

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 40
anno XVII del 4-10 novembre 2014
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

**Agire subito:
il fattore tempo
è decisivo**

di **Domenico Inzitari ***

Ogni anno in Toscana 10mila persone hanno un ictus. L'ictus è il danno cerebrale conseguente a un'improvvisa interruzione dell'afflusso di sangue in un'area del cervello. Le cellule nervose, private così di ossigeno e nutrienti, iniziano a morire nel giro di pochissimi minuti. Durante un ictus muoiono 2 milioni di cellule cerebrali ogni minuto.

L'arma vincente è la prevenzione, più dell'80% dei casi si potrebbero prevenire con semplici controlli e sani stili di vita, ma se l'ictus arriva possiamo sempre curarlo, basta agire rapidamente perché l'ictus cerebrale è un'emergenza medica. Intervenire tempestivamente può evitare morte o gravi disabilità perché consente il recupero delle funzioni cerebrali compromesse ripristinando il flusso sanguigno e l'ossigenazione. Oggi ci sono terapie efficaci come la trombolisi o la disostruzione per via endoarteriosa i cui risultati sono in funzione della rapidità dell'intervento. Obiettivo di questa campagna, analoga a quelle fatte in tutti i Paesi del mondo dove queste terapie sono disponibili, è portare la popolazione a conoscenza dei sintomi di questa patologia e incoraggiare l'accesso veloce alle strutture ospedaliere tramite il 118, per contrastare il principale problema nel trattamento dell'ictus: il ritardo. A oggi l'impiego di questa efficace risorsa terapeutica è fortemente

CONTINUA A PAG. 2

PREVENZIONE Parte la campagna informativa regionale sul corretto approccio all'ictus

Conoscere è la prima cura

In cantiere una rete di servizi che vanno dal pronto soccorso al territorio

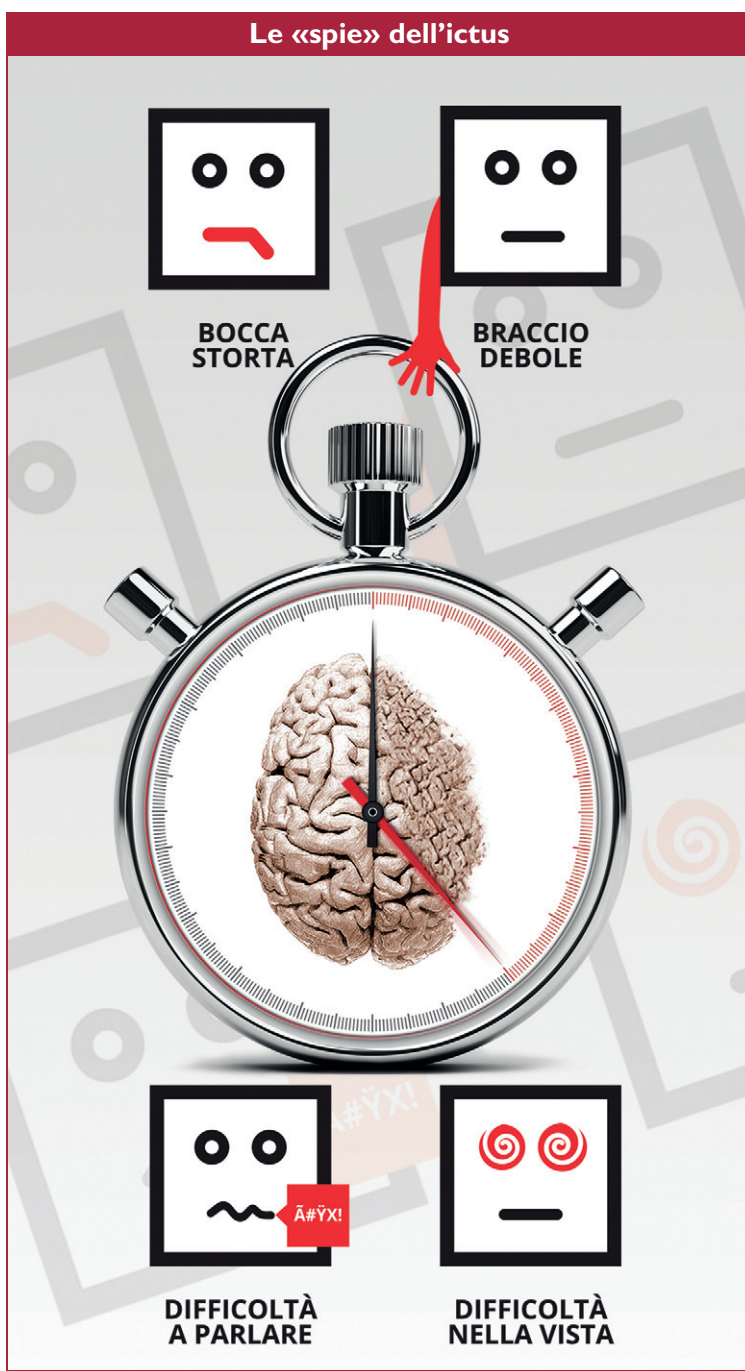
Al via la campagna informativa regionale sul corretto metodo di approccio al verificarsi dell'evento ictus. Nata con la collaborazione dell'associazione Alice toscana (associazione per la lotta all'ictus cerebrale), si pone, quale obiettivo prioritario, la diffusione nella popolazione toscana della consapevolezza che nella cura dell'ictus la conoscenza della sintomatologia e il fattore tempo sono fattori cruciali e di prioritaria importanza per ridurre al minimo gli esiti dell'evento acuto.

