti i suoi aspetti: gestione delle centrali operative 118, gestione delle postazioni di emergenza-urgenza territoriali, delle attività di elisoccorso e delle attività connesse alle maxi-emergenze.

* assessore al diritto alla salute Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Pisa: l'esperienza del gruppo sulle interstiziopatie creato due anni fa

Un Güp per polmoni stanchi



Il team è punto di riferimento per tutta l'Area Vasta Nord-Ovest

A Pisa le malattie che colpiscono l'interstizio polmonare, fra cui la fibrosi polmonare idiopatica, per fortuna rare, si curano in team. All'Azienda ospedaliero-universitaria pisana è infatti presente il percorso assistenziale impostato sul modello dei Gom-Gruppi oncologici multidisciplinari con un grande vantaggio: per ogni singolo caso c'è un'équipe multispecialistica che si riunisce una volta al mese esaminando ogni singolo caso e determinando quindi la terapia più appropriata.

Il team si chiama Güp-Gruppo interdisciplinare di interstiziopatie polmonari ed è stato costituito nell'Aou pisana quasi due anni fa con un ambulatorio di riferimento (Unità operativa di Pneumologia e fisiopatologia II), cui si rivolgono pazienti da tutta l'Area vasta Nord-Ovest.

Dopo la visita iniziale, possono accedere alla diagnostica strumentale, anche invasiva, sia in regime di day service che di ricovero, a seconda della gravità del caso e a seconda delle decisioni adottate dal gruppo. Dopodiché vengono seguiti periodicamente in ambulatorio per ottimizzare il trattamento e monitorare l'evolversi della malattia.

Il Güp, coordinato da Fabio Falaschi, direttore dell'Unità operativa di Radiodiagnostica 2, è composto dalle seguenti strutture: Pneumologia I (diretto da Antonio Palla), Fisiopatologia respiratoria (diretto da Pierluigi Paggiaro), Chirurgia toracica (diretto da Alfredo Mussi), Reumatologia (diretto da Stefano Bombardieri, con la collaborazione di Rossella Neri), la stessa Ra-

Senologia pisana all'avanguardia

A Pisa le donne con patologia mammaria, anche in giovane età, possono far riferimento a un team multidisciplinare diagnostico-terapeutico e riabilitativo per ricevere le migliori cure e la massima possibilità di recupero. I protocolli adottati dal Centro senologico dell'Aou di Pisa sono i più innovativi in merito alla diagnosi interventistica, grazie all'integrazione multidisciplinare che garantisce la conoscenza dei più avanzati studi di oncologia e alla dotazione di attrezzature all'avanguardia come la risonanza magnetica e la radioterapia intraoperatoria.

Fulcro delle attività, il blocco operatorio - due sale attive dal lunedì al venerdì per circa mille interventi l'anno - in cui i chirurghi della mammella si alternano e lavorano in squadra con i chirurghi plastici per il rimodellamento con le più avanzate metodologie di oncoplastica ricostruttiva.

diagnostica 2, Medicina nucleare (diretto da Giuliano Mariani) e Anatomia patologica 3 (referente Gabriella Fontanini).

«Da circa 15 anni - spiega Palla - i medici della Pneumologia I si occupano di malattie polmonari rare e, tra queste, in particolare della fibrosi polmonare idiopatica. È nato così un ambulatorio dedicato, diretto da Laura Tavanti che negli ultimi anni ha incrementato notevolmente l'attività. Oltretutto l'Aou di Pisa è prescrittore unico per l'Area vasta nord-ovest del Pirfenidone, la prima terapia efficace per il trattamento della fibrosi polmonare, approvata a luglio scorso dall'Aifa».

Per un inquadramento diagnostico completo svolgono un ruolo fondamentale la componen-

te reumatologica e radiodiagnostica. «La diagnostica per immagini e in particolare la Tac, con la tecnica cosiddetta "ad alta risoluzione", ha da molti anni cambiato l'approccio alle interstiziopatie polmonari - sottolinea Falaschi -. Tuttavia, le più recenti linee guida internazionali hanno puntualizzato che la Tac o la biopsia, da sole, raramente consentono un inquadramento definitivo della malattia, per cui si rende necessaria una valutazione multidisciplinare che includa almeno lo pneumologo, il radiologo e l'anatomo-patologo».

«Nelle malattie reumatologiche - spiega Bombardieri - che hanno tipicamente un impegno multisistemico, il coinvolgimento polmonare e, in particolare, la presenza di interstiziopa-

tia è frequente e in alcune patologie (scleroderma, artrite reumatoide, polidermatomiosite, sindrome di Sjogren) l'impegno interstiziale è l'aspetto clinico prevalente e determinante. Di qui l'importanza della collaborazione tra più specialisti». Anche gli studi anatomo-patologici hanno un ruolo decisivo: «La conferma anatomo-patologica del sospetto clinico - spiega la Fontanini - è molto complessa e necessita di una forte integrazione con i dati clinico-strumentali essendo i quadri anatomo-patologici molto spesso sovrapponibili tra le varie forme cliniche di tale patologia». «Al gruppo multidisciplinare - spiega la Tavanti - vengono presentati anche i casi provenienti da altre aziende ospedaliere dell'Area vasta nord-ovest Toscana, allo scopo di ottenere una diagnosi quanto più accurata possibile. Per la fibrosi polmonare idiopatica, in realtà, l'unica terapia risolutiva è il trapianto polmonare. I pazienti, per i quali è perseguibile la strada trapiantologica, vengono curati a Pisa, nell'ambulatorio dedicato, per rallentare la progressione della malattia con il pirfenidone, per poi essere inviati - non appena si presenta la disponibilità dell'organo - al centro trapianti di polmone dell'Aou di Siena (Le Scotte) coordinato da Paola Rottoli, che è anche la referente regionale per le malattie rare del polmone».

pagina a cura di
Emanuela Del Mauro
 ufficio stampa Aou di Pisa

ACQUISITA LA STRUMENTAZIONE PER COLTURE STANDARDIZZATE E AUTOMATIZZATE

Primato sulla frontiera delle staminali mesenchimali

L'Unità operativa medica-trasfusionale e biologia dei trapianti dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa, diretta da Fabrizio Scatena, è la prima struttura italiana, e la seconda in Europa, a essersi dotata di un'apparecchiatura in grado di ottenere una coltura standardizzata di cellule staminali mesenchimali. Nei laboratori della Banca di cellule e tessuti sono stati ottenuti circa 50 milioni di cellule staminali mesenchimali, con una resa di circa 250 volte rispetto al numero iniziale. Un successo che pone l'Aou pisana all'avanguardia in questo ambito di frontiera della medicina. Sebbene non sia ancora del tutto chiaro quali e quanti po-

tranno essere in futuro gli utilizzi delle staminali mesenchimali, vi sono infatti fondati motivi per pensare che saranno la soluzione per patologie che al momento non trovano soluzioni cliniche. Le cellule staminali mesenchimali offrono possibilità sia nell'ambito della medicina rigenerativa che nella terapia cellulare. Possono infatti essere utilizzate per la ricostruzione di tessuti (muscoli, cartilagine, osso) e in alcune patologie caratterizzate da disordini immunitari, grazie alle loro caratteristiche immunomodulanti.

In tale direzione si articola il progetto dell'Unità operativa ematologia universitaria (diretta dal Mario Petrini) in col-

laborazione con l'Unità operativa Medicina trasfusionale e biologia dei trapianti, che ha recentemente acquisito la strumentazione che ha permesso di ottenere la coltura standardizzata e automatizzata di cellule staminali mesenchimali: Quantum, dell'americana Terumo. Si tratta sostanzialmente di un isolatore/incubatore dotato di un bioreattore progettato per concentrare la massima superficie disponibile per l'adesione e l'espansione delle cellule nel minor spazio/volume possibile. In sostanza il bioreattore presenta una superficie equivalente a 2,1 metri quadrati, corrispondente a quasi 300 fiasche utilizzate normalmente per coltura. Questo con-

sentente un approccio completamente innovativo al processo di coltura ed espansione cellulare. L'automazione del processo inoltre incrementa la sicurezza, riducendo drasticamente la possibilità di errore da parte dell'operatore, oltre al rischio di contaminazione.

Si tratta infatti di un sistema completamente chiuso che consente di espandere le cellule e di eseguire i controlli di qualità senza aprire il sistema, semplificando l'impiego di tale strumento in ambito farmaceutico e soprattutto in quello della terapia cellulare. Ogni approccio terapeutico che preveda la manipolazione estensiva delle cellule per applicazioni cliniche (quale a esempio



L'équipe della banca delle staminali dell'Aou pisana

l'espansione cellulare), implica infatti l'applicazione di specifiche normative, analoghe a quelle inerenti Ai farmaci. Uno degli aspetti più critici è rappresentato dalla necessità

di eseguire l'intero processo in ambienti classificati, le cosiddette "camere bianche", di cui è dotata l'Unità operativa medicina trasfusionale e biologia dei trapianti.

