

# Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 3  
anno XVII del 27 gen.-2 feb. 2015  
per la pubblicazione sul sito  
della Regione Toscana  
www.regione.toscana.it

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

**La foto efficace di una sanità più efficiente**

di **Francesco Cipriani** \*

**L**a Relazione sanitaria regionale 2009-2013 fa il punto su cosa è successo della salute dei toscani nel periodo di riferimento dell'ultima legislatura, su cosa ha fatto il servizio sanitario regionale per affrontare le criticità sanitarie e gli esiti e le performance dei servizi sanitari messi in campo come risposta ai bisogni dei cittadini. Anche questo rapporto, come i precedenti, è stato redatto dall'Ars Toscana e dalla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Il documento riporta un quadro esaustivo sullo stato di salute dei toscani e sui suoi determinanti, in particolare, quelli che incidono di più sulla durata della vita e sulla qualità degli anni vissuti: fumo di tabacco, consumo di alcol, alimentazione e attività fisica, ma anche la qualità dell'ambiente in cui si vive. Nel rapporto si passa poi a esaminare la diffusione in Toscana delle malattie più importanti e i volumi e la qualità dei servizi sanitari utilizzati dai toscani per risolvere i loro problemi di salute.

Si tratta di interventi di prevenzione: dalle vaccinazioni ai controlli sugli alimenti, fino agli screening medici. In caso di malattia si fa invece riferimento ai volumi delle attività diagnostiche, farmacologiche e ai trattamenti medici e chirurgici ospedalieri, fino a quelli riabilitativi e delle Residenze per anziani (Rsa).

In pratica, con esclusione delle prestazioni del privato, si presenta il pa-

CONTINUA A PAG. 2

**SSR A BILANCIO** Sono positivi i dati della Relazione sanitaria regionale 2009-2013

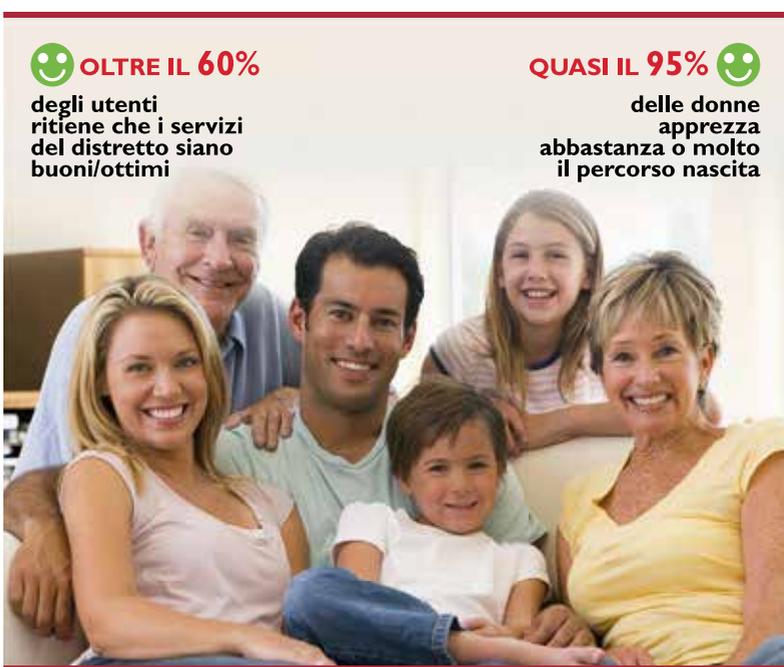
## La buona salute dei toscani

**Migliora l'appropriatezza delle prestazioni - Cresce l'aspettativa di vita**

I toscani sono in salute e sempre più longevi: lo confermano i dati su salute e servizi raccolti nella Relazione sanitaria regionale 2009-2013, che l'Agenzia regionale di sanità, Ars Toscana, ha curato insieme alla Direzione generale Salute. Una sintesi della relazione, che evidenzia gli aspetti e i fenomeni più importanti anticipando la versione completa della relazione stessa, prevista in uscita entro i primi mesi del 2015, è stata presentata poco prima di Natale dall'assessore al Diritto alla Salute Luigi Marroni, insieme al direttore dell'Ars Francesco Cipriani, al presidente della IV Commissione Sanità del Consiglio regionale e al Dg dell'assessorato Valtere Giovannini.

Ecco i dati più significativi che sono emersi dall'indagine. La salute dei toscani è buona, spesso migliore di quella degli italiani e sempre in miglioramento. Continua infatti a diminuire la mortalità a tutte le età e in entrambi i generi, grazie anche a nuovi farmaci e tecnologie mediche sempre più avanzate. In particolare, la mortalità infantile ha ormai raggiunto valori minimi (3,1 per mille). Tra le più alte in Italia e nel mondo (ai livelli del Giappone) è l'aspettativa di vita in Toscana: 85 anni le donne, 80 anni gli uomini.

L'assistenza in gravidanza ha raggiunto un ottimo livello, anche fra le donne straniere e le italiane a basso reddito, seguite dai consultori, che assicurano loro visite ed ecografie come da indicazione regionale. La media di figli per donna è piuttosto bassa - solo 1,4 figli, in linea con la media nazionale - e l'età media al parto, come in Italia, è sempre più elevata - 32 anni, con più problemi di fertilità. Ma i bambini toscani sono sani, di buona costituzione e nascono soprattutto con parto naturale: la percentuale dei cesarei è la più bassa in Italia, 26% in Toscana contro il 38% del dato nazionale. Buono anche il livello di allattamento al seno: 76% alla dimissione dal punto nascita, contro il 64% nazionale. La Toscana è stata altrettanto attiva a promuovere la posizione supina per il sonno del neonato, posizione considerata la più corretta per evitare gli sporadici casi (in Toscana 0,2 per mille) di morte in culla (Sids).



**OLTRE IL 60%**  
degli utenti ritiene che i servizi del distretto siano buoni/ottimi

**QUASI IL 95%**  
delle donne apprezza abbastanza o molto il percorso nascita

### SOSTEGNO ALLE DONNE

## Ospedali antiviolenza col bollino rosa

L'Osservatorio Onda premia il Careggi di Firenze e il Misericordia di Grosseto

**D**ue ospedali toscani, l'Aou di Careggi a Firenze e l'Ospedale Misericordia di Grosseto, hanno ricevuto i riconoscimenti dell'Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna, per il concorso Best Practice, nell'ambito del Programma Bollini Rosa, che ogni anno premia le strutture che si distinguono per i servizi rivolti alle donne. Gli ospedali italiani premiati per le Best practice nell'assistenza alle donne che hanno subito violenza sono sette: due di questi sono, appunto, toscani.

L'Aou di Careggi ha ricevuto il premio per il Centro di riferimento regionale per la violenza e l'abuso sessuale su adulte e minori. La motivazione: «Per la rilevanza del servizio a livello regionale e per il suo contributo nel migliorare la gestione della donna vittima di violenza sessuale dal punto di vista clinico, psicologico e sociale, garantendo un'efficiente presa in carico della paziente in pronto soccorso e assicurando la continuità assistenziale sul territorio».

L'ospedale Misericordia di Grosseto è stato premiato per il Codice Rosa. La motivazione: «Per la promozione e l'utilizzo di sistemi di codifica virtuale orientati a identificare casi di violenza dichiarata o sospetta per ottimizzare la presa in carico protetta della donna vittima di violenza domestica o sessuale al momento dell'accesso in pronto soccorso, con un supporto integrato multidisciplinare».

I toscani hanno in generale stili di vita un po' più corretti rispetto agli italiani: sono più sportivi e meno obesi, ma le donne toscane fumano di più delle italiane, soprattutto le adolescenti. Un adolescente su tre ha provato almeno una volta una droga, mentre continua a crescere la dipendenza dal gioco d'azzardo a tutte le età. I primi rapporti sessuali sono sempre più precoci ma fra i ragazzi si usa sempre meno il profilattico, trascurando i rischi di malattie a trasmissione sessuale. Il rischio più alto nell'adolescenza è quello di incidenti e traumi. Elevati risultano gli standard di prevenzione, cure e riabilitazione nella nostra Regione e anche i giudizi dei toscani sul proprio sistema sanitario sono positivi.

Si cominciano ad avvertire gli effetti della crisi, con segnali finora variabili e più evidenti per gli stili di vita, che incidono tendenzialmente di più sui gruppi di popolazione più fragili a livello socio-economico. In tempi di crisi i cittadini continuano a preferire il sistema pubblico al privato per le prestazioni ad alto contenuto professionale e per gli esami che richiedono tecnologie più avanzate. Nel lungo periodo la crisi potrebbe però produrre un rallentamento del trend positivo di salute e un incremento delle disuguaglianze, perché rischia di compromettere la sostenibilità dei sistemi sanitari, a danno proprio delle fasce sociali più deboli.

Per mitigare gli effetti della crisi, tutelare le fasce più deboli e garantire equità di accesso alle cure, la Toscana ha messo in piedi diverse iniziative, tra cui l'intervento sul ticket messo in atto per arginare la riduzione delle risorse economiche pubbliche per la salute. Anticipando la misura nazionale in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria, la Toscana già nel 2011 ha stabilito che l'ammontare del ticket aggiuntivo - introdotto a livello nazionale - non sia uguale per tutti, ma sia invece proporzionato al reddito familiare.

**Fabio Voller**  
dirigente Ars Toscana

ALTRI SERVIZI A PAG. 2/3

### CONTROCANTO

## Siamo bravi ma attenzione ai passi falsi

di **Gavino Maciocco** \*

«**L**e disuguaglianze nella salute, tra Paesi e all'interno dei Paesi, non sono mai state così grandi nella storia recente. Noi viviamo in un mondo di Paesi ricchi pieni di gente povera e malata. La crescita delle malattie croniche minaccia di allargare ancora di più questo gap. Gli sforzi per prevenire queste malattie vanno contro l'inte-

resse commerciale di operatori economici molto potenti e questa è una delle sfide più grandi da affrontare nella promozione della salute». (...)