Nella cura dell'ictus, infatti, il fattore tempo, così come il riconoscimento dei sintomi che, contrariamente a quanto accade in altri eventi acuti, non si manifestano attraverso la sensazione di dolore che può mettere in allarme, sono elementi cruciali sia di efficacia che di sicurezza ed è essenziale che la diagnosi e la presa in carico del paziente da parte del sistema sanitario regionale si realizzino nel più breve tempo possibile.

La campagna informativa, quindi, si basa su alcuni elementi di contenuto e visual che rafforzano consapevolezza e conoscenza: la head line «Ictus. Pochi minuti valgono una vita. Riconosci subito i sintomi e chiama il 118» con le immagini di accompagnamento del cronometro e delle icone che illustrano visivamente i sintomi servono a indurre nel fruitore l'idea che la malattia colpisce il cervello e che, se immediatamente riconosciuta e trattata, si evitano o limitano eventuali danni.

Un titolo diretto e chiaro, dal forte valore informativo e senza giochi di parole. Un titolo che prende di petto il problema e chiarisce subito una possibile soluzione. Ma nello stesso tempo è un'incitazione, una sorta di call to action per chiunque sia di fronte ai sintomi di un ictus: agisci prontamente e puoi salvare una vita (o la tua vita). La strategia della Regione Toscana prevede quindi un'azione sinergica tra la campagna informativa e il modello organizzativo clinico-assistenziale di presa in carico del paziente. Se è, infatti, prioritaria la diffusione della conoscenza al fine di ridurre i costi personali e

Le «spie» dell'ictus



sociali di tale malattia è, altresì, prioritario ripensare il modello organizzativo di presa in carico del paziente colpito dall'evento acuto. L'evidenza scientifica degli ultimi venti anni, ha, infatti, definitivamente provato l'efficacia nel ridurre la mortalità e la disabilità conseguente a un ictus ischemico acuto dell'intervento farmacologico denominato trombolisi endovenosa con attivatore tissutale del plasminogeno (tPA) da effettuarsi entro 4 ore e 30 minuti dall'insorgenza dei primi sintomi. L'intervento farmacologico, per essere efficace, presuppone quindi la realizzazione di una rete clinico-assistenziale progettata con l'obiettivo di ridurre, fino ad annullare, il «ritardo evitabile» di presa in carico e trattamento dopo l'evento acuto.

È, quindi, intenzione della Regione adottare un modello organizzativo in rete quale modalità operativa per la presa in carico del paziente e la gestione dei casi di ictus attraverso la realizzazione della Rete «Ictus». L'istituenda Rete «Ictus», infatti, in questa prima fase, si concentrerà sulla presa in carico del paziente da parte della rete dell'emergenza-urgenza fino alla gestione del caso nel pronto soccorso attraverso l'approvazione di standard clinico-assistenziali regionali da adottarsi nelle aziende sanitarie toscane.

L'obiettivo finale sarà, comunque, quello di integrare l'attività pre e post ospedaliera con il territorio al fine di garantire al paziente un'offerta complessiva di un percorso articolato in tre fasi: la fase dell'emergenza-urgenza preospedaliera, la fase ospedaliera e la fase territoriale. A regime, quindi, sarà previsto un modello organizzativo-gestionale del percorso diagnostico terapeutico assistenziale dell'ictus, dalla presa in carico dell'evento acuto (diagnosi e trattamento, riabilitazione precoce intraospedaliera) alla fase della riabilitazione estensiva e di recupero funzionale.

Daniela Matarrese
responsabile di settore
programmazione

CONTROCANTO

Il ruolo essenziale delle associazioni

di **Alessandro Viviani *** e **Luigi Rossi ****

In Toscana vi è in questo momento una forte operatività da parte dei professionisti di area medica, delle aziende sanitarie regionali, dell'Università e della Regione allo scopo di implementare un sistema coordinato per l'assistenza all'ictus. Ma questo percorso ictus può prendere avvio solo al momento del riconoscimento dei sintomi e

della tempestiva chiamata al 118.

È un compito che spetta al cittadino, direttamente colpito o testimone di un ictus. Questa campagna informativa della Regione Toscana agisce proprio su questo cruciale punto di partenza: l'ictus si può curare, ma è un'emergenza.