ACCORDO DI PARTENARIATO CON IL VINMEC INTERNATIONAL HOSPITAL DI HANOI

Pacchetto vietnamita per la Breast Unit

Dal Vietnam a Pisa per apprendere le tecniche chirurgiche più avanzate, il percorso assistenziale integrato nella cura della patologia mammaria, ma anche assimilare le più innovative pratiche di management sanitario in uso all'interno dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa.

È questo il succo dell'accordo concluso con il Vinmec International Hospital di Hanoi che prevede due filoni di partenariato con l'Aou di Pisa: una parte più strettamente sanitaria di tutoraggio sul percorso tipico di una Breast Unit e una parte di training per dieci medici vietnamiti sulle più avanzate metodologie di approccio manageriale in vari settori e attività sanitarie.

L'idea del "pacchetto vietnami-

ta" è nata dopo che l'Azienda ospedaliero-universitaria pisana ha ottenuto l'approvazione per uno dei quattro progetti presentati, nell'ambito dell'iniziativa "Health management school" promossa dall'assessorato alla Salute della Regione Toscana, in collaborazione con Toscana Promozione e con Confindustria Toscana.

Il progetto selezionato è stato il "Training in a Breast cancer center: multidisciplinary approach", presentato dal Centro senologico dell'Aou pisana. Esso prevede che Manuela Roncella, direttore del Centro senologico, insieme a Matteo Ghilli, responsabile del

progetto di formazione, effettueranno nei prossimi mesi un tutoraggio in Vietnam - dove sono già stati per una settimana nel mese di settembre, effettuando visite, consulti, interventi chirurgici e un workshop sul tema - per insegnare operativamente come funziona il percorso assistenziale multidisciplinare per le pazienti affette da cancro al seno. I chirurghi pisani mostreranno quindi ai colleghi vietnamiti l'inquadramento di pazienti con sospette lesioni mammarie, l'iter diagnostico (radiologico) da seguire, la valutazione chirurgica preoperatoria in caso di intervento, l'intervento chirurgico vero e proprio,

il follow-up post operatorio, la discussione multidisciplinare (Gom) del risultato istologico, l'ambiente del trattamento adiuvante.

L'altro aspetto del partenariato con il Vietnam consiste, come detto, in un corso di formazione, per dieci medici dell'Ospedale di Vinmec, della durata di due settimane, in gestione sanitaria avanzata. Durante le settimane di formazione essi avranno modo di conoscere alcune realtà innovative di management sanitario che a Pisa sono in funzione, come l'ottimizzazione dei flussi in pronto soccorso e tutta la rete dell'emergenza-urgenza, il piano persona-

lizzato per ogni paziente, il sistema di gestione dei rischi, il flusso di lavoro in chirurgia elettiva, la chirurgia robotica, il sistema dei trapianti compreso quello del midollo osseo nei bambini, il percorso integrato per le cure endocrine e delle malattie epatiche, il sistema delle banche di sangue e tessuti, la continuità assistenziale ospedale-territorio, il sistema di misurazione della soddisfazione del paziente, la rete fra gli ospedali di Area vasta.

Il progetto formativo è stato reso possibile grazie a un grande lavoro di collaborazione con tutti i professionisti coinvolti, e allo sforzo compiuto dal Settore formazione del personale dell'Unità operativa di Politiche e gestione delle risorse umane.

DOCUMENTI

Protocollo tematico tra Regione, Giustizia, Tribunale di Firenze e Anci



Salute in carcere: ecco l'intesa

Comunità residenziali anche terapeutiche - Ministero in campo sul sociale

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Ecce la delibera 1134 sul «miglioramento delle condizioni di vita della popolazione detenuta: approvazione Protocollo tematico tra Regione Toscana, ministero della Giustizia, Tribunale di sorveglianza di Firenze e Anci»

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, lo schema del Protocollo tematico tra Regione Toscana, ministero della Giustizia, Tribunale di sorveglianza di Firenze e Anci Toscana, di cui all'Allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del bilancio regionale;
3. di dare mandato alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di porre in essere tutti gli atti necessari per dare attuazione al Protocollo d'intesa approvato con il presente atto.

ALLEGATO A

Protocollo tematico tra ministero della Giustizia, Regione Toscana, Tribunale di sorveglianza di Firenze e Anci Toscana

Premesso

- che il ministero della Giustizia e la Regione Toscana, dando corpo alla comune volontà di collaborazione istituzionale, hanno sottoscritto in data 27 gennaio 2010, tramite la delibera di Giunta n. 1153/09 e quella integrativa n. 67/10, cinque Protocolli (Intesa politica, operativo-regionale, Polo universitario, Salute in carcere e Icam) destinati a creare una fruttuosa sinergia per realizzare in modo più compiuto le prescrizioni costituzionali in tema di esecuzione della pena e delle altre misure restrittive e limitative della libertà;
- che il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del ministero della Giustizia e l'Associazione nazionale Comuni d'Italia (Anci) hanno sottoscritto, in data 20 giugno 2012, un Protocollo d'intesa per la promozione del lavoro di pubblica utilità da parte di soggetti detenuti in favore della comunità locale;
- che, in relazione al suddetto Protocollo, attualmente, circa cinquanta Comuni

hanno manifestato il proprio interesse ad avviare specifici progetti integrati per l'individuazione di occasioni di sviluppo e di nuove attività lavorative valorizzando le risorse soggettive delle persone detenute, nonché progetti specifici finalizzati all'acquisizione di competenze significative e sensibili nel mercato del lavoro;

- che nell'ottica di una simile collaborazione, con il presente protocollo, il ministero della Giustizia, la Regione Toscana, il Tribunale di Sorveglianza di Firenze e l'Anci Toscana intendono avviare percorsi virtuosi che valorizzino il lavoro dei detenuti e ne estendano le opportunità, anche in linea con i recenti provvedimenti legislativi che hanno esteso la possibilità di lavoro all'esterno ai c.d. lavori di pubblica utilità;
- che, attraverso la previsione di specifici e reciproci impegni, il ministero della Giustizia, la Regione Toscana, il Tribunale di sorveglianza di Firenze e l'Anci Toscana intendono realizzare misure e interventi finalizzati a migliorare le condizioni del sistema detentivo, dell'area penale interna ed esterna anche nella prospettiva di una sua più compiuta integrazione con il territorio e la comunità di riferimento;
- che tali misure e interventi si rivolgono, in special modo, a particolari soggetti appartenenti alla popolazione detenuta e dell'area penale esterna, quali a esempio tossicodipendenti, che necessitano di specifici percorsi riabilitativi, rieducativi, di responsabilizzazione e di reinserimento sociale e lavorativo.

Si conviene quanto segue:

Articolo 1 - Finalità, collaborazioni e rete territoriale

Il presente Protocollo tematico prevede la realizzazione di una serie di iniziative e progetti concordati, finalizzati a migliorare le condizioni del sistema carcerario regionale con particolare riguardo ai seguenti temi:

- tutela della salute dei detenuti in esecuzione penale, in custodia cautelare o in esecuzione di misure penali non detentive;
- potenziamento delle strutture penitenziarie anche in un'ottica di valorizzazione del territorio e in riferimento alla territorializzazione dell'esecuzione penale;
- ampliamento delle attività trattamentali e degli interventi di supporto relativi ai soggetti in esecuzione penale;
- integrazione del sistema detentivo con il contesto territoriale.

I progetti possono essere gestiti singolarmente o sinergicamente dalle parti firmatarie o dagli Uffici periferici dell'Amministrazione penitenziaria regionale (Istituti penitenziari, Uffici di esecuzione penale esterna), coinvolgendo anche gli Enti locali, eventualmente associati, negli ambiti territoriali di cui al Piano regionale dei servizi sociali e possono prevedere accordi con altri soggetti quali terzo settore, volontariato e privato sociale.

Articolo 2 - Misure finalizzate al recupero e al reinserimento di detenuti con problemi legati alla tossicodipendenza

Al fine di dare piena attuazione ai principi sottesi alla normativa vigente in materia di detenuti con problematiche legate alla tossicodipendenza primariamente rivolti alla riabilitazione e alla risocializzazione di tali soggetti anche attraverso specifici programmi di recupero, la Regione Toscana si impegna a individuare, in accordo con gli Enti locali territorialmente coinvolti, comunità residenziali, anche a sfondo terapeutico, idonee a ospitare, in misura alternativa per arresti domiciliari e/o affidamento in prova ai servizi sociali, fino a un massimo di 300 detenuti per problematiche legate alla dipendenza da sostanze psicotrope e stupefacenti attualmente ristretti negli Istituti penitenziari di Pisa, Prato, Firenze, Lucca, Pistoia e Livorno indipen-

dentemente dalla loro residenza anagrafica garantendo altresì la copertura dei relativi oneri finanziari.