«Negli anni '80, quando parlavamo di collaborazione multisettoriale per la salute ciò significava lavorare insieme a settori amici

CONTINUA A PAG. 2

### LEGGI E DELIBERE

#### ▼ Palliative/1: 600mila euro per l'Adi

La giunta regionale ha deciso di sviluppare l'assistenza domiciliare palliativa con azioni di sistema finalizzate a definire, formalizzare e strutturare percorsi e strumenti per la continuità assistenziale e a potenziare l'offerta dei servizi domiciliari per l'assistenza di fine vita. Questa determinazione è stata decisa dopo un'attenta ricognizione relativa alla situazione dell'assistenza domiciliare palliativa in tutta la Regione. Grazie al provvedimento, saranno messi in campo, e destinati alle aziende sanitarie della Toscana, circa 600 mila euro. (Delibera n. 1239 del 22/12/2014)

#### ▼ Palliative/2: formare e informare

La Regione supporterà la formazione in materia di cure palliative e terapia del dolore del personale sanitario e socio-sanitario, anche già operante. La giunta ha incaricato e finanziato, a tale fine, con circa 150mila euro, le Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena di realizzare corsi di perfezionamento, corsi di aggiornamento e/o master di I o II livello. Ma anche supportare il Settore regionale competente per l'organizzazione di un evento dedicato alle cure palliative nel 2015, per l'informazione dei cittadini e dei caregiver e l'integrazione degli operatori delle reti. (Delibera n. 1271 del 22/12/2014)

### ALL'INTERNO

**Ticket, Isee aiuta i deboli**  
A PAG. 2

**Più sinergie con l'esercito**  
A PAG. 4-5

**Risk, è l'anno del «Lean»**  
A PAG. 6

SSR A BILANCIO Il peso della crisi economica sulla sostenibilità del sistema sanitario



# Ticket light per l'indigente

Sarà il reddito Isee a determinare la compartecipazione alla spesa

Sul complessivo quadro positivo di salute incombe l'incertezza legata alla crisi economica, che stiamo monitorando e che dà segnali variabili, finora più evidenti per gli stili di vita e che incidono tendenzialmente di più sui gruppi di popolazione più fragili dal punto di vista socio-economico.

Nel lungo periodo la crisi potrebbe produrre un rallentamento del trend positivo di salute e un incremento delle diseguaglianze: la crisi rischia infatti di compromettere la sostenibilità dei sistemi sanitari, a danno proprio delle fasce sociali meno avvantaggiate. Per mitigare gli effetti della crisi, tutelare le fasce più deboli e garantire equità di accesso alle cure, la Toscana ha messo in piedi diverse iniziative. Va in questo senso anche l'intervento sul ticket messo in atto per arginare la riduzione delle risorse economiche pubbliche per la salute.

Anticipando la misura nazionale in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria, la Toscana ha infatti stabilito che l'ammontare del ticket aggiuntivo - introdotto a livello nazio-

I dati demografici in Toscana		
Residenti in Toscana al 1° gennaio 2014: 3.750.000		
di cui stranieri: 387.000		
le 3 etnie più numerose: Romania (20%), Albania (19%), Cina (11%)		
Bambini <15 anni 13%	Adulti 13-64 anni 63%	Ultra65enni 24%
Aspettativa di vita alla nascita, anni:	80,1 Maschi	84,8 Femmine
Nati nel 2013: circa 30.000		Morti nel 2013: circa 42.000
Entrati in Toscana nel 2013		
Da altri Comuni italiani: 91.850		Dall'estero: 23.167
Usciti dalla Toscana nel 2013		
Verso altri Comuni italiani: 86.160		Verso l'estero: 7.250

nale - non sia uguale per tutti, ma sia invece proporzionato al reddito familiare: cioè aumenti all'aumentare del reddito, certificato dalla dichiarazione Isee. In Toscana si è quindi voluto applicare un sistema di compartecipazione alla spesa mirato a tutelare le fasce più vulnerabili della popolazione.

Qualche effetto della crisi si può vedere anche per quanto riguarda il ricorso ai servizi sanitari: le prestazioni sanitarie specialistiche si sono leggermente ridotte (-3%), ma il fenomeno può essere letto almeno all'inizio anche in senso favore-

vole, come un ridimensionamento dell'eccesso di medicalizzazione o come uno spostamento su prestazioni in ambito privato.

A questo si contrappone comunque un lieve aumento delle attività cliniche e della diagnostica strumentale (+3% e +5%). I cittadini continuano a preferire il sistema pubblico al privato per le prestazioni ad alto contenuto professionale e per gli esami che richiedono tecnologie più avanzate.

a cura di  
Ars Toscana

## IN TOSCANA VALORI MINIMI

### Efficienza e prevenzione per ridurre la mortalità

Gli indicatori sanitari ci dicono che la salute dei toscani è buona, spesso migliore di quella degli italiani e sempre in miglioramento. Continua infatti a diminuire la mortalità a tutte le età e in entrambi i generi, grazie anche a nuovi farmaci e tecnologie mediche sempre più avanzate.

In particolare, la mortalità infantile è arrivata ormai in Toscana a valori minimi (3,1 per mille nel primo anno di vita - dato 2010) ed è il segnale più chiaro, condiviso a livello internazionale, del buon funzionamento dei sistemi sanitari.

Altro segnale positivo è la riduzione della mortalità prematura, cioè prima dei 65 anni, e della mortalità evitabile con interventi di prevenzione e cure tempestive, assicurate dal sistema sanitario toscano,

Mortalità - Tassi e cause principali (2006-2010)					
Da 1 a 4 anni		Da 5 a 9 anni		Da 10 a 14 anni	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
13,2	12,8	7,9	7,3	13,5	9,0
Tumori 22,7%		Tumori 30,5%		Traumatismi e avvelenamento 35,3%	
Maformazioni congenite 21,2%		Traumatismi e avvelenamento 27,9%		Tumori 27,4%	
Traumatismi e avvelenamento 19,7%					

N.B.: maschi e femmine per 100.000

che cura le malattie ma è

anche il cardine del welfare

e della coesione sociale.

Si vive più a lungo: non tanto perché ci si ammala meno, ma perché si sopravvive di più alle malattie. È certamente così per i tumori e le malattie cardiovascolari, che da sole rappresentano quasi i 2/3 delle cau-

se di morte.

E per molte malattie croniche invalidanti è comunque migliorata, anche di molto, la qualità della vita grazie ai grandi successi della medicina: nuovi farmaci, cure attente, interventi chirurgici selettivi e meno invasivi, nuove vaccinazioni.

## GIUDIZI POSITIVI

### Assistenza, lo standard è di alto livello

Secondo gli indicatori misurati, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione sostenuti dal sistema sanitario toscano sono su livelli quasi costantemente al di sopra o in linea con gli standard nazionali, spesso ai vertici della classifica delle Regioni italiane e su elevati livelli internazionali, a volte con vere e proprie eccellenze. Raramente con valori mediocri.

Lo dimostrano i dati rilevati a livello nazionale sulle prestazioni e sugli esiti delle cure ospedaliere e territoriali, presenti nella nostra Regione in modo capillare. Anche per quanto riguarda i Livelli essenziali di assistenza (Lea), cioè le prestazioni e i servizi che il Sistema sanitario nazionale deve garantire ai cittadini gratuitamente o dietro pagamento di un ticket, la Toscana negli ultimi anni è risultata adempiente, insieme a poche altre Regioni italiane. Ciò

ha rispettato tutti gli obiettivi previsti nel monitoraggio ministeriale con notevoli miglioramenti sia in termini di punteggio che di posizione.

Anche i giudizi dei cittadini toscani sul proprio sistema sanitario sono positivi: oltre l'80% degli utenti esprime un giudizio buono/ottimo sul proprio medico di famiglia; oltre il 60% ritiene che i servizi del distretto sono buoni/ottimi; il percorso nascita è apprezzato abbastanza o molto da quasi il 95% delle donne. In ospedale l'84% dichiara di aver ricevuto un'assistenza buona/ottima e il 91% ritiene che l'assistenza al pronto soccorso è sufficiente/ottima.

Alcune difficoltà semmai si rilevano nell'accesso alle prestazioni diagnostiche e per alcuni interventi chirurgici, ma superate le difficoltà ad accedere ai servizi, il cittadino ottiene ciò di cui ha bisogno.

### La soddisfazione per il sistema toscano

- Il giudizio sul medico di famiglia è **ottimo** per il **31%** degli utenti e buono per il **50%**
- Oltre il **60%** degli utenti ritiene che i servizi del distretto sono **buoni/ottimi**
- Il **40%** degli utenti non ha ricevuto dal medico di famiglia indicazioni su alimentazione e attività fisica
- Il **50%** degli utenti non è informato sui servizi della propria Asl
- Il percorso nascita è apprezzato abbastanza o molto da quasi il **95%** delle donne
- In ospedale l'**84%** degli utenti dichiara di aver ricevuto un'assistenza **buona/ottima** e il **79%** ritiene che l'organizzazione del reparto è **buona/ottima**
- Il **91%** degli utenti ritiene che l'assistenza al pronto soccorso è **sufficiente/ottima**



### CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

come istruzione, casa, nutrizione, acqua e igiene. Quando la sanità collaborava con il settore educativo e con quello che si occupava di acquedotti e fognature, i conflitti d'interesse erano una rarità. Oggi a convincere le persone a condurre stili di vita sani e adottare comportamenti salubri ci si scontra con forze che non sono così amiche. Anzi non lo sono per niente. Gli sforzi per prevenire le malattie croniche vanno contro gli interessi commerciali di potenti operatori economici. Secondo me, questo è la più grande sfida che si trova di fronte la promozione della salute». (Margaret Chan, direttore generale dell'Oms).

Anche la Toscana, naturalmente, si trova ad affrontare

l'epidemia di malattie croniche e della multi-morbidità. Anche in Toscana si allargano, fin dall'infanzia, le diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria. Servirebbero interventi di prevenzione di larga portata, basati su un approccio multisettoriale e su una reale integrazione socio-sanitaria.

Servirebbero le "Società della Salute" (Sds) che erano nate in Toscana proprio per promuovere questo tipo d'interventi. Ma la strategia delle Sds è stata abbandonata proprio quando ce ne sarebbe stato il massimo bisogno. Servirebbe una forte "Sanità d'iniziativa", in grado d'intercettare i bisogni dei pazienti cronici nelle fasi iniziali della malattia, di prevenire gli aggravamenti e le complicanze,

di potenziare e innovare il sistema delle cure primarie.

Anche in questo caso la Toscana è stata la prima Regione a promuovere questa strategia, ma si corre il rischio di ripetere la deludente esperienza delle Sds: si lancia un'idea brillante e coraggiosa, si avviano esperienze interessanti, ma poi mancano la capacità e la volontà di consolidarle e generalizzarle. La Sanità d'iniziativa, con il Chronic care model, è stata avviata nel 2010, raggiungendo rapidamente il 35% di copertura dei medici di famiglia coinvolti. Ma negli ultimi due anni lo sviluppo si è rallentato e la copertura è oggi al di sotto del 45%, con forti differenze tra Asl.

\* Università di Firenze

### La foto efficace... (segue dalla prima pagina)

norama completo dell'offerta garantita dal servizio sanitario regionale. In questo documento, fin dove possibile, tutte le informazioni epidemiologiche e quelle sulle prestazioni del Ssr sono riportate con livello di dettaglio geografico di azienda sanitaria e sono confrontate con i valori nazionali, di altre Regioni o di altri Paesi. In questo modo, chi legge può rendersi facilmente conto se i livelli di salute e di qualità dei servizi sanitari in Toscana sono migliori, peggiori o simili con quanto accade in altri contesti, e se ci sono differenze significative all'interno del territorio regionale.