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI E DELIBERE

▼ Sicurezza trapianti: fondi dal Cnt

La Regione Toscana è stata individuata quale soggetto attuatore del progetto «Obiettivi per un programma di attività di interesse nazionale nel settore della sicurezza e della qualità del trapianto di organi, cellule e tessuti», promosso dal Centro nazionale trapianti, per il quale sono stati assegnati alla Regione fondi per circa 281mila euro. La giunta, preso atto della decisione, recepisce l'accordo sottoscritto dal ministero della Salute e dalla Regione Toscana, e affida all'azienda ospedaliero-universitaria Careggi - Firenze il compito di garantire il supporto amministrativo e gestionale necessario alla realizzazione del progetto. (Delibera n. 711 del 25/8/2014)

▼ Terapia del dolore: attuata la legge 38

La giunta regionale ha deciso di implementare la rete regionale della terapia del dolore, sia per i pazienti adulti che in età pediatrica, in coerenza con il nuovo quadro normativo definito dalla legge 38/2010 e dai suoi provvedimenti attuativi approvando gli «Indirizzi per l'implementazione della rete regionale della Terapia del dolore». Viene istituito, presso la Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale, il Coordinamento regionale della rete della terapia del dolore, coordinato dal Dirigente del settore regionale competente per le cure palliative. (Delibera n. 710 del 25/8/2014)

ALL'INTERNO

Rischio clinico dati sul web

A PAG. 2

Prato, il Nuovo compie un anno

A PAG. 3

Pronto badante per le fragilità

A PAG. 6

SICUREZZA

Allo studio un applicativo on-line centralizzato e accessibile a ogni Asl



Rischio clinico, tutto sul web

Dalle segnalazioni ai sinistri: gli operatori potranno gestire tutti i dati

Il Centro gestione rischio clinico per la sicurezza del paziente è impegnato nella progettazione del nuovo sistema integrato per la gestione del rischio clinico (SI-Grc). L'obiettivo del progetto «SI-Grc» è quello di realizzare un applicativo web regionale centralizzato, accessibile a tutte le aziende. Grazie a questo nuovo strumento, gli operatori sanitari saranno in grado di gestire e monitorare tutte le attività aziendali relative alla sicurezza e qualità delle cure. In particolare, sono stati progettati e sono in fase di rilascio i seguenti moduli:

- modulo delle segnalazioni degli eventi avversi («Reporting and Learning System» - quasi eventi ed eventi senza danno; eventi sentinella e cadute»), permettendone la classificazione, la gestione e il monitoraggio;
- modulo della gestione delle pratiche di risarcimento dei sinistri e del contenzioso regionale, permettendo la gestio-

ne della pratica completamente tramite l'applicativo;

- modulo della gestione delle pratiche di sicurezza del paziente, permettendo il monitoraggio e la valutazione della loro applicazione nei diversi contesti aziendali, la pubblicazione e notifica degli esiti delle visite per il rilascio dei certificati.

Oltre alle funzioni specifiche dei moduli suddetti, gli utenti finali avranno anche a disposizione funzioni trasversali quali: dashboard (pannello di controllo), scadenziario attività e flusso di lavoro, gestione messaggistica integrata, archivio documentale, motori di ricerca.

L'ambizione del nuovo applicativo consiste, da un lato, nell'integrazione e nella creazione di relazioni di tutte le informazioni tracciate nei singoli moduli per predisporre elaborazioni raffinate dei dati gestiti, verificando la loro qualità e realizzare report di performance;

dall'altro nella possibilità e necessità di condividere esperienze e competenze tra le aziende rafforzando la rete degli operatori impegnati nella gestione del rischio.

Il tipo di soluzione tecnologica ideata si basa su un'architettura incentrata su un sistema collaborativo di gestione dei processi e dei flussi di lavoro. Per ottenere questo risultato, la metodologia di progettazione ha previsto un coinvolgimento continuo e partecipativo degli utenti finali fruitori del sistema in tutte le fasi di sviluppo dell'applicativo. Per ognuno dei moduli, è stata realizzata un'analisi dei processi, delle attività e dei compiti: da un lato la gestione delle varie tipologie di segnalazioni, dall'altro le modalità aziendali di gestione dei sinistri e del contenzioso e infine l'applicazione e il monitoraggio delle pratiche per la sicurezza del paziente.

Nella fase di rilevazione dei requisiti utenti, sono stati intervistati e coinvolti

gruppi di operatori che gestiranno i dati dei singoli moduli: facilitatori, «Clinical risk manager», medici legali, referenti degli affari generali, componenti del Comitato gestione sinistri regionale: la rilevazione delle modalità operative attuali di gestione delle variegate tipologie di attività è stata raggiunta grazie a un continuo e costante colloquio e confronto tra gli operatori. Esse sono state suddivise in compiti (task) e per ciascuno di essi, sono state rilevate le informazioni da tracciare nel sistema.

Lo sviluppo sta procedendo con rilasci successivi dei singoli moduli, i quali vengono testati sia da un punto di vista funzionale, sia per quanto riguarda l'integrazione con le varie componenti regionali. I test di usabilità e funzionalità stanno coinvolgendo direttamente gli utenti finali, in modo da permettere dei cicli iterativi di rilascio e garantire l'integrazione delle modifiche rilevate osser-

vando l'esperienza di utilizzo e tenendo conto delle aspettative ed esigenze esplicitamente richieste dagli operatori. I test sinora svolti si sono focalizzati sui singoli moduli rilasciati e su specifiche funzionalità innovative; verranno però nuovamente realizzati a conclusione del progetto al fine di valutare l'impatto di tutte le componenti integrate.