Il ministero della Giustizia, per il tramite del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e della sua articolazione regionale (Prap), si impegna a individuare i detenuti, attualmente ristretti presso i citati Istituti, potenzialmente idonei a essere avviati alle comunità residenziali in oggetto nonché a potenziare, anche con il contributo della Cassa delle ammende e tramite progetti condivisi con la Regione Toscana e con gli Enti locali territoriali, percorsi di avviamento verso il reinserimento e il recupero sociale e lavorativo dei soggetti individuati.

Il ministero della Giustizia si impegna a conteggiare come comunque presenti sul territorio regionale, anche se con residenzialità alternativa, il numero dei tossicodipendenti inseriti nel progetto regionale e a non movimentare in entrata in alcun modo, diretto o indiretto, altri detenuti da fuori Regione in modo anche da contribuire a contenere contemporaneamente il fenomeno del sovraffollamento negli Istituti penitenziari toscani, insieme all'implementazione del ricorso alle misure alternative come prassi corrente per tutti gli altri detenuti negli Istituti penitenziari toscani, salvo ovviamente il normale flusso intraregionale degli arresti.

Articolo 3 - Interventi in materia di strutture penitenziarie

Il ministero della Giustizia e la Regione Toscana si impegnano ad avviare un Tavolo tecnico anche con l'Agenzia del Demanio e con il Commissario straordinario del Governo per l'edilizia penitenziaria volto a valutare congiuntamente, anche eventualmente attraverso l'Istituto della permuta, ipotesi alternative di utilizzo da parte della stessa Regione Toscana di immobili demaniali attualmente destinati a Istituti penitenziari come per esempio le Case circondariali di Massa Marittima, Grosseto ed Empoli.

Lo stesso Tavolo tecnico, nell'ambito delle economie e delle rispettive risorse in campo, potrà anche valutare l'ipotesi della realizzazione di una nuova Casa circondariale nel territorio della Provincia di Grosseto, che sia idonea a ospitare almeno 200 detenuti, anche con il coinvolgimento degli Enti locali interessati.

La Regione Toscana inoltre si impegna a individuare, d'intesa con i Comuni territorialmente competenti, strutture idonee per ospitare case di semilibertà.

Articolo 4 - Interventi di valorizzazione del territorio di Pianosa attraverso il lavoro dei detenuti

La Regione Toscana, anche tramite uno specifico Accordo in Conferenza Stato-Regioni nonché il necessario coinvolgimento delle Amministrazioni territoriali interessate e con il contributo partecipativo dell'Ente Parco dell'Arcipelago toscano, si impegna a valutare e attivare, con apposito cofinanziamento, un progetto per il rilancio dell'isola di Pianosa con finalità agrituristica e ricettiva che preveda opportunità occupazionali per detenuti lavoratori all'esterno ai sensi dell'art. 21, Legge n. 354/75, sino a un massimo di ottanta/cento unità.

Tali detenuti verranno impiegati nelle attività di ripristino degli immobili presenti sull'isola, in particolare nel paese di Pianosa, nelle lavorazioni agricole alle dipendenze di terzi connesse all'agriturismo di cui sopra e in altri settori inerenti alle attività turistico e ricettive o comunque tese alla valorizzazione e tutela dell'isola come già sancito nell'Accordo del 29 giugno 2013 tra l'Ente Parco, il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e il Comune di Campo nell'Elba.

Il ministero della Giustizia si impegna a realizzare la ristrutturazione di una delle strutture penitenziarie presenti sull'isola di Pianosa al fine di incrementare, sino al numero massimo previsto nell'Accordo con la Regione Toscana di cui sopra, la presenza di detenuti lavoratori individuati dall'Amministrazione penitenziaria purché provenienti esclusivamente da Istituti penitenziari della Regione in modo da contribuire a contenere anche il livello di sovraffollamento diffuso.

Articolo 5 - Interventi finalizzati al miglioramento delle misure trattamentali

In linea con i recenti interventi normativi che hanno previsto la possibilità del lavoro all'esterno dei detenuti sotto forma di lavoro volontario e, in attuazione del Protocollo d'Intesa sottoscritto il 20 giugno 2012 dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del ministero della Giustizia e dall'Associazione nazionale Comuni d'Italia (Anci), la Regione Toscana, d'intesa con l'Anci Toscana, si impegna a individuare e finanziare misure idonee a garantire l'avviamento, per detenuti attualmente ristretti negli Istituti penitenziari regionali, di percorsi individuali, di durata determinata, di formazione-lavoro, anche a titolo volontario e gratuito, relativi a progetti di pubblica utilità, secondo quanto previsto dall'art. 21 della Legge 26 luglio 1975 n. 354.

In relazione a tali percorsi la Regione Toscana, d'intesa con l'Anci Toscana, si impegna, altresì, a predisporre entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Protocollo tematico specifici progetti volti a garantire la realizzazione di percorsi formativi, per favorire il reinserimento di 20 detenuti, da sottoporre alla valutazione della Cassa delle Ammende ai fini del relativo finanziamento.

L'Amministrazione penitenziaria si impegna a collaborare nella predisposizione dei progetti prevedendo la propria partecipazione alle richieste di finanziamento alla Cassa delle Ammende nella misura del 50% per ogni singolo progetto e per un importo totale complessivo non superiore a un milione di euro, in relazione al triennio di validità del presente Protocollo tematico.

Al fine di garantire la massima diffusione sul territorio regionale di misure volte al miglioramento dei censati percorsi trattamentali, con particolare riguardo al lavoro esterno, anche a titolo gratuito e volontario, di cui all'articolo 21 della Legge 26 luglio 1975 n. 354, e in linea con le previsioni contenute nel menzionato Protocollo di livello nazionale del 20 giugno 2012, l'Anci Toscana si impegna altresì a promuovere la sottoscrizione di appositi accordi tra il ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e i Comuni della Regione interessati, da realizzare secondo le modalità operative e le forme di finanziamento sopradescritte.

Articolo 6 - Misure a favore del territorio

Il ministero della Giustizia si impegna a realizzare in via sperimentale, nelle pertinenze di una struttura carceraria toscana, un asilo che possa accogliere anche i figli di persone non detenute ed esterne all'Amministrazione Penitenziaria.

La Regione Toscana si impegna a garantire, per tutto il tempo necessario alla realizzazione del progetto sopra descritto, la copertura degli oneri finanziari necessari all'inserimento nell'asilo nido posto all'interno del Palazzo di Giustizia di Firenze dei bambini presenti, con le madri, presso la Casa circondariale di Firenze.

Il ministero della Giustizia inoltre, anche per tramite del Commissario straordinario del Governo per l'edilizia carceraria, si impegna, previo reperimento delle risorse necessarie, a porre in essere gli interventi strutturali antisismici per il com-

pletamento dell'Istituto a Custodia Attenuata per detenute Madri (Icam), sito nel Comune di Firenze in via Pietro Fanfani n. 17, per la ristrutturazione del quale la Regione Toscana ha stanziato euro 400mila già in dotazione della Società della Salute di Firenze quale Ente appaltante ed ha anche prenotato formalmente euro 220 mila aggiuntivi, anche se in via cautelativa, per consentire l'avvio dei lavori necessari, pur sempre in attesa delle risorse del ministero della Giustizia per l'adeguamento antisismico di cui sopra.

Articolo 7 - Provvedimenti della Magistratura

Alla Magistratura di Sorveglianza di Firenze verrà prontamente comunicato, da parte delle Direzioni degli Istituti penitenziari competenti, l'elenco dei soggetti che si trovano nelle condizioni di poter fruire degli interventi oggetto di questo Protocollo Tematico, nonché il nominativo di quelli prescelti, in modo da consentirle di avviare la più celere istruttoria e per poter adottare nel più breve tempo possibile i provvedimenti del caso.

Articolo 8 - Monitoraggio e valutazione

Al fine di garantire una puntuale programmazione congiunta degli interventi necessari all'attuazione degli impegni assunti e dei progetti concordati con il presente Protocollo Tematico, le parti firmatarie stabiliscono di istituire presso la Regione Toscana un Tavolo permanente operativo, composto da un rappresentante della Regione, da un rappresentante del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e della sua articolazione regionale, un rappresentante dell'Anci Toscana, un rappresentante degli Istituti penitenziari richiamati nel presente Protocollo Tematico e un rappresentante della Magistratura di Sorveglianza.