Per la stesura di questa relazione l'Ars ha utilizzato le proprie banche dati, che contengono informazioni individuali e anonime dei cittadini toscani che han-

no usufruito di una qualsiasi prestazione sanitaria in ambito pubblico. Ma anche quelle di altri enti, istituti, uffici e gruppi di ricercatori.

La relazione che ne emerge è tra le più complete tra quelle prodotte a livello nazionale. E questo si deve alla felice abbondanza nella nostra Regione di un gruppo di professionisti esperti in epidemiologia, statistica e qualità dei servizi e di sanità pubblica, solo parzialmente disponibili invece nelle altre Regioni italiane. È un'altra specificità del servizio sanitario toscano, che ha scelto di identificare e misurare sistematicamente le criticità del sistema, piuttosto che affidarsi a valutazioni occasionali e aneddotiche.

\* direttore Ars Toscana

**SSR A BILANCIO** Buona l'assistenza in gravidanza, il 76% delle mamme allatta al seno

# Meno bambini ma in salute



**Mortalità neonatale sotto controllo, coperture vaccinali elevate (95%)**

Come in Italia anche in Toscana le nascite sono in lenta ma continua discesa dal 2009: di più nelle coppie italiane, ma adesso anche fra le straniere, probabilmente per via della crisi economica. Nel 2013 i nuovi nati nella nostra Regione sono stati poco meno di 30mila, perlopiù con parto naturale. La percentuale dei nati con taglio cesareo è del 26% (in Italia è il 38%), la più bassa in Italia: altro segnale dell'alto livello dei servizi offerti dal sistema, anche se lontani dai valori europei. Ormai ogni donna toscana fa in media solo 1,4 figli (in linea con la media nazionale) e l'età media al parto è, come in Italia, sempre più elevata - 32 anni - con maggiori problemi di fertilità.

L'assistenza in gravidanza ha raggiunto un ottimo livello in Toscana, anche fra le donne straniere e le italiane a basso reddito, seguite dai consultori, che assicurano loro visite ed ecografie come da indicazione regionale.

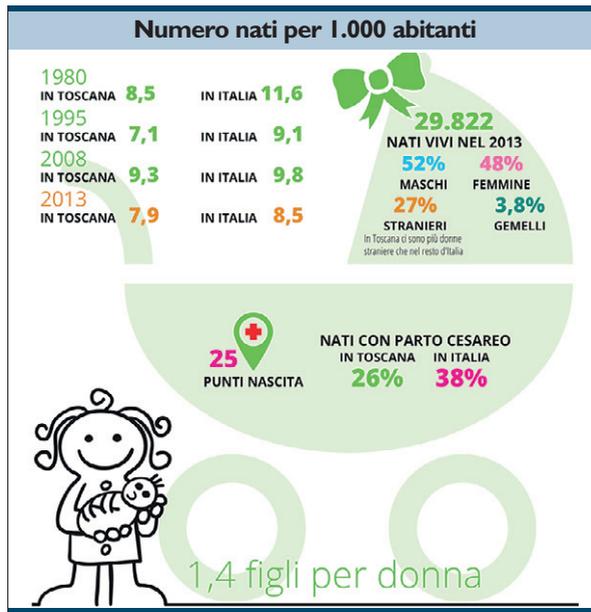
Le donne di nazionalità italiana comunque continuano a preferire il ginecologo privato. Già dal 2004 in Toscana le future mamme di qualsiasi età possono effettuare test non invasivi di screening sul feto (test combinato). Si è quindi molto ridotta la necessità di effettuare villocentesi e amniocentesi, riducendo così anche i rischi correlati. Le abitudini di vita della mamma sono fondamentali per la salute del bambino: fumo, sovrappeso e obesità sono fattori di rischio importanti che possono determinare nascite pretermine, sottopeso o con alto peso. I bambini che nascono in Toscana sono in salute e di buona costituzione. Negli anni è rimasta costante la proporzione dei nati pretermine (7%), sottopeso (7%) o con alto peso alla nascita (5,4%), cioè di coloro che negli anni successivi possono avere qualche problema in più di salute.

E comunque i servizi della rete neonatale toscana sono attenti nella gestione clinica dei nati gravemente pretermine, un numero molto basso di bambini (poco più dell'1%), ma che richiedono attenzione e monitoraggio particolari, perché il loro rischio di

mortalità o di malattia a lungo termine è molto elevato: il 60% di tutta la mortalità del primo anno di vita è infatti a carico di questi neonati piccolissimi.

Nei primi anni di vita il bambino toscano non ha problemi particolari ed è assistito da una rete di servizi capillare, con professionisti qualificati. Già nei primi giorni di vita il bambino è sottoposto agli screening neonatali per fenilchetonuria, fibrosi cistica e ipotiroidismo alla nascita. La Toscana e altre 7 Regioni hanno recentemente adottato anche lo screening di altri 40 tipi di malattie rare, offrendo nuove opportunità di salute a un numero crescente di bambini.

Buono è anche il livello di diffusione dell'allattamento esclusivo al seno, pratica così importante per la salute del bambi-



no e del futuro adulto.

La Toscana, seguendo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale di sanità, lo promuove da anni a partire dai punti nascita, con ottimi risultati: la percentuale di mamme toscane che allattano al seno alla dimissione è oggi infatti molto alta (il 76% in Toscana contro il 64% in Italia) e in aumento. Ancora buoni sono i dati sull'allattamento esclusivo al seno a 3 mesi di vita del bambino (56% in Toscana, 53% in Italia), ma ci sono comunque ancora margini di miglioramento nel sostenere le donne a proseguire l'allattamento almeno fino al sesto mese, per evitare uno svezzamento precoce.

Il sistema toscano si è dimostrato altrettanto attivo a promuovere l'adozione della posizione supina per il sonno del neonato,

giudicata la più corretta per evitare gli sporadici casi (0,2 per mille) di morte in culla (Sids).

È anche da molti anni ormai che in Toscana le coperture vaccinali sono elevate (95% per le vaccinazioni obbligatorie) e quindi le tradizionali malattie infettive dei bambini sono sotto controllo.

Come altre Regioni italiane, anche la Toscana ha introdotto altre importanti vaccinazioni, come quelle contro l'epatite B, il virus Hpv, lo pneumococco e i tipi più diffusi di meningite. Comunque, come in altri Paesi, anche in Toscana sulle vaccinazioni stanno emergendo nuovi orientamenti critici in alcuni gruppi della popolazione.

a cura di  
**Ars Toscana**

## LE ABITUDINI DI VITA DEI TOSCANI

### Sportivi e magri ma attenti al fumo

Chi nasce e vive in Toscana finisce per avere abitudini di vita in linea di massima migliori degli italiani. Si beve più alcol della media italiana, ma con meno eccessi e il consumo nel tempo diminuisce. Si mangia un po' meglio e si fa anche più attività fisica e sportiva rispetto all'Italia, con meno casi di obesità, sia fra i bambini e i ragazzi che fra gli adulti. Però si fuma di più: sono le donne toscane - soprattutto le giovani e molto giovani - a fumare più delle italiane, in controtendenza rispetto ai maschi, che invece fumano sempre meno. In Toscana i fumatori fra i giovani sono il 18% (il 15% dei maschi e il 21% delle femmine).

È l'adolescenza una delle fasi più critiche nella vita delle persone, e in questo breve arco di tempo si decidono molti degli stili di vita che influiranno sulla salute futura. Un ragazzo toscano su 3 ha provato almeno una volta nella vita una droga illegale e 1 su 4 lo ha fatto nell'ultimo mese: meno dei coetanei europei, ma in modo simile agli italiani. Si tratta soprattutto di cannabis e molto meno di cocaina. Questo trend è stabile ormai da diversi anni, mentre è invece in aumento il "poliuso", cioè il consumo contemporaneo di più droghe o sostanze, che potenzia i rischi delle sostanze assunte.

Tra i molti ragazzi toscani che consumano droghe, la maggioranza esce più o

meno indenne da questa esperienza: diventeranno tossicodipendenti tra 1 e 3 ragazzi su 100. Gli altri dimezzeranno il consumo di droghe, e intorno ai 30 anni saranno utilizzatori saltuari, perlopiù di cannabis. Tra i nuovi rischi di dipendenza non è da trascurare il gioco d'azzardo, che sempre più sta diventando una forte attrazione anche in questa fascia d'età, portandosi dietro problemi di comportamento sempre più complessi: 1 ragazzo su 10 è a rischio di sviluppare una vera e propria dipendenza.

Anche in Toscana i primi rapporti sessuali sono sempre più precoci: con un aumento tra i minorenni delle gravidanze indesiderate, degli aborti (6 minorenni su 10 non portano avanti la gravidanza) e un uso sempre più frequente della "pillola del giorno dopo" (1 ragazza su 5 l'ha usata almeno una volta). Fra i ragazzi si usa sempre meno il profilattico e, quando si usa, lo si fa a scopo contraccettivo, trascurando i rischi di malattie a trasmissione sessuale. Il rischio più alto nell'adolescenza è quello di incidenti e traumi, più frequenti tra i maschi perché in questa età sono mossi dalla voglia di superare i propri limiti. I pochi decessi e ricoveri ospedalieri in questa fascia d'età sono soprattutto per incidenti stradali, spesso associati all'uso di alcol, droghe e farmaci.

In Toscana 1 ragazzo su 4 ha guidato



dopo aver bevuto troppo, mentre 1 su 10 lo ha fatto dopo aver assunto droga. Gli adolescenti toscani consumano alcol quanto i coetanei italiani, ma lo fanno in modo meno smodato. Tra loro è meno frequente il "binge-drinking", ovvero più di 5-6 bevande alcoliche in un'unica occasione, un modello molto diffuso tra i

ragazzi di tutta Europa. I nostri ragazzi, pur seguendo modelli di consumo globalizzati, hanno minori abusi alcolici, forse grazie al contesto mediterraneo più orientato alla moderazione. Comunque anche in Toscana, come in Italia e in Europa, sono frequenti i pericolosi episodi di ubriacatura adolescenziale.

## UNA POPOLAZIONE SEMPRE PIÙ VECCHIA

### La sfida della cronicità e della non autosufficienza

Una popolazione che fa sempre meno figli diventa sempre più vecchia, già avviata su questa strada per via della diminuzione della mortalità, migliori stili di vita da adulti e innovazioni sanitarie, che hanno già allungato significativamente le aspettative di vita.

A 75 anni, la speranza di vita per le donne è di 14 anni ancora, mentre per gli uomini di 11 anni: gli ultra75enni in Toscana sono quasi mezzo milione di persone (40% maschi, 60% femmine), ma ragguardevole è anche la quota degli ultra85enni,

quasi 150mila persone.