Il progetto è stato presentato ufficialmente il 3 ottobre scorso in occasione del «Safety and Quality Day 2014 AP-Plicare la sicurezza - Reporting and Learning System» e le App per la sicurezza delle cure e proprio per la metodologia di ideazione utilizzata, ed è stato illustrato il 3 novembre all'interno del symposium Human factor: Improving quality and safety in healthcare, organizzato dall'Institute of ergonomics and Human factors.

Michela Tanzini
Centro Gestione rischio clinico



IL TREND DEGLI INFORTUNI MORTALI SUL LAVORO IN TOSCANA NEGLI ULTIMI TREDICI ANNI

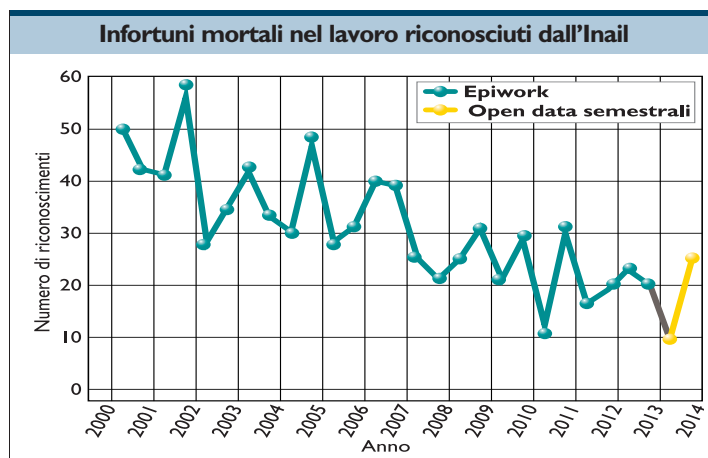
■ Nella figura è riportato il trend degli infortuni mortali accaduti in Toscana negli ultimi tredici anni, dal 2000 al 2013. Per i primi 12 anni, la fonte è la banca dati Epiwork, alimentata dai Flussi informativi Inail, mentre per tutto il 2013 sono stati utilizzati gli Open Data semestrali, i quali possono contenere qualche caso in corso di valutazione da parte dell'ente assicuratore.

Oltre a questi, per il primo semestre del 2014 sono disponibili gli Open Data mensili riferiti all'anno corrente che certamente contengono una quota importante di infortuni il cui iter amministrativo deve essere concluso. Sono riportati i casi che hanno avuto un riconoscimento da parte dell'ente assicuratore, a esclusione di quelli avvenuti «in itinere», a studenti, casalinghe e collaboratrici domestiche, nonché sportivi professionisti.

L'anno di riferimento è quello in cui è avvenuto l'infortunio. Pur con le dovute cautele per i dati dell'ultimo anno disponibile che potrebbero ancora incrementarsi di qualche caso a causa di iter amministrativi particolarmente complessi, le tendenze sono chiare: nel corso di questi 13 anni i morti sul lavoro in Toscana si sono progressivamente

ridotti a un terzo del valore iniziale. Partendo da questo dato di fatto confortante, possiamo ragionare sulle possibili cause, senza illuderci di stabilirne alcuna, almeno a partire dai dati disponibili in questa base di dati. In primo luogo possiamo ipotizzare l'efficacia delle attività di prevenzione messe in atto dai diversi attori, aziende, organi di vigilanza e prevenzione, lavoratori stessi. In secondo luogo non si può escludere un ruolo per ciò che riguarda le modifiche nella struttura produttiva della Regione che ha visto, come il resto d'Italia, ridursi il numero di addetti a settori tradizionalmente rischiosi (Siderurgia, miniere, agricoltura) e aumentare quelli addetti ai servizi. Infine, soprattutto per il periodo più recente, è facile immaginare un'influenza della crisi produttiva degli ultimi sei anni. In quali settori e con che dinamiche si continua a morire per infortuni sul lavoro in Toscana?

A questa domanda risponde il sistema di sorveglianza delle modalità di accadimento degli infortuni mortali e gravi noto come «InforMo» con sede presso Inail, alimentato dalle ricostruzioni analitiche delle dinamiche degli infortuni effettuate dagli operatori dei servizi di prevenzione delle Asl di tutta Italia, compresa la Toscana. Attualmente la banca dati di InforMo contiene le ricostruzioni di diverse migliaia di schede relative a casi mortali accaduti nel periodo 2002-2012.



Aggiornamento sugli infortuni denunciati in Regione al secondo trimestre del 2014.

Per gli infortuni denunciati le fonti sono il flusso Inail-Regioni per il periodo 2000-2012, gli Open data semestrali per l'anno 2013 e gli Open data mensili per il primo semestre 2014. Sono stati considerati solo i casi d'infortunio rientranti nella gestione «Agricoltura» e nella gestione «Industria e servizi» dell'Inail.

Per quanto riguarda l'insieme degli infortuni denunciati alle sedi regionali Inail della Toscana, l'aggiornamento al secondo trimestre dell'anno corrente conferma la tendenza a una ulteriore riduzione del fenomeno. Come per gli

infortuni mortali, anche i denunciati risultano in costante diminuzione.