Al fine di verificare congiuntamente e periodicamente la progressiva attuazione degli impegni assunti e dei progetti concordati con il presente Protocollo Tematico, le parti firmatarie stabiliscono di istituire presso l'Ufficio di Gabinetto del ministero della Giustizia una apposita Cabina di regia composta dal ministro o da suo delegato, dal Presidente della Regione Toscana e da un rappresentante dell'Anci Toscana.

Il Tavolo permanente operativo è tenuto a fornire, con cadenza periodica quadrimestrale, alla Cabina di regia tutte le informazioni e i dati aggiornati relativi alla programmazione degli impegni assunti e dei progetti concordati con il presente Protocollo Tematico e alla loro progressiva attuazione.

La Cabina di regia, alla luce dei dati e delle informazioni ricevute, potrà valutare e proporre le modifiche che si rendessero necessarie.

Articolo 9 - Coordinamento e programmazione congiunta degli interventi sul sistema carcerario regionale

Il ministero della Giustizia e la Regione Toscana, per il tramite della Cabina di regia di cui all'articolo precedente, si impegnano a predisporre, entro il primo bimestre di ciascun anno, un piano congiunto e integrato degli interventi di rispettiva competenza, volto a favorire il miglioramento del sistema carcerario regionale e una distribuzione delle risorse disponibili più efficiente, al fine di evitare una frammentazione degli interventi riconducendo in un quadro unitario e omogeneo le linee d'azione da attuare in tema di gestione del sistema penitenziario.

Articolo 10 - Durata

Il presente Protocollo Tematico avrà la durata di tre anni e potrà essere tacitamente rinnovato salvo diversa richiesta di almeno una delle parti firmatarie e previa verifica annuale della rispettiva disponibilità in bilancio delle risorse necessarie per gli interventi previsti.

Sanità
Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO
vice direttore
ROBERTO TURNO
comitato scientifico
Valterre Giovannini
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 1
del 14-20 gennaio 2014 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
Via Tiburtina Valeria (Ss 5) km 68,700
67061 Carsoli (Aq)

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

DOCUMENTI *Definite le dimensioni ottimali per l'organizzazione dell'emergenza*

Aree vaste per le centrali 118



Previsita una fase di transizione - Le nuove regole banco di prova per i Dg

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera numero 1117 sul «Sistema di emergenza-urgenza territoriale - Riorganizzazione delle Centrali operative 118» in base ai territori delle Aree vaste.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Dpr 27/3/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza";

Viste le Linee guida n. 1/1996 in applicazione del sopra richiamato Dpr 27/3/1992, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale, serie generale n. 114 del 17/5/1996;

Rilevato che dal 1997 è attivo sul territorio della Regione Toscana il sistema sanitario di emergenza-urgenza territoriale 118, realizzato ai sensi del Dpr 27/3/92, delle Linee guida attuative n. 1/1996 e dei Piani sanitari regionali, coordinato e gestito dalle Aziende Uu.Ss.Ll. tramite le Centrali operative 118;

Atteso che allo stato attuale sono presenti sul territorio regionale n. 12 Centrali operative 118, una per ogni Azienda Usl;

Dato atto che il Psr 2002-2004 ha individuato l'emergenza-urgenza fra quei settori per i quali le Aziende sanitarie debbono prevedere una funzione di coordinamento di Area vasta;

Vista la Lr 40 del 24/2/2005, recante "Disciplina del servizio sanitario regionale" e in particolare l'articolo 76-ter che definisce il sistema sanitario di emergenza-urgenza come un sistema, complesso e unitario, costituito anche dal sistema di allarme sanitario, composto dalle Aziende Uu.Ss.Ll. attraverso le Centrali operative territoriali;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 53 del 16 luglio 2008 e in particolare il paragrafo 5.5.1. "L'emergenza urgenza territoriale" che prevede, fra l'altro, di ridefinire l'assetto delle Centrali operative per bacini di Area vasta tramite l'elaborazione di un progetto e l'unificazione dei sistemi informativi, radio e telefonici, nonché dei protocolli operativi;

Visto il comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011, n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del programma regionale di sviluppo (Prs) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs 2011-2015;

Visto il Programma regionale di sviluppo 2011-2015, adottato con risoluzione del Consiglio regionale n. 49 del 29/6/2011;

Vista la propria proposta di deliberazione n. 38 del 19/12/2011 con la quale è stata approvata e inoltrata al Consiglio regionale la bozza di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 e in particolare il punto 2.3.2.1. "Emergenza-urgenza territoriale", che, ponendosi in continuità con il precedente Piano, prevede, fra gli specifici obiettivi, quello riferito all'attivazione delle Centrali operative 118 di Area vasta;

Visto il Documento di Programmazione economica e finanziaria 2013, approvato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 161 del 18 dicembre 2012, che individua fra i risultati attesi dell'Area tematica 3 "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", punto 3.1 "Riordino sistema sanitario regionale", linea 2 "Evoluzione del sistema di emergenza-urgenza" la riorganizzazione

delle Centrali operative 118 a livello di Area vasta;

Vista la propria deliberazione n. 754 del 10/8/2012 "Azioni di indirizzo alle Aziende e agli Enti del Ssr, attuativa del DI 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale" che individua la necessità per la Toscana di un ripensamento della propria organizzazione e delle modalità di erogazione dei servizi, prevedendo, fra le specifiche azioni di riordino riferite all'emergenza-urgenza, quella relativa all'unificazione delle Centrali operative di Area vasta;

Vista la legge regionale 27 dicembre 2012, n. 81 che, con riferimento al sistema di emergenza-urgenza territoriale, all'art. 5, co. 1 definisce l'organizzazione delle Centrali operative territoriali di cui all'art. 76-ter, co. 2 della Lr 40/2005 a livello di Area vasta;

Vista la propria deliberazione n. 1235 del 28/12/2012 che ha, in particolare, delineato, nell'allegato A, le principali azioni di riordino, fra le quali l'unificazione delle Centrali operative 118 per Area vasta;

Vista la propria deliberazione n. 47 del 29/1/2013 in ordine all'approvazione dei criteri di riparto e alle modalità di erogazione delle risorse per l'avvio delle azioni di riordino del Ssr;

Viste le proprie deliberazioni n. 442 del 10/6/2013 e n. 741 del 9/9/2013 con le quali è stato istituito il Nucleo operativo sanitario regionale per le maxi-emergenze (Nosme), definendone, al contempo, le funzioni e la relativa composizione;

Viste le progettualità pervenute, in attuazione alla deliberazione Gr n. 1235/2012, da parte di ciascuna Area vasta in ordine alle ricognizioni effettuate presso le singole Aziende Uu.Ss.Ll. finalizzate alle necessarie analisi tecniche, strutturali e delle professionalità operanti nelle Centrali operative 118;

Dato atto che il competente Settore della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale ha effettuato una puntuale ricognizione circa le caratteristiche tecnologiche, strutturali, operative e le professionalità operanti nelle Centrali operative 118 e ha prodotto una specifica relazione, agli atti dell'Ufficio;

Preso atto che con decreto del Direttore generale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale n. 3881 del 25/9/2013 è stata costituita una Commissione tecnica 118 al fine di esprimere una valutazione circa la migliore soluzione organizzativa per il riassetto delle Centrali operative 118 toscane;

Dato atto che la sopra richiamata Commissione ha concluso i propri lavori con l'elaborazione di una relazione tecnica, agli atti della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;

Preso atto che nella relazione della Commissione tecnica 118 si ravvisano le seguenti considerazioni conclusive:

- considerare le caratteristiche di estensione geografica delle tre Aree vaste e quelle di numerosità e densità delle popolazioni in esse residenti in modo stabile o stagionale, la soluzione ideale consiste in un'organizzazione dell'emergenza territoriale gestita da tre Centrali operative 118, con la previsione di un coordinamento regionale;

- per pervenire a tale obiettivo finale, valutare tutte le variabili disponibili (dati di letteratura, dati di attività, realtà geografiche e socio-demografiche interessate), si ritiene necessario e si raccomanda un adeguato processo di transizione, tenendo conto, durante tale periodo, delle aree omogenee sul piano demografico e geomorfologico;

Ritenuto pertanto, in linea con le indicazioni internazionali e nazionali, sia ministeriali che delle principali Società scientifiche

che di settore, con gli atti normativi e programmatori regionali e con le conclusioni della sopra richiamata Commissione tecnica 118, alla luce delle esperienze organizzative e gestionali di altre realtà regionali italiane, di confermare la dimensione di Area vasta quale dimensione ottimale per il riassetto delle Centrali operative 118 del territorio toscano;

Considerato che tale revisione organizzativa permetterà di aumentare i livelli di omogeneità ed efficacia del soccorso tramite l'implementazione strutturale e tecnologica di ciascuna delle Centrali operative 118 a livello di Area vasta, con il conseguente miglioramento del sistema di trasmissione dati, della cartografia e della georeferenziazione della richiesta di soccorso;