In ogni caso, all'età di 85 anni l'assoluta maggioranza dei toscani è ancora completamente autonoma, i maschi più delle femmine, che vivono di più ma con maggiori problemi di salute. Ancora a 90 anni, quasi la metà dei toscani è autonoma nelle principali attività. Il prestigioso studio internazionale InChianti, condotto in Toscana, ha scoperto l'importanza della forza muscolare e della dieta tradizionale per la salute e la prevenzione della disabilità nei grandi anziani. E in tutto il mondo se ne parla.

A causa della maggiore durata della vita è comunque in aumento il numero assoluto di anziani non autosufficienti e dementi - sono 88mila gli ultra65enni con demenza, quasi 14mila quelli affetti da Parkinson e 72mila quelli con disabilità - che avranno sempre più bisogno di assistenza continua, a fronte di risorse decrescenti. Questi scenari minacciano gli attuali buoni livelli di salute e assistenza sanitaria in Toscana: si tratta di un problema globale che può essere risolto solo con un nuovo modo di fare prevenzione e cura.

Nuove strategie di prevenzione che facilitano scelte di vita sane anche per i meno avvantaggiati: è questa "la salute in tutte le politiche" di cui si parla oggi nel mondo. Iniziativa dei governi nazionali e locali in ambiti perlopiù non sanitari, ma più di questi capaci di produrre salute. Sono azioni basate sui criteri della Evidenza based prevention, nuova disciplina che aiuta i servizi a promuovere solo ciò che è realmente efficace. Le nuove tecnologie informatiche e sanitarie, insieme a nuovi modelli organizzativi che privilegiano

	Maschi	Femmine
Ultra65enni: 917.000	43%	57%
Ultra75enni: 474.000	40%	60%
Ultra85enni: 145.000	31%	69%
Ultra95enni: 8.200	20%	80%
Ultracentenari: 1.336	15%	85%

	Assistenza domiciliare	Ricoveri in Rsa
Toscana	20 anziani x mille	12 anziani x mille
Italia	40 anziani x mille	10 anziani x mille

**N.B.:** posti convenzionati disponibili in Rsa toscane: 10.231

un atteggiamento di cura più orientato ad aggredire in tempo le cronicità, sembrano esse-

re la soluzione più adeguata ai crescenti bisogni della popolazione che invecchia.

DOCUMENTI

Via libera al protocollo che punta a sviluppare la collaborazione e accrescere la professionalità del personale

Più sinergie tra l'esercito e i servizi sanitari

Previsti corsi di formazione e in futuro potrebbe nascere una task force destinata a gestire le emergenze

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo lo schema del protocollo di intesa tra Regione Toscana ed Esercito italiano, approvato dalla Giunta regionale, finalizzato a sviluppare e rafforzare sinergie tra il Servizio sanitario degli enti militari presenti in Toscana e il Servizio sanitario regionale

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale"; Vista la legge del 24 febbraio 1992 n. 225 "Istituzione del servizio nazionale di protezione civile"; Visto il Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria"; Visto il Dlgs 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale e università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"; Vista la Direttiva applicativa del Capo di Stato Maggiore della Difesa Smd-L Direttiva Smd -L022 "Formazione sanitaria interforze" edizione maggio 2005;

Parte la promozione per la donazione di organi e sangue

Vista la Direttiva dello Stato Maggiore dell'Esercito - Rif/Coe - Ufficio dottrina e lezioni apprese sul "sostegno sanitario di aderenza nelle CroS" edizione 2011; Vista la Direttiva Sme - Rif Coe: "La formazione del personale sanitario e dei soccorritori militari dell'esercito da immettere nei teatri operativi". Edizione 2012;

Vista la Direttiva Stato Maggiore Esercito - Dipartimento Impiego del Personale "La formazione avanzata per il personale militare - Linee guida". Edizione 2013;

Vista la Direttiva Dpcm del dicem-

Logo Sanità Toscana with contact information for Roberto Napoletano, Roberto Turno, and committee members.

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

bre 2008 "Indirizzi operativi per la gestione delle emergenze", che dispone che ciascuna Regione debba assicurare la gestione degli interventi di emergenza sanitaria in coerenza con quanto definito nei "Criteri di massima e nelle Direttive del Presidente del Consiglio dei Ministri in merito all'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi"; Vista la legge regionale 29 dicembre 2003 n. 67 "Ordinamento del sistema regionale della protezione civile e disciplina della relativa attività" che, all'art. 11, prevede che la Regione assicura il accordo con gli organi e le strutture statali operanti a livello regionale e centrale;

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e s.m.i.;

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

Visto il Documento di Programmazione economica e finanziaria 2014, approvato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 219 del 18 dicembre 2013;

Visto il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 (Pssir), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 91 del 5 novembre 2014, in particolare il punto 2.3.2 "La risposta all'emergenza";

Richiamata la delibera della Giunta regionale n. 1390 del 27/12/2004 "Direttive alle aziende sanitarie locali per l'elaborazione del Piano sanitario aziendale per le emergenze e per assicurare l'integrazione del servizio sanitario regionale con l'attività della protezione civile" che, nel proprio allegato A, prevede procedure per garantire la collaborazione e il raccordo con le organizzazioni deputate alla gestione dell'emergenza, nonché le attività di formazione e addestramento del personale, non soltanto nell'ambito del personale delle aziende sanitarie, ma anche con il coinvolgimento degli altri soggetti operanti nella protezione civile;

Richiamata la delibera della Giunta regionale n. 442 del 10/06/2013 che ha istituito il Nucleo operativo sanitario regionale per le maxi-emergenze (Nosme), prevedendo che questo possa avvalersi della collaborazione di soggetti istituzionali competenti in materia di maxi-emergenze;

Vista la nota del 17 luglio 2014, prot. Aoo-Gr 178905/Q8080, con la quale il Comando delle Forze operative terrestri ha manifestato l'esigenza, per gli operatori sanitari militari, di confrontarsi con la realtà della sanità civile, al fine di verificare adeguatezza, efficacia e attualità di procedure, tecniche e professionalità delle proprie risorse umane, quando impiegate in condizioni estreme e di emergenza, anche sul territorio nazionale;

Specificato che con nota del 21 agosto 2014, prot. Aoo-Gr 207086/P, la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale ha dichiarato la propria disponibilità ad accogliere la suddetta richiesta di partnership, precisando che la stessa potrà essere avvia-

ta a partire dalla definizione di un protocollo di intesa che stabilisca intenti, obiettivi e procedure;

Ricordato che entrambe le Istituzioni hanno una responsabilità nei confronti della collettività, che si concretizza in azioni specifiche nei rispettivi ambiti e in interventi congiunti, di cui uno dei principali è rappresentato dalle grandi emergenze che si dovessero verificare sul territorio di competenza;

Sottolineato che la collaborazione tra il servizio sanitario dei reparti dell'Esercito italiano e le strutture sanitarie della Regione Toscana può altresì rappresentare una sinergia virtuosa che concretizza economie di gestione, ampliando contemporaneamente le disponibilità per i cittadini e sfruttando tutti i possibili ambiti di collaborazione interdisciplinare;

Visto il documento di cui all'allegato A al presente atto quale sua parte integrante, schema di "Protocollo di intesa tra Regione Toscana e Esercito italiano, finalizzato a sviluppare e rafforzare sinergie tra il Servizio sanitario degli enti militari presenti in Toscana e il Servizio sanitario regionale", che le parti hanno definito e condiviso;

Valutato che le finalità e gli obiettivi del suddetto schema di Protocollo di intesa sono coerenti con gli obiettivi e la strategia regionali in materia, così come delineati nei citati atti di programmazione e da questo non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

Ritenuto necessario procedere all'approvazione dello schema di Protocollo di intesa di cui sopra, all'allegato A al presente atto, quale sua parte integrante;

Preso atto del parere positivo espresso dal Ctd nella seduta del 11 dicembre 2014;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare lo schema di "Protocollo di intesa tra la Regione Toscana ed Esercito Italiano, finalizzato a sviluppare e rafforzare sinergie tra il Servizio sanitario degli enti militari presenti in Toscana e il servizio sanitario regionale", di cui all'allegato A al presente atto quale sua parte integrante;

2. 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;

3. di precisare che le finalità e gli obiettivi del suddetto schema di Protocollo di intesa sono coerenti con gli obiettivi e la strategia regionali in materia, così come delineati nei citati atti di programmazione e da questo non derivano oneri a carico del bilancio regionale.

ALLEGATO A

Schema di Protocollo di intesa tra Regione Toscana ed Esercito Italiano finalizzato a sviluppare e rafforzare sinergie tra il Servizio sanitario degli enti militari presenti in Toscana e il Servizio sanitario regionale

Richiamati

La legge 23 dicembre 1978, n. 833

"Istituzione del Servizio sanitario nazionale";

La legge del 24 febbraio 1992 n. 225 "Istituzione del servizio nazionale di protezione civile";

Il Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria";

Il Dlgs 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

La Direttiva applicativa del Capo di Stato Maggiore della Difesa Smd-L Direttiva Smd -L022 "Formazione sanitaria interforze" edizione maggio 2005; La Direttiva dello Stato Maggiore dell'Esercito - RIF/Coe - Ufficio dottrina e lezioni apprese sul "sostegno sanitario di aderenza nelle CroS" edizione 2011;

La Direttiva Sme - Rif Coe: "La formazione del personale sanitario e dei soccorritori militari dell'esercito da immettere nei teatri operativi". Edizione 2012;

La Direttiva Stato Maggiore Esercito - Dipartimento Impiego del Personale "La formazione avanzata per il personale militare - Linee guida". Edizione 2013;

La Direttiva Dpcm del dicembre 2008 "Indirizzi operativi per la gestione delle emergenze", che dispone che ciascuna Regione debba assicurare la gestione degli interventi di emergenza sanitaria in coerenza con quanto definito nei "Criteri di massima e nelle Direttive del Presidente del Consiglio dei ministri in merito all'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi";

Le strutture del sistema sanitario regionale rappresentano la sede ideale per accrescere e mantenere le competenze cliniche del personale sanitario militare, che vanno a beneficio della collettività in cui essi sono chiamati a operare;

La collaborazione tra il servizio sanitario dei reparti dell'Esercito italiano e le strutture sanitarie della Regione Toscana può altresì rappresentare una sinergia virtuosa che concretizza economie di gestione, ampliando contemporaneamente le disponibilità per i cittadini e sfruttando tutti i possibili ambiti di collaborazione interdisciplinare.

La legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e s.m.i.;

Il Programma regionale di Sviluppo 2011-2015 adottato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 49 del 29 giugno 2011;

Il Documento di programmazione economica e finanziaria 2014, approvato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 219 del 18 dicembre 2013;

Il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 (Pssir), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 91 del 5 novembre 2014, in particolare il punto 2.3.2 "La risposta all'emergenza";

La delibera della Giunta regionale n. 1390 del 27/12/2004 "Direttive alle aziende sanitarie locali per l'elaborazione del Piano sanitario aziendale per le emergenze e per assicurare l'integrazione del servizio sanitario regionale con l'attività della protezione civile" che, nel proprio allegato A, prevede procedure per garantire la collaborazione e il raccordo con le organizzazioni deputate alla gestione dell'emergenza, nonché le attività di formazione e addestramento del personale, non soltanto nell'ambito del personale delle aziende sanitarie, ma anche con il coinvolgimento degli altri soggetti operanti nella protezione civile;

La delibera della Giunta regionale n.