Nella gestione Industria e servizi si sono verificati 10.780 infortuni, in leggero aumento rispetto ai 9.901 casi del primo trimestre che risulta essere il dato più basso in assoluto dall'inizio della raccolta di questa base di dati, nella gestione Agricoltura gli infortuni sono passati da 803 a 855. È da notare che in corrispondenza del secondo e terzo trimestre del 2009 e del 2012, apice di una crisi produttiva nell'industria manifatturiera si assiste a una sorta di «decapitazione» del consueto picco ciclico.

Alberto Baldasseroni
CeRIMP

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

Si intende così contrastare l'errata e radicata convinzione che per l'ictus non si possa fare niente se non subire le conseguenze (morte e disabilità permanente). Durante un ictus ogni minuto muoiono due milioni di cellule cerebrali. La sede e l'estensione del danno cerebrale si traducono in disabilità: difficoltà di movimento, di comunicazione, problemi mentali e comportamentali.

Tre ore sono il tempo massimo per poter usufruire di cure salvavita, ma solo alcuni degli ictus più gravi arrivano in ospedale rapidamente. Per gli altri, si spera che passi, si aspetta e quando finalmente ci si rivolge ai sanitari, sono ormai passate

troppe ore e contro i danni causati dall'ictus, ancora una volta, si può fare poco.

Dietro a questo ritardo la scarsa informazione. Questa campagna è un'arma potente contro l'ictus. Imparare a riconoscere subito i sintomi, per noi e per chi ci sta intorno, a casa, al lavoro, per la strada. Conoscerli, riconoscerli e insistere sulla necessità di chiamare immediatamente il 118. Così si innesca il percorso ictus e si combatte efficacemente questa malattia.

Fondamentale poi il ruolo dell'associazione nel promuovere e sostenere i diritti della persona colpita da ictus cerebrale e dei suoi familiari con

l'obiettivo di assicurare a tutte le persone a rischio la migliore prevenzione, che qualsiasi persona colpita da un ictus riceva le cure più moderne ed efficaci, che ai malati con esiti invalidanti vengano garantiti il miglior trattamento riabilitativo e un adeguato supporto psicologico e sociale a loro stessi e ai loro familiari.

Non perdere tempo, non perdere la testa, e non perderai cervello!

* presidente Associazione per la lotta all'ictus cerebrale, A.L.I.Ce. Firenze onlus

** presidente Associazione per la lotta all'ictus cerebrale, A.L.I.Ce. Toscana onlus

Agire subito... (segue dalla prima pagina)

limitato dal ritardo con cui pazienti e familiari contattano un sanitario: si riesce a somministrarla solo al 4% dei pazienti che potrebbero avvalersene.

Da qui i messaggi che la campagna vuole comunicare a tutti i cittadini: come riconoscere un ictus, e come reagire. L'improvviso presentarsi di difficoltà di parola, di vista, l'improvvisa perdita di forza a un braccio o la bocca che diventa storta devono subito far pensare a un ictus e di conseguenza si deve telefonare al 118. Affidarsi al 118 è il sistema più rapido per accedere alle terapie in tempo utile. Infatti, è lo stesso 118 ad avvertire l'ospedale dell'imminente arrivo di un probabile ictus, in questo modo si predi-

sponde un percorso dedicato, rapidissimo e con precedenza assoluta, per gli accertamenti e la terapia. Questo non avviene se il paziente si reca in ospedale con mezzi propri. Sul fattore tempo si misura l'efficienza degli ospedali, del 118, ma in primis, si misura la consapevolezza della popolazione.

La campagna della Regione Toscana intende agire proprio sul punto di partenza di tutto il percorso ictus: tutti noi dobbiamo imparare a riconoscere un ictus, che si tratti di noi stessi, o di chi ci è vicino, e dobbiamo subito chiamare il 118.

* direttore Stroke Unit e Neurologia

SSR AI RAGGI X L'Ospedale di Prato compie un anno all'insegna del rinnovamento

Prima candelina al Nuovo



Bilancio positivo e festeggiamenti per le attività del Santo Stefano

Festeggiato il primo anno di attività del Nuovo Ospedale S. Stefano di Prato. Gruppi di studenti e insegnanti delle scuole pratesi hanno visitato la struttura ospedaliera e nel giardino dei donatori di sangue la Fondazione Ami e le associazioni delle donazioni sono state presenti con stand per informare e sensibilizzare i cittadini.

Nella Sala Conferenze "Stefano Magnolfi" si è tenuto il seminario «La parola ai protagonisti» con la partecipazione di Patrick Triadou, professore all'Université Paris Descartes-Cerlis. È stata poi inaugurata la "Sala Multiculto", uno spazio per raccogliersi, meditare o pregare aperto a chiunque ne abbia necessità, a prescindere dall'appartenenza a qualsiasi fede religiosa. A seguire, nella "Sala del Cembalo" si è tenuta la cerimonia di premiazione del concorso «Fotografa il tuo ospedale» riservato ai dipendenti dell'Azienda sanitaria locale pratese. La giornata, allietata da clown e giocolieri e dalla partecipazione straordinaria del taxi «Milano 25», ha visto anche il taglio della torta, un brindisi e il concerto nella sala conferenze del quartetto di violoncelli della Scuola di musica «G.Verdi».