Sottolineato che, in conformità a quanto stabilito dalla propria deliberazione n. 1235/2012, ciascuna Centrale operativa 118 di Area vasta disporrà della presenza, 24 ore su 24, di un medico specialista con funzione di gestione sanitaria dell'evento, rappresentando pertanto tale presenza medica un'ulteriore garanzia di sicurezza per il cittadino;

Precisato pertanto che il nuovo assetto organizzativo delle Centrali operative 118 di Area vasta consentirà di aumentare ulteriormente la sicurezza del soccorso, ponendo nuovi obiettivi di qualità per il sistema sanitario toscano di emergenza-urgenza, a tutela dei cittadini e del loro diritto alla salute;

Evidenziato che il ridisegno organizzativo delle Centrali operative 118 permetterà anche l'esportazione, in ambito di Area vasta, delle best practices e delle eccellenze operative oggi esistenti e faciliterà il coordinamento degli interventi di maxi-emergenza con conseguente maggiore efficacia ed efficienza dei medesimi;

Dato atto che le Centrali operative di Area vasta costituiranno esclusivamente il riferimento per la ricezione e la gestione delle richieste di intervento e per la movimentazione dei relativi mezzi di soccorso, restando in essere il rapporto oggi esistente con il territorio, con particolare riferimento alle relazioni con tutti gli Enti e le Istituzioni deputate al soccorso pubblico di emergenza;

Stabilito che il nuovo assetto delle Centrali operative 118 a livello di Area vasta debba concludersi entro il termine del 31 dicembre 2016;

Valutato comunque opportuno, stante la complessità tecnologica e organizzativa necessaria per giungere all'assetto definitivo a livello di Area vasta, prevedere una fase di transizione, nella quale siano operative sei Centrali operative 118 con compiti riferiti alla gestione sia dell'emergenza che dell'urgenza;

Disposto che l'assetto della fase transitoria strutturato in sei Centrali operative 118 debba attivarsi entro la data del 31 ottobre 2014, pervenendo, entro tale termine, all'adeguamento strutturale, tecnico e organizzativo, alla riorganizzazione e formazione del personale e alla elaborazione dei relativi protocolli di Centrale;

Sottolineato che il passaggio dalla fase transitoria alla fase a regime basata su tre Centrali operative 118 di Area vasta dovrà avvenire in tempi congrui e comunque entro il termine ultimo fissato al 31/12/2016;

Ritenuto, anche sulla base delle due sopra richiamate relazioni, di definire l'assetto della fase transitoria individuando le sei Centrali operative 118 nelle seguenti Aziende Uu.Ss.Ll.:

- Azienda Usl n. 3 di Pistoia; - Azienda Usl n. 6 di Livorno; - Azienda Usl n. 7 di Siena; - Azienda Usl n. 8 di Arezzo; - Azienda Usl n. 10 di Firenze; - Azienda Usl n. 12 di Viareggio.

Stabilito pertanto di dare mandato alla

competente Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di predisporre, entro il termine di 120 giorni decorrenti dalla data di approvazione del presente atto, il piano attuativo di riorganizzazione delle Centrali operative 118 per quanto attiene agli aspetti strutturali, funzionali, organizzativi e tecnologici;

Ritenuto necessario che la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, nella stesura del sopra richiamato piano attuativo, si avvalga del supporto dei Coordinatori di Area vasta, dei Direttori generali delle Aziende Uu.Ss.Ll., delle competenze tecnico-professionali dei responsabili delle Centrali operative 118, delle competenze di Estav e di ogni altra figura che possa essere ritenuta necessaria, con la collaborazione dei rappresentanti delle Associazioni di volontariato e della Croce Rossa Italiana ed effettuando il confronto e la concertazione con le Organizzazioni sindacali interessate;

Valutato opportuno che nel predetto piano venga definito anche il cronoprogramma della progressiva adesione di ciascuna delle singole Centrali operative 118 aziendali alla Centrale operativa 118 individuata, in coerenza con il termine stabilito al 31/10/2014;

Ritenuto necessario, al fine di attuare i contenuti del predetto piano, incaricare i Coordinatori di Area vasta e i Direttori generali delle Aziende Uu.Ss.Ll., di provvedere, anche attivando le opportune collaborazioni, all'adeguamento strutturale, tecnico e organizzativo delle Centrali, alla riorganizzazione e alla formazione del personale di Centrale e alla elaborazione dei relativi protocolli, al fine di giungere alla riorganizzazione e all'avvio delle sei Centrali operative 118, individuate nella fase transitoria, entro il termine fissato al 31/10/2014;

Considerato opportuno affidare alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale il monitoraggio e il controllo circa l'attuazione di quanto stabilito nel presente provvedimento, fino alla definizione dell'assetto finale delle Centrali operative 118;

Ritenuto necessario, per la valenza strategica delle attività connesse all'emergenza-urgenza, definire, con successivo intervento, il livello di governo complessivo regionale dell'emergenza urgenza e in particolare per quanto attiene a:

- gestione delle Centrali operative 118;

- gestione delle postazioni di emergenza-urgenza territoriale;

- gestione dell'attività di elisoccorso;

- gestione delle attività connesse alle maxi-emergenze.

Valutato pertanto di dare mandato alla competente Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di avviare il processo di definizione del livello organizzativo regionale dell'emergenza-urgenza, sopra richiamato;

Stabilito che l'adempimento di quanto previsto nel presente atto sarà considerato nell'ambito del processo di valutazione dell'attività svolta dai Direttori generali delle Aziende sanitarie nell'anno 2014;

A voti unanimi

DELIBERA

per le motivazioni in premessa indicate:

1) di confermare, in linea con le indicazioni internazionali e nazionali, sia ministeriali che delle principali Società scientifiche di settore, con gli atti normativi e programmatori regionali e con le conclusioni della Commissione tecnica 118 di cui al decreto dirigenziale n. 3881/2013, alla luce delle esperienze organizzative e gestionali di altre realtà regionali italiane, la dimensione di Area vasta quale dimensione ottimale per il riassetto delle Centrali operative 118 del territorio toscano;

2) di stabilire che il nuovo assetto delle tre Centrali operative 118, una per ciascuna Area vasta, debba concludersi entro il termine del 31 dicembre 2016;

3) di prevedere, considerata la complessità tecnologica e organizzativa necessaria per giungere all'assetto definitivo a livello di Area vasta, una fase di transizione, nella quale siano operative sei Centrali operative 118 con compiti riferiti alla gestione sia dell'emergenza che dell'urgenza;

4) di disporre che l'assetto della fase transitoria strutturato in sei Centrali operative 118 debba concludersi entro la data del 31 ottobre 2014;

5) di definire l'assetto della fase transitoria individuando le sei Centrali operative 118 nelle seguenti Aziende Uu.Ss.Ll.:

- Azienda Usl n. 3 di Pistoia; - Azienda Usl n. 6 di Livorno; - Azienda Usl n. 7 di Siena; - Azienda Usl n. 8 di Arezzo; - Azienda Usl n. 10 di Firenze; - Azienda Usl n. 12 di Viareggio.

6) di dare mandato alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di predisporre, entro il termine di 120 giorni decorrenti dalla data di approvazione del presente atto, il piano attuativo di riorganizzazione delle Centrali operative 118 per quanto attiene agli aspetti strutturali, funzionali, organizzativi e tecnologici;

7) di stabilire che la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, nella stesura del sopra richiamato piano attuativo, si avvalga del supporto dei Coordinatori di Area vasta, dei Direttori generali delle Aziende Uu.Ss.Ll., delle competenze tecnico-professionali dei responsabili delle Centrali operative 118, delle competenze di Estav e di ogni altra figura che possa essere ritenuta necessaria, con la collaborazione dei rappresentanti delle Associazioni di volontariato e della Croce Rossa Italiana ed effettuando il confronto e la concertazione con le Organizzazioni sindacali interessate;

8) di disporre che nel predetto piano venga definito anche il cronoprogramma della progressiva adesione di ciascuna delle singole Centrali operative 118 aziendali alla Centrale operativa 118 individuata, in coerenza con il termine stabilito al 31/10/2014;

9) di incaricare, al fine di attuare i contenuti del predetto piano, i Coordinatori di Area vasta e i Direttori generali delle Aziende Uu.Ss.Ll. affinché gli stessi provvedano, anche attivando le opportune collaborazioni, all'adeguamento strutturale, tecnico e organizzativo delle Centrali, alla riorganizzazione e alla formazione del personale di Centrale e alla elaborazione dei relativi protocolli, al fine di giungere alla riorganizzazione e all'avvio delle sei Centrali operative 118, individuate nella fase transitoria, entro il termine fissato al 31/10/2014;

10) di affidare alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale il monitoraggio e il controllo circa l'attuazione di quanto stabilito nel presente provvedimento, fino alla definizione dell'assetto finale delle Centrali operative 118 a livello di Area vasta;

11) di dare mandato alla competente Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di avviare il processo di governo complessivo regionale dell'emergenza-urgenza e in particolare per quanto attiene a:

- gestione delle Centrali operative 118;

- gestione delle postazioni di emergenza-urgenza territoriale;

- gestione dell'attività di elisoccorso;

- gestione delle attività connesse alle maxi-emergenze.