442 del 10/06/2013 che ha istituito il Nucleo operativo sanitario regionale per le maxi-emergenze (Nosme), prevedendo che questo possa avvalersi della collaborazione di soggetti istituzionali competenti in materia di maxi-emergenze.

Premesso che

Con nota del 17 luglio 2014, prot. Aoo-Gr 178905/Q8080, il Comando delle Forze operative terrestri ha manifestato l'esigenza, per gli operatori sanitari militari, di confrontarsi con la realtà della sanità civile, al fine di verificare adeguatezza, efficacia e attualità di procedure, tecniche e professionalità delle proprie risorse umane, quando impiegate in condizioni estreme e di emergenza, anche sul territorio nazionale;

Con nota del 21 agosto 2014, prot. Aoo-Gr 207086/P, la Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale ha dichiarato la propria disponibilità ad accogliere la suddetta richiesta di partnership, precisando che la stessa potrà essere avviata a partire dalla definizione di un protocollo di intesa che stabilisca intenti, obiettivi e procedure.

Ricordato che

Entrambe le Istituzioni hanno una responsabilità nei confronti della collettività, che si concretizza in azioni specifiche nei rispettivi ambiti e in interventi congiunti, di cui uno dei principali è rappresentato dalle grandi emergenze che si dovessero verificare sul territorio di competenza;

Il personale sanitario militare, adeguatamente addestrato, può rappresentare una risorsa aggiuntiva del sistema sanitario regionale;

Le strutture del sistema sanitario regionale rappresentano la sede ideale per accrescere e mantenere le competenze cliniche del personale sanitario militare, che vanno a beneficio della collettività in cui essi sono chiamati a operare;

La collaborazione tra il servizio sanitario dei reparti dell'Esercito italiano e le strutture sanitarie della Regione Toscana può altresì rappresentare una sinergia virtuosa che concretizza economie di gestione, ampliando contemporaneamente le disponibilità per i cittadini e sfruttando tutti i possibili ambiti di collaborazione interdisciplinare.

Precisato che

Il personale sanitario militare, per operare al meglio nelle situazioni di emergenza che dovessero verificarsi sul territorio regionale, deve conoscere le modalità organizzative e i protocolli clinici delle aziende sanitarie toscane;

Il personale sanitario militare può mantenere e accrescere la propria "clinical competence" solo lavorando a contatto con situazioni cliniche complesse e diversificate, simili a quelle che si troverà ad affrontare negli scenari operativi e non piuttosto nell'attività medica ordinariamente svolta;

Occorre dare una risposta alla esigenza di aggiornare e integrare le capacità tecnico-professionali del personale sanitario militare per poter affrontare in maniera adeguata ed efficiente l'emergenza nelle frequenti operazioni militari e sul territorio nazionale, per possibili eventi catastrofici naturali e non, purtroppo sempre più attuali;

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

Tutto ciò premesso Si conviene e si stipula quanto segue

Articolo 1 - Premessa

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

Articolo 2 - Obiettivi

Gli obiettivi condivisi che si intendono perseguire attraverso il presente Protocollo di intesa sono i seguenti:

- sviluppare e consolidare sinergie e collaborazioni tra l'Esercito italiano e le strutture del servizio sanitario regionale;
- incrementare la professionalità e competenza clinica degli ufficiali medici e sottufficiali infermieri;
- organizzare attività di formazione teorica e addestramento pratico del personale sanitario militare e civile che, sempre più spesso, si trova impegnato a condividere operazioni di soccorso e per tutte le altre possibili attività di maxi-emergenza;

- costituire nel tempo un nucleo consolidato di operatori sanitari esperti nella gestione delle emergenze, da utilizzare a beneficio della collettività in caso di calamità sul territorio regionale;

- accrescere l'efficacia e l'efficienza dello strumento sanitario dell'Esercito italiano a vantaggio di una migliore protezione sanitaria nei teatri operativi;

- implementare la competenza clinica attestata in emergenza/urgenza;

- sviluppare sinergie finalizzate alla promozione delle attività di donazione di organi ed emocomponenti.

Articolo 3 - Impegni delle parti

La Regione Toscana si impegna, attraverso la definizione della specifica progettualità, di cui all'articolo seguente, a:

- promuovere percorsi formativi per il personale sanitario delle Forze Armate in materia di emergenza/urgenza, presso le strutture deputate del servizio sanitario regionale, che li integrano con questa finalità nei loro contratti assicurativi, per i rischi che possono derivare dall'attività svolta;
- realizzare, a seguito di valutazione delle competenze acquisite nella fase di addestramento, una fase di tutoraggio nelle strutture del servizio sanitario regionale;
- mettere a disposizione strutture didattiche per lo svolgimento di corsi/lezioni/seminari/esercitazioni;

- favorire sinergie finalizzate all'ottimizzazione di percorsi di medicina preventiva.

L'Esercito Italiano si impegna a: - rendere disponibile il personale sanitario per situazioni di emergenza e pubblica calamità che dovessero verificarsi nel territorio della Regione Toscana;

- mettere a disposizione, nelle medesime circostanze, mezzi e materiali sanitari, fermi restando eventuali impegni istituzionali già assunti dalla Forza Armata;

- mettere a disposizione personale militare per adde-

stramento di personale della Regione Toscana finalizzato a operare in contesti e condizioni particolari (a es. protezione Nbc - Nucleare, Biologica, Chimica, Radiologica - o situazioni non permissive);

Entrambe le parti concordano di promuovere congiuntamente campagne di donazione di organi ed emocomponenti, le cui modalità di dettaglio saranno definite in sede di accordi locali.

Si conviene che gli impegni predetti si realizzino in regime di parità economica, in assenza di costi per le parti contraenti, identificando in un beneficio per la collettività, l'incremento delle competenze e delle risorse sanitarie in ambito di emergenza-urgenza e pubblica calamità.

Articolo 4 - Modalità operative

Gli obiettivi concordati nel presente protocollo di intesa saranno raggiunti attraverso la definizione di una specifica progettualità, nella quale saranno individuati gli ambiti e le modalità della collaborazione, da riportare in uno schema tipo di convenzione, da stipularsi fra i singoli reparti militari e ciascuna azienda sanitaria toscana che si renderà disponibile all'iniziativa.

Allo scopo di dare attuazione al presente protocollo, entro 30 giorni dalla sottoscrizione dello stesso, è costituito un gruppo di lavoro composto da tre referenti di Regione Toscana e delle aziende sanitarie toscane e tre referenti dell'Esercito Italiano, con il compito di definire, in un periodo massimo di 60 giorni dalla sua costituzione:

- l'azione progettuale contenente gli ambiti di intervento e i contenuti specifici delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi di cui sopra;
- lo schema di convenzione da sottoscrivere tra i singoli reparti militari e ciascuna azienda sanitaria toscana che si renderà disponibile ad attivare le azioni concordate.

Qualora la Regione Toscana individui esigenze ulteriori per rispondere alle quali possano essere ritenute utili risorse dell'organizzazione militare, stante anche l'interesse dell'organizzazione militare a mantenere e migliorare le competenze acquisite, le stesse saranno concordate localmente tra le parti, nel comune condiviso obiettivo di incrementare l'efficienza e concretizzare risparmi.

Articolo 5 - Durata

Il presente Protocollo di intesa ha validità tre anni a decorrere dalla data della sua sottoscrizione, con possibilità di rinnovo, d'intesa tra le parti e previa verifica ed eventuale integrazione degli impegni.

Articolo 6 - Eventuali modifiche

Eventuali modifiche al presente Protocollo di intesa, dovute al mutare delle condizioni organizzative o delle attività poste in essere, daranno luogo a specifiche variazioni dello stesso da definire dalle parti e da sottoscrivere nuovamente da parte dei soggetti firmatari.

LINEE DI INDIRIZZO

Disco verde agli animali domestici per la visita in corsia ai degenti

Necessaria l'iscrizione dei pets all'anagrafe, corsi specifici per il personale

Pubblichiamo le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'accesso di animali d'affezione in visita ai degenti presso tutte le strutture sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private accreditate, della Regione Toscana, nonché per la formazione del personale.

LA GIUNTA REGIONALE

...(omissis)...

A voti unanimi

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa, di:

- 1. approvare i sopra citati Allegati A e B, parti integranti e sostanziali del presente atto;
2. richiamare le Strutture sanitarie e ospedaliere della Regione Toscana pubbliche e private accreditate, alla necessità di adeguarsi alle Linee d'indirizzo della presente Dgr per quanto concerne l'accesso degli animali d'affezione in visita a degenti presso tali strutture, riconosciuti come parte integrante della vita di persone e famiglie;
3. prevedere un monitoraggio delle attività oggetto della presente delibera;

4. dare atto che le Linee d'indirizzo di cui in allegato A e in allegato B non comportano oneri aggiuntivi rispetto a quanto previsto nell'ambito della programmazione regionale.

ALLEGATO A

Linee d'indirizzo per l'accesso di animali d'affezione in visita a degenti presso Strutture sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private accreditate, della Regione Toscana

Premessa

Il presente documento disciplina le modalità inerenti all'accesso degli animali d'affezione, ossia tutti gli animali tenuti o destinati a essere tenuti dall'uomo per compagnia e affezione, senza fini produttivi o alimentari, nelle Strutture sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate della Regione Toscana.

I soggetti animali d'affezione (cosiddetti pets secondo il diffuso termine inglese) interessati sono quelli che vivono nelle famiglie dei pazienti in degenza presso le Strutture sanitarie e ospedaliere.

Finalità

- 1. Assicurare la continuità della relazione empatico-affettiva tra i responsabili-referenti (a) degenti presso tali strutture e i loro animali.
2. Generare dalla presenza degli animali un effetto motivazionale utile a superare le difficoltà in atto del degente (b).
3. Tutelare il benessere psico-fisico degli animali in visita, intesi come esseri senzienti (c) e portatori di un valore intrinseco.
4. Individuare procedure idonee a garantire la tutela della salute della comunità umana e dell'ambiente circostante, nel rispetto delle diverse sensibilità individuali.

Disposizioni generali

- 1. L'accesso di animali d'affezione nelle strutture sopra specificate è consentito con le procedure indicate dalle Direzioni sanitarie di presidio, comunicate per opportuna conoscenza alla direzione generale della Regione Toscana competente in materia sanitaria.
2. L'accesso dei cani è limitato a soggetti identificati e iscritti all'Anagrafe Animali d'affezione.
3. Si ricorda che l'accesso dei cani guida per non vedenti è tutelato ai sensi della normativa vigente (d).