Un anno di lavoro insieme. Una giornata ricca di eventi per ricordare le principali tappe del primo anno di attività. Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano è stato inaugurato infatti il 21 settembre del 2013 e dal 9 al 12 ottobre dello stesso anno si sono svolte le operazioni di trasferimento dei pazienti dal Misericordia e Dolce. Il 12 ottobre è stato attivato il pronto soccorso del Nuovo Ospedale e nella serata dello stesso giorno sono state chiuse le porte del Misericordia e Dolce. Domenica 13 ottobre 2013 è stato aperto il Centro

I numeri del Nuovo Santo Stefano	
Un anno di attività in numeri	Le apparecchiature di diagnostica di elevata qualità
● Accessi al pronto soccorso da ottobre 2013 al 18/09/2014 sono stati 87.000	● 42 Ecografi
● I bambini nati da ottobre 2013 al 15/09/2014 sono stati 2.623	● 4 Rx mobili
● Gli interventi chirurgici da ottobre 2013 all'11/09/2014 sono stati 6.500	● 3 Archi a C per Scopia - sala operatoria
● I ricoveri ordinari da ottobre 2013 all'11/09/2014 sono stati 21.400	● 4 Sale Diagnostica ossea
L'Ospedale S. Stefano dispone di:	● 1 Sala Rx telecomandata
● 540 posti letto	● 1 Tac a 64 slices
● 15 sale operatorie	● 1 Tac a 128 slices
● 5 sale travaglio/parto	● 1 Risonanza magnetica 1,5 Tesla
● 20 posti Osservazione breve intensiva (Obi)	● 1 Tc/Pet
● 20 posti Osservazione breve intensiva (Obi)	● 3 Gamma camera Medicina nucleare
● 2 sale operatorie parto	● 6 Colonne per laparoscopia
	● 82 Monitor parametri vitali centralizzati
	● 1 Laser a eccimeri
	● 1 Laser fetomosecondi
	● 1 litotritore

trasfusionale del S. Stefano.

Importanti tappe anche dopo l'avvio della struttura. Il 16 aprile 2014 il Nuovo Ospedale si è completato con l'apertura delle degenze di Malattie infettive, un reparto sicuro e all'avanguardia. L'11 maggio di quest'anno, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha visitato la nuova struttura ospedaliera, tappa di un viaggio negli ospedali toscani e, in quella occasione, il ministro ha rivolto un particolare ringraziamento a tutti i professionisti della salute sempre impegnati a mantenere elevati standard di qualità nell'assistenza.

Il 14 giugno, in occasione della giornata mondiale del donatore di sangue, è stato intitolato il giardino interno della struttura ospedaliera ai donatori mentre, pochi giorni dopo, la sala conferenze della Palazzina dei servizi è stata intitolata a "Stefano Ma-

gnolfi", primario di Geriatria scomparso nel gennaio di quest'anno. Da fine giugno 2014 al laboratorio analisi ha preso avvio un nuovo e rivoluzionario sistema automatizzato per le analisi chimico-cliniche, «Power Express», unico in Europa.

Nel mese di luglio una delegazione di medici e manager della Repubblica popolare cinese ha visitato il Santo Stefano durante un viaggio studio nell'ambito di un progetto regionale per conoscere l'organizzazione del Servizio sanitario.

A fine settembre è stata spenta la prima candelina, un'occasione per ripercorrere gli step che hanno portato alla nascita del Nuovo Ospedale, che registra un progressivo e costante miglioramento.

Vania Vannucchi
ufficio stampa Asl 4 di Prato

LA SALA MULTICULTO APRE I BATTENTI

Una stanza «plurale» per la libertà di culto

Dalla consapevolezza che il concetto di salute comprende anche il benessere psicologico e relazionale dell'individuo e, quindi, anche la dimensione spirituale e morale della salute a Prato nasce il progetto "Ospedale plurale", che vuole ripensare le modalità di accogliere e assistere i pazienti con una particolare attenzione agli aspetti spirituali e morali legati a tutto il periodo della degenza ospedaliera, aspetto che diventa una necessità per garantire un pieno diritto alla salute di ogni paziente.

Nel territorio della provincia pratese è sensibilmente aumentato, negli ultimi anni, il numero di persone appartenenti a confessioni religiose diverse da quella cattolica, così come il numero di persone non appartenenti ad alcuna confessione. Questo fenomeno si riflette anche nella composizione delle persone ricoverate. Nel Nuovo Ospedale S. Stefano è a disposizione un locale "Sala Multiculto" spazio dedicato a raccoglimento, meditazione o preghiera per tutte le persone che ne abbiano necessità, a prescindere dall'appartenenza a qualsiasi fede religiosa. Il confronto con le confessioni religiose e le filosofie di vita presenti nel territorio provinciale pratese è il primo passo di un percorso più ampio per rendere la struttura ospedaliera pratese il più possibile aperta e plurale.