12) di stabilire che l'adempimento di quanto previsto nel presente atto sarà considerato nell'ambito del processo di valutazione dell'attività svolta dai Direttori generali delle Aziende sanitarie nell'anno 2014. ●

SICUREZZA

Nel 2012 in Toscana si riducono sinistri (-9,4%) e vittime (-6,6%): i dati Sirss

Servizio
Sanitario
della
Toscana

Meno incidenti sulle strade

Il maggior numero di eventi nelle città - L'età più a rischio tra 26 e 55 anni

Meno incidenti, meno morti e meno feriti sulle strade toscane nel 2012. I dati del Sirss (Sistema integrato regionale per la sicurezza stradale), convalidati da Istat, raccontano un anno in cui il numero dei sinistri è calato del 9,4%, quello dei feriti è sceso di 8,4 punti percentuali e quello delle vittime della strada è diminuito del 6,6% rispetto al 2011. Anche se i valori assoluti risultano sempre drammatici (nel 2012 sulle strade toscane si sono verificati 16.911 incidenti con lesioni a persone, si sono avuti 22.780 feriti e 248 vittime della strada), il bilancio dell'anno è comunque positivo dato che rispetto al passato tutti i parametri calano in maniera evidente. Un risultato ancora più evidente se si prende come punto di riferimento non il 2011, ma tutto il periodo 2001-2012. In questo caso i dati mostrano una riduzione costante del numero di incidenti e feriti (entrambi -25% in undici anni) e un dimezzamento del numero dei morti.

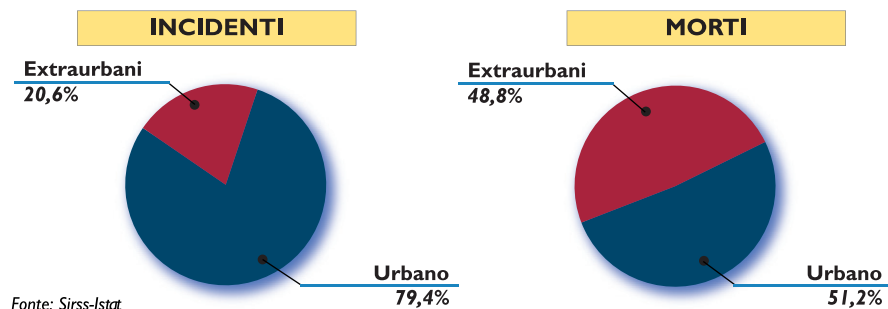
È sulle strade urbane che si verifica il maggior numero di incidenti (79,4% contro il 20,6% delle strade extraurbane), anche se in proporzione risultano più gravi quelli che avvengono in contesto extraurbano. Infatti a un numero molto inferiore di sinistri corrisponde una mortalità quasi equivalente: il 51,2% degli incidenti mortali avviene in città e il 48,8% sulle strade extraurbane. I sinistri avvengono soprattutto nei giorni feriali (nei cinque giorni feriali si verifica il 76,8% degli incidenti, circa il 15% al giorno). Il sabato la percentuale si attesta al 13,5%, la domenica al 9,7%. La fascia oraria in cui si concentrano è quella 8-20 (79,7%), con picchi che corrispondono ai tragitti casa-lavoro e casa-scuola. Si tratta perlopiù di incidenti non gravi. L'indice di mortalità aumenta, invece, nelle ore notturne (dalle 22 alle 7), raggiungendo il picco massimo (6 morti ogni 100 incidenti) nella fascia oraria 4-5.

Analizzando i dati in base ad altri parametri come il sesso, l'età delle persone coinvolte e il tipo di veicolo guidato, emerge che tra i feriti, le femmine rappresentano il 41% del totale, i maschi il 59%, mentre nei decessi le femmine rappresentano il 20% del totale, mentre i maschi sono l'80%.

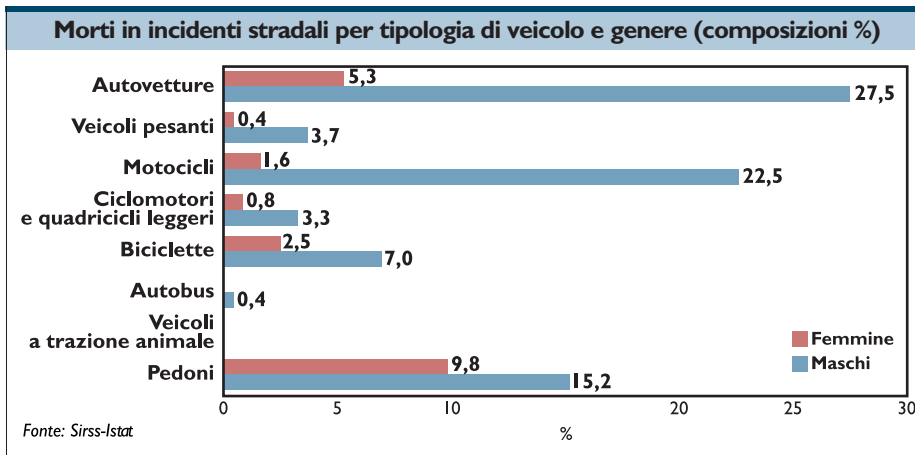
Le fasce di età più soggette a incidenti sono quelle tra i 26 e i 55 anni, nelle quali si concentra la maggior parte dei feriti del 2012. La situazione cambia radicalmente se si considerano, invece, i decessi. In questo caso risultano più a rischio le persone più mature, e in particolare si nota che con l'avanzare dell'età aumenta sensibilmente per le donne il rischio di investimenti stra-

Provincia	Incidenti	Feriti	Morti
Arezzo	1.120	1.657	35
Firenze	5.255	6.817	57
Grosseto	880	1.266	23
Livorno	1.796	2.370	31
Lucca	2.234	3.011	28
Massa Carrara	903	1.234	9
Pisa	1.682	2.290	37
Prato	1.101	1.412	5
Pistoia	1.041	1.456	9
Siena	899	1.267	14
Totale	16.911	22.780	248

Fonte: Sirss-Istat



Fonte: Sirss-Istat



Fonte: Sirss-Istat

dali fatali. Per gli uomini questo incremento è meno evidente, anche perché per la popolazione di sesso maschile in tutte le fasce di età (a eccezione di quella oltre gli 80 anni) è più soggetta a incidenti quando è alla guida del veicolo.

Considerando, invece, i veicoli coinvolti in incidenti, si vede che tra le vittime della strada il 32,8% è morto in auto (27,5% uomini, 5,3% donne), il 24,1% è morto utilizzando un motociclo (22,5% uomini, 1,6% donne), il 9,5% è morto spostandosi

in bicicletta (7% uomini, 2,5% donne), la stessa percentuale, cioè il 4,1%, è morto a bordo di veicoli pesanti (3,7% uomini, 0,4% donne) e di ciclomotori o quadricicli leggeri (3,3% uomini, 0,8% donne), lo 0,4% è morto a bordo di un autobus. Il restante 25% tra le vittime della strada è rappresentato da pedoni deceduti a causa di investimenti (15,2% uomini, 9,8% donne).

Pamela Pucci
Agenzia Toscana Notizie

DIECI ANNI DI INTERVENTI

Politiche regionali: le mete raggiunte

La Toscana ha investito in sicurezza stradale. In circa 10 anni sono stati 180 gli interventi avviati grazie a cofinanziamenti pubblici resi possibili dalle risorse dei cinque programmi attuativi Cipe per la sicurezza stradale. Il valore complessivo delle opere messe in cantiere è di circa 80 milioni di euro. Sono stati realizzati incroci più sicuri, roatorie, marciapiedi, sono state migliorate l'illuminazione e la pavimentazione delle strade ritenute più pericolose. Parallelamente si è lavorato per far crescere la cultura della sicurezza stradale, a tutti i livelli.