Regolamento interno di autorizzazione all'accesso degli animali

- 1. Le Direzioni sanitarie di presidio disciplinano l'accesso degli animali d'affezione con uno specifico Regolamento interno. Nell'ambito delle Unità operative, ai fini delle autorizzazioni di accesso, si prevede di valutare anche la compatibilità dello stato di salute dei pazienti e quindi i benefici specifici derivanti dalla presenza dell'animale d'affezione.
2. Il Regolamento interno è trasmesso al competente Servizio veterinario territoriale e comunicato, per opportuna conoscenza, alla Direzione generale della Regione Toscana competente in materia sanitaria.

Formazione del personale

Le Aziende sanitarie e ospedaliere sono invitate a organizzare eventi formativi presso le loro sedi, oppure a garantire la partecipazione dei propri dipendenti a corsi di formazione e aggiornamento presso altri enti accreditati.

La necessaria formazione del personale in materia di Sanità pubblica veterinaria spetta alle competenti strutture della locale Azienda sanitaria. In tal modo sarà possibile creare un pool multidisciplinare di operatori che, nel rispetto del benessere dell'animale e dei pre-requisiti generali etologici e igienico-sanitari degli animali d'affezione coinvolti, siano in grado di condurre l'osservazione dei comportamenti espressi durante lo svolgimento delle visite e di intervenire prontamente in caso di criticità.

Particolare attenzione sarà rivolta alle condizioni di stress indotto negli animali, evidenziando le eventuali alterazioni organiche, funzionali o comportamentali che dovessero manifestarsi in relazione alle visite ai degenti.

2. Per il dettaglio delle materie oggetto di formazione si rimanda all'Allegato B.

Richiesta di accesso

1. Le norme di accesso in sicurezza degli animali d'affezione saranno definite in una Specifica Informativa, che sarà inserita nella Carta dei servizi di ogni Struttura.

2. La richiesta di accesso è presentata all'Unità operativa dal referente, da un suo familiare o delegato qualora il referente sia il degente stesso, indicando la specie, razza, sesso, età nome e codice identificativo dell'animale.

3. Il richiedente deve presentare copia di una polizza di assicurazione per eventuali danni a terzi o cose.

Animali d'affezione: accoglienza nelle strutture

1. Gli animali d'affezione sono ammessi previa autorizzazione del responsabile dell'Unità operativa interessata, che controlla attraverso il libretto veterinario la continuità nell'attenzione sanitaria da parte del referente, oltre all'iscrizione all'anagrafe dell'animale d'affezione.

In ciascuna Unità operativa è consentita la presenza di un animale per volta, avendo cura di pianificare gli orari delle visite con gli stessi in modo tale da non creare sovrapposizioni.

Durante le attività istituzionali con animali non è altresì consentita, nella stessa Unità operativa, la presenza di animali d'affezione in visita a degenti.

2. Il referente o delegato conduce l'animale con modalità e supporti adeguati a ogni specie nel rispetto del loro benessere (collari, pettorine, trasportini ecc., guinzaglio di lunghezza adeguata, disponibilità di una museruola ecc.), così come di quello delle persone circostanti.

Un incaricato mostrerà il percorso interessato all'accesso di animali da seguire e l'eventuale presenza di una saletta di uso comune dove svolgere la visita.

Il referente dell'animale evita qualsiasi disturbo alle attività cliniche, mantenendo il costante controllo dell'animale nel rispetto delle indicazioni del personale di reparto e delle norme igieniche, di gestione e sicurezza. Il mancato rispetto delle indicazioni e norme comporta l'allontanamento dell'animale stesso.

Comunicazione

1. Con cadenza annuale, la Direzione sanitaria di presidio comunica le procedure di accesso autorizzate, per opportuna conoscenza, alla Commissione regionale affari animali e alla Direzione generale della Regione Toscana competente in materia sanitaria.

2. La Direzione sanitaria individua altresì un incaricato nel rapportarsi con la stessa Direzione generale della Regione Toscana, così da facilitare e rendere permanente la comunicazione tra le Direzioni, evidenziando altresì l'impegno delle aziende nell'attuazione delle Linee d'indirizzo.

ALLEGATO B

Indicazioni per la formazione del personale sanitario e ospedaliere

I corsi di aggiornamento delle conoscenze e capacità acquisite (re-training) saranno svolti con cadenza almeno biennale.

I corsi non dovranno avere costi per il Sistema sanitario toscano e si svolgeranno utilizzando le competenze veterinarie presenti nelle Aziende Usl regionali.

Gli argomenti base degli eventi formativi e dei relativi aggiornamenti sono elencati a seguire e suscettibili di essere integrati e ampliati: - la normativa sulla tutela dei cosiddetti animali d'affezione; - la diffusione ospedaliere delle patologie trasmissibili tra animale ed essere umano (zoonosi); - animali in corsia: aspetti psicologici; - animali in corsia: aspetti comportamentali dei cani, dei gatti e di eventuali altri animali ritenuti d'affezione; - indicazioni pratiche per lo studio e l'interpretazione del loro comportamento e della comunicazione inter-specifica; - elementi di salute olistica degli animali e comunicazione non verbale; - presentazione e studio del documento aziendale (a scopo di eventuale revisione nei corsi di retraining); - lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici, con produzione di un rapporto finale da discutere con la supervisione di un esperto nella materia; - svolgimento da parte di tutti i partecipanti di attività tecnico-pratiche; - confronto tra corsisti ed esperto/i.

Note

a. La dizione referente-responsabile supera il concetto di proprietà-possezzo di un essere vivente e indica la duplice valenza: punto di riferimento per l'animale (per il termine responsabile, vedi Lr 59/2009) e assunzione di responsabilità dell'umano nei confronti del soggetto non umano. Per brevità, si userà nel testo il solo termine referente.

b. Vedasi Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali.

c. Così come indicato dall'art. 13 del Trattato di Lisbona (2009).

d. Vedasi Legge n. 60/1974, Legge n. 376/1988 e Lr n. 59/2009.

MODELLI

Il miglioramento della qualità con il metodo Lean tra le priorità 2015



# Rischio clinico, sistema a rete

Per il Centro Grc sarà l'anno della comunicazione e del lavoro di squadra

La delibera della Giunta regionale Toscana 62/2014 per quanto riguarda le attività di gestione del rischio clinico, ha anticipato la grande riforma delle aziende sanitarie toscane, creando tre coordinamenti regionali di Area vasta. Si è ritenuto con questa decisione di avvicinare la funzione di coordinamento regionale al territorio riuscendo a mettere insieme le forze per un'azione più incisiva. I risultati sono stati immediati con la messa a punto di numerose iniziative ed eventi congiunti sia intra che inter Area vasta.

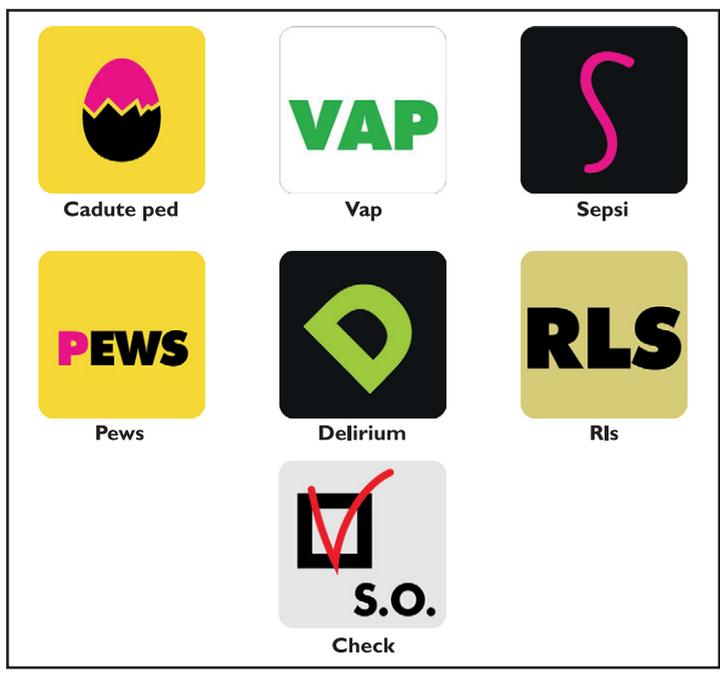
Il sistema a rete per la gestione del rischio clinico ha avuto un ulteriore sviluppo favorendo la piena attuazione delle quattro C che contraddistinguono questi modelli organizzativi: cooperazione tra professionisti; condivisione di protocolli clinico-terapeutici e assistenziali/riabilitativi; comunicazione pianificata mediante strumenti quali "handover", "medication reconciliation", Sbar; conoscenza mediante la formazione di team.

Il tema dell'anticipazione del rischio con l'analisi proattiva in ambito ostetrico e chirurgico, e il miglioramento della qualità con il metodo Lean sono stati solo alcune delle questioni affrontate in tutte le Aree vaste e che si riproporranno nel 2015.

Se vogliamo rendere ancora più concreta l'attuazione di questo modello organizzativo, l'unico in grado di favorire l'"integrazione", parola quanto mai di moda, è importante superare alcune barriere culturali. È necessario per questo sostituire a una cultura fortemente individuale e individualistica che ha contraddistinto la formazione professionale in campo medico, più che in ambito infermieristico, con una cultura partecipativa tipica delle organizzazioni basate sulle comunità di pratiche. Ormai la complessità della medicina, le migliaia di procedure, esami e farmaci da conoscere non può più risiedere in un unico professionista, è fondamentale saper lavorare con gli altri e avere il supporto degli altri. La collaborazione non può non considerare la comunicazione che sino a oggi non è stata strutturata per rendere più agevoli e "sicure" le trasmissioni d'informazioni.

Alla luce di queste considerazioni per il Centro Grc il 2015 sarà l'anno della Comunicazione e del Lavoro di Squadra che in altri termini significa

## Loghi delle nuove pratiche per la sicurezza



cooperazione, condivisione, conoscenze in comune. Particolare significato assumerà la capacità di lavorare insieme passando dalla multidisciplinarietà alla interdisciplinarietà e alla transdisciplinarietà, fase quest'ultima in cui i saperi e le competenze tendono a sovrapporsi tra loro determinando una nuova professionalità.

Se questa è la "vision" (cosa vogliamo diventare) sono necessari un salto di paradigma della "mission" (quali idee realizzare), il passaggio da sistemi "volume based" a sistemi "value based". Tale cambiamento proposto dalla più recente letteratura in tema di "healthcare management" potrebbe rappresentare una solida base teorica alla riforma sanitaria toscana.