Un protocollo interculturale. È stato siglato un protocollo d'intesa tra Provincia di Prato, Asl e rappresentanti delle comunità religiose, associazioni e filosofie di vita, nel quale è indicato anche il regolamento per l'utilizzo della "Sala Multiculto".

Le finalità del progetto sono quelle di garantire a tutti i pazienti e visitatori dell'ospedale la libertà di culto, la possibilità di usufruire, ove ne facciano richiesta, di un'assistenza spirituale o morale e la possibilità di avere a disposizione uno spazio adibito al raccoglimento, alla meditazione o alla preghiera. Si può così avviare un confronto tra istituzioni, confessioni religiose e filosofie di vita presenti nel territorio pratese sulle diverse esigenze legate alla salute e alla malattia e migliorare la qualità dei servizi di accoglienza e assistenza nella struttura ospedaliera con particolare attenzione agli aspetti spirituali e morali della degenza, accrescendo le competenze degli operatori della salute sui diritti e i bisogni dei pazienti appartenenti alle diverse confessioni religiose e filosofie di vita. È prevista un'attività di monitoraggio per valutare l'impatto del progetto e la sua utilità in termini di: partecipazione delle diverse confessioni religiose e filosofie di vita presenti nel territorio pratese; gradimento dei pazienti e dei visitatori dell'ospedale rispetto alle innovazioni organizzative dei servizi; gradimento dei percorsi di formazione da parte degli operatori della salute.

I partner del progetto sono la Provincia di Prato, l'Azienda sanitaria locale di Prato, l'Associazione CittadinanzAttiva e le confessioni religiose e filosofie di vita presenti nel territorio provinciale pratese.

Il territorio pratese tra i più multietnici del Paese

Vania Vannucchi
ufficio stampa Asl 4 di Prato

INTESA TRA REGIONE, COMUNE, PROVINCIA E AZIENDA SANITARIA

Prende il via la risistemazione delle aree dismesse del vecchio presidio

Comincia finalmente a prendere corpo la risistemazione dell'area dell'ex ospedale di Prato. Regione, Comune e Provincia di Prato, Asl 4, Direzione regionale per i Beni culturali e paesaggistici della Toscana, Soprintendenza per i Beni architettonici, paesaggistici, storici, artistici ed etnoantropologici per le Province di Firenze, Pistoia e Prato e Soprintendenza per i Beni archeologici della Toscana hanno sottoscritto un accordo di programma che prevede la demolizione e bonifica del vecchio presidio ospedaliero. Nel testo, sono compresi la cessione della proprietà di una parte al Comune di Prato, che provvederà a riqualificarla attraverso la realizzazione di un parco urbano, e il riutilizzo, anche per funzioni diverse da quella sanitaria, di quella che resterà di proprietà della Asl 4.

I dettagli dell'accordo. Il Comune di Prato s'impegna ad acquistare dalla Asl 4 una parte dell'Ospedale Misericordia e Dolce, pari a circa 32mila metri quadrati, per una cifra di 12 milioni di euro, 7 provenienti dal Comune stesso e 5 dalla Provincia.

Il dibattito circa l'utilizzo è in corso ormai da diverso tempo, ma l'intenzione dell'amministrazione comunale è di prendere

in considerazione le idee provenienti dai cittadini per la realizzazione di un parco urbano attrezzato inserito all'interno del cuore della città e ridurre l'utilizzo di nuovo cemento. Per quanto riguarda la parte che resterà di proprietà della Asl 4, circa 9mila metri quadrati e comprendente tre edifici che saranno demoliti e risistemati, occorrerà che lo stesso Comune di Prato adotti una variante urbanistica in modo da poter essere utilizzata per funzioni anche diverse da quella sanitaria (residenziale, terziaria, direzionale, commerciale, turistico-ricettiva). Dalla cessione degli immobili che saranno ricavati la Asl conta di ricavare 8,3 milioni di euro. Il nuovo accordo prevede inoltre un contributo regionale di 23 milioni di euro per il riequilibrio finanziario dell'accordo del 2005, che prevedeva, tra le fonti di finanziamento per la realizzazione del nuovo ospedale, 43,3 milioni di euro da ricavare dalla vendita del Misericordia e Dolce. La Regione inoltre metterà a disposizione della Asl 4 le risorse necessarie per i lavori di demolizione e bonifica, oltre ad attivarsi per reperire le risorse necessarie alla riqualificazione complessiva.

Il primo passo da compiere sarà l'adozio-

ne della variante urbanistica per consentire il cambio di destinazione d'uso degli edifici che beneficerà dell'iter più snello previsto dalla legge regionale sulla valorizzazione delle ex aree sanitarie, la numero 8 del 2012. La firma del preliminare d'acquisto dovrà avvenire entro il 2016, mentre la demolizione entro un anno da tale firma, quindi inizio 2017. Infine, entro 18 mesi dall'inizio dei lavori di demolizione sono previsti l'approvazione definitiva dalla variante urbanistica, il completamento delle opere di demolizione e la bonifica. In pratica, se saranno rispettati i tempi indicati, la realizzazione del parco dovrebbe avvenire entro il 2018.