Tra le più recenti iniziative messe in campo sono da segnalare:

- un bando da 5 milioni di euro pubblicato nel maggio scorso, che permetterà di cofinanziare i migliori progetti presentati da Province e Comuni non appena il Patto di stabilità lo consentirà. Tra il 2010 e il 2012 la Regione, tramite altri bandi, ha finanziato 94 interventi sul territorio toscano, destinando a Province e Comuni circa 10 milioni di euro, che hanno attivato investimenti per oltre 29 milioni. Per il 2014 è già previsto un nuovo bando per favorire interventi sui tratti stradali ritenuti più critici;
- la nascita dell'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale, previsto dalla Lr 19/2011, che si è costituito lo scorso 2 agosto. L'Osservatorio ha il compito di aiutare la Giunta e il Consiglio regionale e la Giunta regionale nella definizione delle politiche in materia di sicurezza stradale e diffondere anche tramite la conoscenza del proprio lavoro la cultura della sicurezza stradale;
- la decisione di portare avanti anche per il 2013 il progetto Sirss, che coinvolge la Regione, le Province e i Comuni toscani e, indirettamente, anche la Polizia di Stato e l'Arma dei Carabinieri. Il Sirss, nato come strumento per conoscere meglio il fenomeno dell'incidentalità in Toscana e fare da supporto nella programmazione degli interventi di sicurezza stradale, raccoglie e invia a Istat i dati relativi agli incidenti stradali con almeno un ferito, recepisce anche dati ritardatari, promuove azioni per migliorare la velocità di censimento e l'aggregazione dei dati raccolti.

IL COMMENTO DELL'ASSESSORE CECCARELLI

«Risultati frutto di impegno costante e buon uso dei fondi europei»

L'assessore regionale alle Infrastrutture della Toscana, Vincenzo Ceccarelli, è fiero nel presentare i risultati emersi dai dati Sirss sull'incidentalità in Toscana: «I dati del 2012 sono confortanti e ci danno ragione, confermano che abbiamo preso la strada giusta. Migliorare la sicurezza stradale significa non solo limitare la perdita di vite e limitare dei costi sociali altissimi, a esempio quelli delle invalidità permanenti che spesso pesano sulle spalle di chi è vittima di incidenti, ma è una battaglia di civiltà».

«La Regione Toscana - spiega l'assessore - da anni sta lavorando in maniera costante sul tema della sicurezza stradale. Il nostro impegno viene ripagato quando leggiamo che non soltanto cala il numero degli incidenti, ma diminuiscono in maniera significativa quelli mortali, che negli ultimi

11 anni sono addirittura dimezzati. Ovviamente questo non basta, dobbiamo e vogliamo impegnarci sempre di più». «Anche quest'anno - aggiunge Ceccarelli - abbiamo lanciato un bando grazie al quale potremo assegnare ben 5 milioni di euro ai Comuni e alle Province che presenteranno progetti per migliorare la sicurezza della viabilità sul loro territorio, magari intervenendo sui punti più critici. Non appena si allenterà il freno del Patto di stabilità potremo assegnare queste risorse. Stiamo già lavorando anche per il 2014, per fare la stessa cosa e destinare altre risorse ad altri ulteriori interventi di miglioramento della sicurezza stradale».

Gli interventi fatti hanno migliorato strade, incroci, marciapiedi: questo è stato possibile solo grazie all'uso corretto dei fondi destinati dallo Stato ai programmi per la

sicurezza stradale. «La Regione Toscana non ha perso mai nessun finanziamento nazionale destinato alla sicurezza stradale - ha precisato l'assessore - a differenza di altre Regioni, che si sono viste ritirare finanziamenti inutilizzati per un totale di 13,5 milioni, abbiamo trasformato in opere a favore del territorio ogni centesimo a noi assegnato. Il ministero delle Infrastrutture nel maggio scorso ha inserito la Toscana tra le prime Regioni italiane per velocità nella tempistica attuativa, a dimostrazione della nostra volontà di fare e fare in tempi rapidi».

La sicurezza stradale, però, non è legata solo allo stato delle infrastrutture. Fondamentale è il «fattore umano», dunque la correttezza e la sensibilità degli utenti della strada e in particolare dei guidatori. «Sappiamo bene - aggiunge Ceccarelli - che la

sicurezza stradale dipende anche in larga parte dagli stili di vita che conduce chi si mette al volante, dipende dal rispetto delle regole e dunque dalla correttezza di ogni singolo cittadino. Proprio per questo abbiamo voluto dotarci anche di uno strumento più politico, un Osservatorio sulla sicurezza stradale che è composto da tanti soggetti che hanno competenza in materia. L'Osservatorio è appena nato, ma sono certo che sarà molto utile, sia alla Giunta sia al Consiglio regionale, per definire le strategie e migliorare la qualità dei progetti che andiamo a finanziare. Sarà importante per diffondere la cultura della legalità e il rispetto delle regole, per sensibilizzare la popolazione e in particolare i giovani, grazie a una collaborazione con le scuole, circa i corretti stili di vita per chi si mette al volante».

SIENA

Nuovi progetti con la modalità organizzativa sperimentata nell'Aou senese

Così Lean ottimizza il lavoro



Obiettivo: ridurre le attività che non aggiungono valore per il paziente

A metà dicembre è partito a Siena, presso l'Aou Senese, il primo concorso toscano "Lean in Sanità". Si tratta di un'iniziativa che ha stimolato i dipendenti dell'ospedale Santa Maria alle Scotte a ideare progetti per migliorare il lavoro quotidiano attraverso la metodologia Lean, una nuova modalità di organizzazione del lavoro, sperimentata da circa un anno presso l'azienda senese, che ha prodotto ottimi risultati. Il concorso, che si è svolto a metà dello scorso mese, ha

previsto la valutazione di cinque progetti, su trentatré presentati, da una giuria di esperti provenienti da altre realtà sanitarie e Luigi Marroni, assessore regionale al Diritto alla salute che, insieme alla direzione aziendale, supporta attivamente l'innovazione Lean nella riorganizzazione dei flussi ospedalieri. «Il metodo Lean è la base per dare qualità ed efficacia a tutti i nostri processi organizzativi - ha commentato Marroni -. È una metodologia che vede la partecipazione alle soluzioni di tutti

quanti ci lavorano. Dove si riesce ad applicare questo procedimento virtuoso, si ottengono risultati clamorosi dal punto di vista dell'efficienza. Sono sicuro che anche da questo concorso usciranno proposte interessanti, in grado di migliorare la qualità del lavoro e dell'assistenza».

L'evento era gratuito, senza iscrizione e aperto a tutti presso l'Aula Magna del centro didattico. «Si tratta di una giornata dedicata ai protagonisti principali del cambiamento - spiega Giacomo

Centini, direttore amministrativo - cioè ai nostri dipendenti che, avvicinandosi alla filosofia Lean, hanno saputo affrontare aspetti complessi del proprio lavoro, sviluppando veri e propri progetti di miglioramento».

Tutti i progetti in concorso verranno esposti al centro didattico per poterne apprezzare le soluzioni migliorative messe in campo da coloro che lavorano in ospedale e che, grazie a questa strategia e alla specifica formazione Lean, sono divenuti agenti proattivi di

miglioramento. «Porteremo avanti la formazione e i progetti lean anche nel 2014 - conclude Centini -. L'obiettivo principale di questa metodologia è ridurre tutte le attività che non aggiungono valore per il paziente. Eliminando gli sprechi possiamo migliorare la qualità e quantità dell'assistenza, in termini di tempo e risorse ed è un bel risultato per tutti».

Ines Ricciato
ufficio stampa Aou Siena

EMPOLI

Nel piano triennale di trasparenza arriva il Codice etico anticorruzione

L'Asl di Empoli è tra le prime pubbliche amministrazioni in Italia ad adottare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e un proprio Codice etico gettando le basi per l'avvio dell'attuazione delle ultime disposizioni normative per la prevenzione della corruzione e la trasparenza nelle pubbliche amministrazioni. A fine settembre 2013, l'Asl ha risposto positivamente al monitoraggio mirato effettuato dall'Anac sugli obblighi di trasparenza e ha costruito nel proprio sito web istituzionale la nuova sezione «Amministrazione Trasparente» (accessibile direttamente dalla home page). Attualmente è in corso il trasferimento di alcuni dati, informazioni, atti dalle precedenti pagine web (operazione trasparenza, operazione trasparenza risorse umane, anticorruzione e codice etico, bilanci, tempi di attesa, bandi di gara, concorsi, urp), oltre che dalle varie pagine delle strutture organizzative.

Inoltre l'Asl ha predisposto una propria bozza di Codice di Comportamento e a fine novembre ha lanciato sullo stesso una consultazione pubblica, aperta a chiunque abbia interesse a for-

mulare propri suggerimenti, a partire dalle associazioni degli utenti e dei consumatori. La bozza di Codice, con l'avviso della consultazione aperta, è pubblicata sul sito web istituzionale (sono state pubblicate specifiche news e dedicati articoli di quotidiani). Come previsto dalla normativa, è stata pubblicata la relazione del responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione sulle attività svolte nel corso del 2013, ed è in fase di completamento da parte di tutti i responsabili delle strutture amministrative e tecniche la mappatura dei procedimenti amministrativi e dei processi gestionali al fine di valutare il rischio corruzione su ciascuno di essi.