Si tratterà di passare dall'adozione di misure di carattere amministrativo-finanziario, in cui le azioni per il contenimento dei costi si sono concentrate essenzialmente sulla gestione degli acquisti, sulla riduzione del personale o sul blocco dei rinnovi contrattuali, sulla convenzione con i provider, a misure di tipo tecnico-organizzativo basate sulla appropriatezza delle prestazioni, sulla erogazione solo di cure

"evidence based", sul contenimento e riduzione delle complicanze prevenibili, sulla prevenzione primaria.

A tal fine il Centro Grc è interessato a riproporre il programma "Choosing wisely" dando attuazione a quanto proposto alla Commissione Salute con l'iniziativa nazionale "Fare di più non significa fare meglio". La gestione diretta dei risarcimenti potrà essere a tal fine un utile strumento, introducendo una modalità per cui le aziende sanitarie che sono state in grado di controllare il rischio riducendo gli eventi avversi possono utilizzare i risparmi in investimenti a favore della qualità e sicurezza.

Il convegno internazionale "Building bridges: communication and patient safety" che si terrà il prossimo giugno a Montecatini Terme sarà una straordinaria occasione, com'è nella tradizione del Centro Grc, di aprire un dibattito a livello internazionale sui temi e linee di sviluppo della qualità e sicurezza delle cure.

**Riccardo Tartaglia**  
direttore del Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente

## LA RESPONSABILITÀ CONDIVISA

### Sicurezza, pilastro invisibile

Il campo di azione della sicurezza dei pazienti è costantemente cresciuto negli ultimi anni, in quanto molte complicanze, precedentemente giustificate come effetti collaterali della pratica clinica, sono divenute prevenibili o inaccettabili per effetto delle evidenze e della circolazione delle conoscenze. Ad esempio le infezioni da catetere venoso centrale, le cadute o gli eventi emorragici in sala operatoria oggi sono ritenuti eventi avversi, prevalentemente prevenibili e inaccettabili. Malgrado la crisi economica, nel nostro Paese sono stati fatti importanti passi avanti, tant'è che il recentissimo rapporto dell'Ocse sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia loda l'impegno del Servizio sanitario nazionale per la sicurezza delle cure, evidenziando proprio il lavoro svolto da Agenas e dalla Conferenza Stato-Regioni sulla disseminazione delle buone pratiche cliniche e assistenziali volte ad anticipare i rischi prevenibili. Eppure, l'Ocse rappresenta anche una serie di criticità di tipo sistemico, relative sia allo scarso coordinamento tra i servizi, che alla limitata collaborazione tra le Regioni nell'accreditamento e impiego dei dati disponibili sui risultati delle cure, sia per la comunicazione ai pazienti che per uno sviluppo organizzativo evidence-based.

Una possibile risposta a queste critiche risiede nelle capacità dei professionisti e dell'organizzazione sanitaria di apprendere dagli eventi avversi, che Michael Porter, nel suo magistrale lavoro sulla ridefinizione della sanità, individua come una delle misure di esito fondamentali per la valutazione e il confronto tra servizi e come metrica da impiegare per valorizzare economicamente le prestazioni delle strutture sanitarie, premiando chi si impegna per ridurre i rischi e sanzionando chi produce eventi avversi prevenibili.

Il controllo degli eventi avversi, oggi raccolti con gli studi retrospettivi e il sistema di reporting, resta alla base del sistema di gestione del rischio ed è un dovere sia professionale che istituzionale. L'Unione europea e l'Oms stanno conducendo uno studio per costruire un sistema europeo di segnalazione e apprendimento dagli incidenti alla sicurezza dei pazienti, a cui il Centro Grc partecipa attivamente come focal point italiano.

Una seconda linea di lavoro riguarda l'affidabilità dei processi clinici, amministrativi e logistici, da intendersi come una responsabilità condivisa tra gli operatori di linea, che individuano i propri standard professionali e registrano i fatti salienti relativi alle proprie attività, alle strutture tecnico-scientifiche, che conducono analisi aggregate sui dati clinici ed economici della produzione, del management che agisce la propria leadership selezionando le priorità sulla base dei report di analisi.

Una terza linea di lavoro riguarda il consolidamento delle attività per l'anticipazione dei rischi: le buone pratiche per la sicurezza delle cure hanno bisogno di estendersi in tutti i setting dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, permeando i comportamenti degli operatori, delle persone assistite e dei caregiver. Le buone pratiche sono anche il possibile punto di partenza per un nuovo accreditamento condiviso e comprensibile, nonché un passepartout per scardinare le cattive abitudini cliniche e amministrative, a patto che restino semplici e flessibili. La sicurezza delle cure è un pilastro invisibile perché si nota solo quando manca, in occasione di incidenti gravi e malamente comunicati, eppure, come affermato da Atul Gawande, è la più importante innovazione nell'organizzazione sanitaria degli ultimi due decenni, in grado di salvare più vite di tutti i farmaci immessi sul mercato nello stesso periodo.

Un sistema europeo per la prevenzione dei possibili incidenti

**Tommaso Bellandi**  
centro Gestione rischio clinico

## PATIENT SAFETY

### Il corso dell'Aou Careggi sui sistemi «value based»

John Ovreteit (Karoliska Institute), Richard Cook (Royal Institute of Technology, Stockholm), Peter Lachman (Great Ormond Street Hospital London), Stavros Prineas (Error-Med, Sidney), Lina Bonapace (Macadamian Technologies, Ottawa) e altri esperti internazionali di quality and safety in healthcare sono solo alcuni dei docenti che dal 1° al 4 dicembre a Villa la Quiete hanno portato la loro esperienza alla prima edizione della "Winter School- Advance course on patient safety" organizzata dall'azienda ospedaliero-universitaria Careggi con il coordinamento scientifico del Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regio-

ne Toscana.

Il corso, pensato e strutturato per direttori di dipartimento, manager e posizioni organizzative degli ospedali toscani, con l'obiettivo di approfondire aspetti metodologici e strategici, è stato anche l'occasione di una revisione del modello toscano per la gestione del rischio clinico attraverso una didattica interattiva e partecipata.

L'alto livello dei docenti presenti ha infatti permesso un dibattito su temi importanti per coloro che detengono ruoli dirigenziali nei nostri sistemi sanitari e che hanno pertanto la necessità di confrontarsi rispetto alla propria visione della sa-

nità e alla propria missione come medico o dirigente. I temi affrontati hanno spaziato dalle teorie gestionali e organizzative innovative che promuovono l'approccio value-based a una valutazione del potenziale impatto del Pnc sui progetti di miglioramento; il concetto di resilienza e la sua applicazione in sistemi complessi quale quello sanitario, il ruolo delle competenze non- tecniche nella formazione, il peso dello stress lavoro-correlato sulle performance in termini di qualità e sicurezza; l'ergonomia applicata alla sanità. Si tratta di tematiche di estrema attualità che sono oggetto delle politiche sani-

tarie nei servizi sanitari avanzati.

Il corso ha avuto anche una sessione plenaria in cui Richard Cook e Stavros Prineas (Sydney Children's Hospitals, Australia) ha affrontato un tema fondamentale per la medicina moderna, come lavorare insieme e comunicare.

Il tutto è stato messo a sistema da importanti spunti di riflessione rispetto a dove orientare le scelte strategiche, come definire una "vision" e come renderla effettiva. L'immagine di una nuova prospettiva, di un secondo paradigma della sicurezza delle cure ha permesso di riflettere sul dove vogliamo an-

dare e cosa vogliamo raggiungere con l'obiettivo di dare avvio a una seconda fase della gestione del rischio. Il corso infatti ha voluto essere solo l'inizio di un nuovo percorso finalizzato a superare il paradigma della sicurezza come strumento per individuare, analizzare e gestire il rischio per andare nella direzione di una sua anticipazione e verso la resilienza del sistema. I nostri sistemi sanitari necessitano infatti di una trasformazione in senso proattivo, un nuovo approccio alla sicurezza che evidenzii il valore, la qualità delle cure e che su questo venga incoraggiato superando il limite del pre-

mio alla quantità, ai numeri, ai volumi. Qualità che presuppone la capacità delle nostre aziende sanitarie di misurare in modo sempre più analitico i risultati in termini di outcome (esperienza di cura del paziente), costi pro capite, stato di salute della popolazione, integrando le varie componenti del sistema (scuola, industria, servizi sociali, cure domiciliari ecc.).

A tutti i partecipanti al corso è stata consegnata una copia della edizione italiana del testo di John Ovreteit "Il miglioramento del valore nei servizi sanitari" curata dal Centro Grc.

**Giulia Dagliana e Sara Albolino**  
Centro Grc

PISA

La centrale operativa ha gestito oltre 170mila chiamate nel 2014

# Numeri record per il 118



## Rinnovati organizzazione e mezzi per fare fronte alle emergenze

**D**ue milioni di servizi effettuati dal 1994 a oggi. Oltre 170.000 chiamate gestite nell'anno 2014. Circa 45.000 emergenze di cui 7.300 mezzi attivati per codice rosso e 27.000 per codice giallo. Oltre 110.000 urgenze tra trasferimenti interospedalieri, diagnostiche, visite specialistiche e dimissioni. Sono questi i numeri che fotografano l'attività della centrale unica 118 di Pisa che gestisce il sistema di emergenza-urgenza dal momento della richiesta di soccorso fino all'accesso in ospedale. Numeri che sono

drasticamente aumentati rispetto a vent'anni fa, quando le richieste erano nettamente inferiori. Per far fronte ai bisogni è mutata l'organizzazione per la gestione dell'emergenza nella nostra Provincia; l'utilizzo di diverse tipologie di mezzi di soccorso - dall'elicottero all'auto medica, dalla ambulanza con medico all'ambulanza con soccorritori di livello avanzato con defibrillatore a bordo - contribuisce a un miglioramento nell'appropriatezza della risposta sanitaria a beneficio della salute

dei cittadini. Nel corso degli anni sono state immesse nel territorio le ambulanze con defibrillatore automatico a bordo, equipaggiate con soccorritori di livello avanzato formati per l'utilizzo di questo importante strumento elettromedicale che ha salvato la vita a sette persone riprese dall'arresto cardiaco nel corso dell'anno. Un altro importante elemento di innovazione è stato l'introduzione dell'auto medica equipaggiata con medico e infermiere, con partenza dal pronto soccorso degli ospedali di Pontedera e Volterra ol-

tre che dall'unità di cure primarie de La Rosa di Terricciola. La centrale operativa del 118, insediata in nuovi locali molto più ampi in grado di accogliere adeguatamente il personale (quattro operatori, un infermiere e un medico per le ore diurne e due operatori, un infermiere e un medico per le ore notturne) ha avuto anche un'evoluzione tecnologica: si è dotata di strumenti che permettono di comunicare in tempo reale dal territorio al reparto di cardiologia, per poter trasferire direttamente i pazienti in emodi-

namica in caso di infarto in corso, recuperando in questo modo tempo vitale per il cuore migliorando di conseguenza la prognosi del paziente.

La continua evoluzione ha portato il dipartimento di emergenza-urgenza della Provincia pisana a essere il primo in Regione Toscana secondo il sistema di valutazione del Laboratorio Management e Sanità del Sant'Anna (Mes Toscana).

**Daniela Gianelli**  
ufficio stampa Asl 5 di Pisa

FIRENZE

### Un nuovo look per il sito web che moltiplica le informazioni

**N**on solo una interfaccia grafica più evoluta, ma anche una maggiore efficienza tecnica e tante informazioni in più al servizio del cittadino. Così si presenta il nuovo sito web dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi che è stato messo on-line in questi giorni e che sarà progressivamente e costantemente aggiornato e implementato con nuovi servizi.

«Il nuovo sito web, raggiungibile all'indirizzo [www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it) - spiega Andrea Belardinelli, direttore dell'Area Programmazione strategica - presenta grosse novità sia per gli utenti che per la nostra azienda. I cittadini potranno trovare in linea molte più informazioni, con una rinnovata veste grafica e una nuova organizzazione dei contenuti. Forte attenzione anche a tutto il mondo del social networking con l'attivazione dei canali dedicati su Twitter, Facebook, Google+ e Youtube. Migliorata anche la fruibilità delle informazioni, grazie alle nuove funzionalità del motore di ricerca interno e al design cosiddetto responsive, ovvero capace di adattarsi graficamente in modo automatico al dispositivo con il quale il sito

viene visualizzato (computer con diverse risoluzioni, tablet, smartphone, cellulari, web tv ecc.). Una tecnica questa che riduce al minimo la necessità per l'utente di ridimensionamento e scorrimento dei contenuti e rappresenta un importante elemento dell'accessibilità».

Grandi novità quindi dal punto di vista grafico e strutturale, ma non solo. «Le innovazioni principali - continua Belardinelli - sono anche quelle che non si vedono. Prima di tutto il nuovo sito è stato realizzato con un nuovo motore open-source, ovvero a codice sorgente aperto e gratuito, che costituisce anche un risparmio per la pubblica amministrazione. Informazioni fruibili

anche a coloro che, a causa di disabilità, necessitano di tecnologie assistive o di particolari configurazioni».

Risparmio per la pubblica amministrazione e maggiori e moderni servizi per gli utenti: diventano questi, quindi, i due tratti caratteristici del nuovo servizio.

**Giovanni Squarci**  
ufficio stampa Aou Careggi di Firenze

**L'azienda risparmia mentre il cittadino ha servizi efficienti**

AREZZO

### Chronic care model al debutto contro gli scompensi cronici

**L**o hanno voluto senza aspettare di avere una sede all'altezza delle necessità. Hanno ritenuto più urgente iniziare un lavoro di medicina di iniziativa verso i propri pazienti con malattie croniche, che avere ambienti adeguati sia per loro che per l'utenza.

Sono i 9 medici di medicina generale di Terranuova che hanno dato vita al primo Modulo di Ccm, acronimo che significa Chronic care model. Cioè la medicina di iniziativa, quella che prevede una attività dei medici in gruppo, di chiamata periodica e continua dei loro pazienti con patologie croniche, per i quali è fondamentale intercettare le esigenze prima che la malattia arrivi a livelli così importanti da richiedere il ricovero e spesso la compromissione del proprio stato di salute.

L'attività è iniziata il 2 dicembre e, collocata in alcuni ambulatori del vecchio centro socio-sanitario di Terranuova, coprirà le esigenze di 12.400 abitanti del Comune. Da alcune settimane è iniziata la chiamata di pazienti per il diabete, con una altissima adesione. Presto saranno avviate anche attività analoghe legate allo scompenso cardiaco e ai proble-

mi respiratori. È ormai accertato dalle esperienze delle zone già coperte da questo servizio, che il beneficio per gli utenti è altissimo. Addirittura si registra per questi soggetti una diminuzione tra il 40 e il 50% del ricorso ai pronto soccorso per le crisi acute di queste malattie se le stesse non sono seguite e curate.

Con l'avvio del modulo di Terranuova, al quale oltre ai medici sono assegnati infermieri, Oss e collaboratori di studio, la popolazione coperta nella Provincia di Arezzo è del 62%, con l'obiettivo di arrivare al 100% il prossimo anno. La sede attuale è stata argomentata dal Comune. La attuale collocazione è indubbiamente non all'altezza dei bisogni sia degli operatori che dei pazienti, ma l'attesa non sarà più lunga di 10 mesi, perché da gennaio partiranno i lavori per la ristrutturazione del vecchio edificio del Crt, collocato alle spalle del distretto. Lavori che porteranno alla riapertura di locali destinati al centro di riabilitazione e alla nascita della Casa della Salute, all'interno della quale vi saranno ambienti adeguati per il modulo Ccm.

**Un team di nove medici a contatto stretto con i malati**

LIVORNO

### Lo scorso anno 26 casi di Hiv: le terapie fanno passi da gigante

**È** sostanzialmente stabile il numero dei nuovi casi di sieropositivi nella Provincia di Livorno che passa dai 27 dello scorso anno ai 26 attuali, a un mese dalla fine del 2014. I dati sono stati presentati, come consuetudine, in occasione del tradizionale appuntamento in vista della giornata mondiale di sensibilizzazione contro l'Aids da Spartaco Sani, direttore dell'Unità operativa di Malattie infettive dell'Azienda sanitaria locale.

«L'Hiv, nonostante se ne parli poco - dice Sani - è un'infezione sempre presente e continua a essere un problema sanitario di grande rilevanza. Dopo il triste e allarmante primato del 2010, quando furono registrati 43 nuovi casi a Livorno e Provincia, si registra un numero costante di nuove infezioni: 29 nel 2012 e 27 nel 2013. A oggi i sieropositivi residenti nel territorio dell'Asl 6 arrivano così a quota 446, dei quali 330 maschi (73,9%) e 116 femmine (26,4%), la metà dei quali provenienti dalla zona livornese. I pazienti seguiti a oggi nel reparto di Malattie infettive sono oltre 600 e l'85 per cento di loro sono in terapia».

Le terapie negli anni sono cambiate parecchio e oggi i pazienti con Hiv conducono una vita quasi normale e le stesse donne sieropositive, se adeguatamente seguite, partoriscono bambini perfettamente sani: risultati fino a pochi anni fa impensabili. «Ma a essere cambiata nell'ultimo decennio è soprattutto la modalità di trasmissione - continua Sani - oggi è una malattia a quasi esclusivo contagio per via sessuale, con la modalità eterosessuale che è la più frequente: ciò significa che l'Hiv può di fatto interessare chiunque. Ancora oggi una buona parte dei pazienti giunge tardivamente alla diagnosi quando ha la malattia conclamata e scopre contemporaneamente di essere sieropositivo e di avere l'Aids. Dei nuovi casi, un numero significativo è costituito però anche da infezioni recenti: ciò significa che il virus circola attivamente, trasmesso attraverso rapporti sessuali con persone che non sono consapevoli, per molteplici motivi, di essere sieropositive».

**Sono 600 i pazienti seguiti nel reparto di malattie infettive**

**Pierpaolo Poggianti**  
ufficio stampa Asl 6 di Livorno

## IN BREVE

▼ AREZZO

Dall'emergenza a Emergency. Non uno slogan, ma una percorso, una esperienza di incredibile valore sociale e umano al quale ha deciso di aderire un medico del 118 aretino. Elisabetta Checcarelli, 40 anni, lo scorso tre gennaio è partita alla volta di Freetown, capitale della Sierra Leone e raggiungere il Centro per la cura dei malati di Ebola a Lakka costruito e gestito da Emergency di Gino Strada. Emergency, che ha lanciato l'appello ai medici e agli infermieri per avere un turn over di sanitari nell'ospedale di Lakka, prevede una permanenza all'estero standard. Al termine è previsto da contratto un periodo di riposo e monitoraggio. Dal 118 aretino, ma anche da altre aree della Asl 8, negli anni sono numerosi i medici e altri professionisti che hanno preso parte a progetti di cooperazione internazionale.

▼ EMPOLI

Una nuova alleanza con le istituzioni del territorio per ampliare e diversificare l'offerta terapeutica disponibile sul territorio. È il caso di "Leggere ti fa bene. Libri nelle ricette", frutto della collaborazione fra Asl 11 e biblioteca comunale "Renato Fucini" di Empoli, un progetto che troverà presto attuazione anche nei servizi socio-sanitari dell'Azienda sanitaria locale. Il progetto, ideato da Carlo Ghilli direttore della biblioteca comunale empolesse, ha trovato nell'Asl 11 un convinto sostenitore del concetto e della valenza della biblioterapia, sulla quale si fonda. La biblioterapia, già usata con evidente successo in Gran Bretagna, è una forma di terapia attuata attraverso la lettura intesa come strumento di autoaiuto, di acquisizione di consapevolezza del disagio psicologico e sociale.

▼ LIVORNO

Ha preso il via da qualche giorno a Livorno il progetto «Una vita nelle nostre mani: le nostre mani per la vita» che porterà studenti delle scuole superiori e personale a frequentare corsi per la gestione delle emergenze dovute ad arresti cardio-circolatori. Il progetto, coordinato dalla Uos Educazione alla Salute dell'Asl, sarà realizzato con il servizio 118, l'associazione Amici del Cuore e i volontari della Misericordia Livorno, Pubblica Assistenza Livorno, Croce Rossa Italiana, Misericordia Antignano e Misericordia Montenero. «Hanno aderito 40 classi - spiega Daniela Becherini, responsabile della Uo Educazione alla Salute - Il progetto permetterà a studenti e personale di azionare un defibrillatore semi-automatico, effettuare un massaggio cardiaco oppure liberare le vie respiratorie in caso di ostruzione».

▼ EMPOLI/2

Bilancio positivo per il progetto di recupero dei generi alimentari non consumati nell'ospedale «San Giuseppe» di Empoli, inaugurato nel maggio 2014. Da maggio a dicembre scorsi, sono stati recuperati 1.735 kg di pane e 436,3 kg di frutta, che sono stati destinati al Centro Emmaus della Misericordia di Empoli per il servizio gratuito di distribuzione pasti. L'esito positivo della sperimentazione incoraggia l'Asl 11, promotrice del progetto con l'Associazione Re.So (Recupero Solidale nella lotta allo spreco) e in collaborazione con Empoli Salute, a proseguire le iniziative di lotta allo spreco, nell'ottica di poter in futuro estendere il progetto solidale anche nelle altre strutture dove sono attivi servizi ristoro per gli utenti e i dipendenti. Il progetto vede impegnato il personale di ogni reparto di degenza dell'ospedale.



Regione Toscana

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

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

**Quasi a tutti.**

Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde  
**800 004 477**

**Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.**

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione [www.regione.toscana.it/cartasanitaria](http://www.regione.toscana.it/cartasanitaria)