A conclusione di questa attività prenderà avvio la stesura della bozza del Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2014-2016 (che contiene al proprio interno l'apposita sezione dedicata al programma triennale per la trasparenza e l'integrità), sulla quale sarà attivata apposita consultazione pubblica.

Maria Antonietta Cruciatà
ufficio stampa Asl 11 Empoli

EMPOLI/2

Edilizia bio eco-sostenibile nell'Asl: aumenta il benessere dei cittadini

A metà dicembre è stato firmato un protocollo d'intesa tra Provincia di Grosseto, Società della Salute di Empoli e Valdarno Inferiore, Asl 9 di Grosseto e Asl 11 di Empoli per la condivisione del Regolamento per l'edilizia bio eco-sostenibile (Res) redatto dal gruppo di lavoro interdisciplinare e interistituzionale del Dipartimento di prevenzione dell'Asl empolesse.

Lo strumento, già operativo in diversi Comuni dell'Empolese Valdelsa, disciplina le trasformazioni edilizie secondo criteri di compatibilità ambientale, eco-efficienza energetica, confort abitativo, salute dei cittadini, incentivando risparmio e uso razionale delle risorse primarie, la riduzione dei consumi energetici, l'utilizzo di energie rinnovabili, la salubrità degli ambienti interni.

«Il Res ha ricevuto tre riconoscimenti da parte della Regione Toscana - ha detto il direttore generale dell'Asl 11 Monica Piovi - ed è stato dichiarato il Regolamento per l'edilizia sostenibile più "eco" del centro Italia dal III Rapporto On-Re che esamina la trasformazione dei regolamenti edilizi comunali, in termini di sostenibilità ambientale».

Il Regolamento è stato approvato dai 15 Comuni dell'Empolese Valdelsa e del Valdarno Inferiore rappresentanti dalle due rispettive Società della Salute, producendo un ottimo risultato, unitario e omogeneo in un ambito regionale, dove a oggi sono state emanate solo "Linee Guida" di riferimento. Grazie al protocollo d'intesa siglato poche settimane fa il Res può essere messo a disposizione dei Comuni della Provincia previa valutazione e adattamento alle specificità del territorio da parte degli stessi e nel tavolo tecnico appositamente costituito. Oltre ai Comuni, anche i liberi professionisti e le categorie imprenditoriali potranno disporre del documento come una vera e propria guida unitaria e condivisa.

«Abbiamo aderito al protocollo per l'applicazione del regolamento, condividendone in pieno lo spirito e la filosofia - ha dichiarato il direttore amministrativo dell'Asl 9, Daniele Testi - Siamo del resto convinti che sia un dovere delle Asl occuparsi non solo di produzione di servizi sanitari, ma anche di salute, a partire da quella dell'ambiente in cui viviamo».

M.A. Cruc.

**Guida unitaria
e condivisa anche
per i professionisti**

PISA

A Volterra Casa della salute integrata all'interno del distretto

Anche Volterra avrà la sua casa della salute, all'interno del distretto socio-sanitario: già da lunedì 16 dicembre sono partite le attività con la presenza dei primi 7 medici di famiglia.

Dai primi di gennaio, grazie al finanziamento regionale, si completeranno i lavori di ristrutturazione che consentiranno di ampliare il numero degli ambulatori a disposizione dei medici di famiglia e una migliore integrazione con il personale del distretto. Si tratta di un passo che rientra nel progetto regionale che mette al centro le cure primarie in un'ottica di integrazione con il livello specialistico con attività che si svolgono all'interno del distretto.

I medici di medicina generale assicureranno la loro presenza anche nel centro storico e nelle frazioni periferiche, sottolineando l'importanza dell'integrazione ospedale-territorio. «La casa della salute di Volterra - sottolinea il direttore generale dell'Asl 5 Pisa, Rocco Damone - completa l'offerta territoriale in Alta Val di Cecina, poiché si aggiunge alla casa della salute già esistente nei Comuni di Pomarance e Castelnuovo».

Tutti i medici trasferiranno parte dei loro ambulatori all'interno

della struttura distrettuale integrandosi con il personale che già vi lavora: infermieri, pediatri, specialisti, amministrativi, assistenti sociali, medico di comunità. La particolarità della sede del presidio distrettuale all'interno dell'ospedale è una condizione ideale per consentire l'integrazione dei medici di medicina generale anche con gli specialisti ospedalieri per una presa in carico congiunta dei pazienti sia ambulatoriale che di degenza, condizione che costituisce il gold standard di ogni sistema sanitario avanzato, perciò oggi sono qui anche operatori e primari dell'ospedale. Nei prossimi mesi l'attività della Casa della salute sarà continuamente monitorata.

«I vantaggi per i cittadini saranno molteplici - hanno fatto presente alcuni medici - dall'integrazione dei generalisti con il personale di distretto, al mantenimento degli ambulatori dei medici di famiglia nelle frazioni periferiche, dall'apertura di ambulatori anche in centro storico alla realizzazione di un modulo della sanità di iniziativa per la presa in carico proattiva delle patologie croniche».

Daniela Gianelli
ufficio stampa Asl 5 Pisa

**Sette generalisti
già all'opera
nell'unica struttura**

IN BREVE

AREZZO

Cresce la capacità di intervento dell'area di rianimazione dell'ospedale del Casentino a Bibbiena. In queste settimane i tecnici stanno lavorando a una ristrutturazione dei locali di terapia intensiva per ricavare ulteriori 2 posti letto assistiti con respiratore che andranno a integrare i 4 posti letto già esistenti di rianimazione (terapia intensiva). I lavori e i relativi collaudi sono previsti prima della fine di gennaio 2014. Grazie all'impegno e alla disponibilità sia dei tecnici che dei medici della Tim e del suo responsabile, Antonio Quacquarelli, è stato possibile mantenere operativa la struttura per i ricoveri d'urgenza. L'opera viene realizzata grazie anche alla donazione di 50mila euro effettuata da un privato cittadino di Bibbiena, che ha preferito rimanere anonimo. I lavori, nel loro complesso, costeranno 115mila euro.

PISTOIA

«L'ospedale Pacini di San Marcello è un modello di integrazione col territorio, da replicare anche in altre realtà. Con questa riorganizzazione diamo stabilità alla struttura e garanzie ai cittadini». Le parole sono dell'assessore al Diritto alla salute Luigi Marroni, che a dicembre si è incontrato con il sindaco di San Marcello Silvia Maria Cormio, il presidente di Uncecm Toscana Oreste Giurlani, il direttore generale della Asl 3 Pistoia Roberto Abati e tutta la direzione dell'azienda, ribadendo che non c'è alcuna intenzione di chiudere gli ospedali piccoli ma di assegnare a ciascuno un ruolo specifico. «Con la riorganizzazione, i bisogni della popolazione trovano adeguata risposta - ha detto il Dg dell'Asl 3, Roberto Abati -. L'impegno dell'azienda è di dare piena attuazione al documento di programmazione».

GROSSETO

A metà dicembre si è svolta la cerimonia di laurea per 33 studenti del corso in Scienze infermieristiche, che hanno discusso le tesi, per la prima volta dall'istituzione del corso stesso, direttamente al Polo universitario di Grosseto. Si è trattato di un evento importante, fortemente voluto dalla Asl 9 e dal Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e Neuroscienze dell'Università di Siena, e che, grazie alla collaborazione del Polo universitario di Grosseto, ha consentito che la cerimonia venisse fatta alla sede di via Ginori in città. Numeroso il pubblico che ha assistito alla discussione delle tesi, a coronamento di un corso che si tiene tutto nelle sedi della Asl 9 e del Polo universitario. All'occasione è stato confermato che il corso di laurea in Scienze infermieristiche proseguirà negli anni successivi.

PISA

Primo atterraggio di prova il 13 dicembre dell'elisoccorso Pegaso della Regione Toscana sulla piazzola sopra l'Edificio 31 del Dea-Dipartimento di emergenza-accettazione di Cisanello. A bordo solo personale di equipaggio perché l'elicottero tornava da un trasporto sanitario di emergenza all'ospedale di Siena. Al ritorno si è fermato a Pisa per effettuare il primo atterraggio di prova. Adesso dovranno essere effettuati anche atterraggi di prova in notturna prima di dare l'ok all'operatività per questa funzione. Le procedure si sono svolte regolarmente, alla presenza di tutto lo staff tecnico previsto dalle procedure di sicurezza, della direzione aziendale e di personale del Dea. I ritardi accumulati finora per ottenere la piena operatività dell'elisuperficie sono da imputare principalmente a procedure autorizzative.



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.