L'accordo è stato siglato nei giorni scorsi dal Presidente della Regione Enrico Rossi, presente anche l'assessore al Diritto alla salute Luigi Marroni, dal sindaco di Prato Matteo Biffoni, il presidente della Provincia Lamberto Gestri, il direttore della Asl 4 Edoardo Majno, la direttrice della Direzione regionale per i beni culturali e paesaggistici della Toscana Isabella Lapi e i rappresentanti della Soprintendenza per i beni archeologici della Toscana Lelio Zucca e della Soprintendenza per i beni architettonici,

paesaggistici, storici, artistici ed etnoantropologici per le Province di Firenze, Pistoia e Prato Antonio De Crescenzo.

«Con una rapidità che risalta ancora di più rispetto alle troppe lentezze, si stanno risolvendo questioni che riguardano la città di Prato, ma anche tutta la Regione - ha detto il presidente Rossi -. Devo dire che Prato è un fantastico "digestore" della modernità. Con questo accordo si cede l'area del vecchio ospedale al Comune, che potrà iniziare un lavoro di studio e riqualificazione della vecchia area. Un segno di speranza anche per il futuro».

«Con questo accordo ci riappropriamo della possibilità di fare su quell'area quello che è giusto fare - è il commento del sindaco Matteo Biffoni -. È una grande opportunità che si crea, una possibilità di rigenerazione. L'obiettivo è ora quello di creare un biglietto da visita eccezionale per la città di Prato, cosa che per un sindaco è una sfida meravigliosa. Questa sarà la cartina al tornasole della nostra capacità di leggere la modernità, spetta ora a tutta la comunità non sprecarla».

Agenzia Toscana Notizie

DOCUMENTI

Ecco il nuovo accordo di collaborazione con le farmacie convenzionate



Distribuzione diretta, l'intesa

Ridefinito il protocollo 2011: per ogni confezione le Asl pagano 4,75 euro

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 733 del 1° settembre 2014 con l'Accordo per la distribuzione diretta di medicinali e ausili medici tramite le farmacie convenzionate.

LA GIUNTA REGIONALE

Preso atto che l'articolo 8, comma 1 lettera a) del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" convertito, con modificazioni, nella legge 16 novembre 2001, n. 405 come modificato dall'articolo 52, comma 65 della legge 28 dicembre 2001, n. 448 dà facoltà alle Regioni di stipulare accordi con le associazioni sindacali delle Farmacie pubbliche e private per consentire agli assistiti di rifornirsi di alcuni medicinali anche presso le suddette farmacie con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario regionale;

Vista la propria deliberazione Grt n. 135 dell'11 febbraio 2002 avente a oggetto: "Norme applicative di cui alla legge 405/01 relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale. Indirizzi alle aziende sanitarie", con la quale sono stati definiti alcuni aspetti di competenza regionale relativi alla sopracitata legge 405/01 quali:

- l'individuazione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale;
- le modalità di erogazione, ai cittadini, dei farmaci nel proprio territorio;
- i livelli di spesa per le zone distretto nonché per i medici, singoli o associati;

Vista la propria deliberazione Grt n. 1263 del 18 novembre 2002 con la quale è stato approvato un protocollo di intesa fra la Regione Toscana e le Oo.Ss. regionali delle farmacie pubbliche e private sulla erogazione della assistenza farmaceutica da parte delle farmacie convenzionate;

Vista la propria deliberazione Grt n. 299 del 21 febbraio 2005 avente a oggetto: "Protocollo d'intesa relativo all'estensione della distribuzione diretta dei medicinali tramite le farmacie convenzionate";

Vista la propria deliberazione Grt n. 88 dell'11 febbraio 2010 avente a oggetto "Protocollo d'intesa relativo alla distribuzione diretta dei medicinali tramite le farmacie convenzionate";

Vista la propria deliberazione Grt n.

469 del 6 giugno 2011 avente a oggetto: "Accordo di collaborazione per la distribuzione diretta di medicinali e ausili medici tramite le farmacie convenzionate";

Vista la propria deliberazione Grt n. 113 del 20 febbraio 2006, con la quale è stato approvato un protocollo d'intesa con le farmacie pubbliche e private per la distribuzione attraverso le suddette farmacie di ausili medici sul territorio;

Visto l'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile" che prevede, fra l'altro, l'emanazione, da parte del Governo, di decreti legislativi finalizzati all'individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 relativo alla individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto ministeriale 16 dicembre 2010 pubblicato sulla Gu n. 57 del 10 marzo 2011 avente a oggetto: "Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera e) e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d) del decreto legislativo n. 153 del 2009";

Visto l'articolo 6 della Legge regionale 12 luglio 2004, n. 37 con il quale la Regione Toscana, al fine di garantire la capillarità dell'assistenza farmaceutica nel territorio interviene finanziariamente in favore delle farmacie disagiate;

Visto il decreto ministeriale 16 dicembre 2010 pubblicato sulla Gu n. 90 del 19 aprile 2011 avente a oggetto: Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali;

Visto l'art. 76 bis della Lr 40/2005, con il quale si istituisce il Fascicolo sanitario elettronico;

Vista la propria deliberazione Grt n. 125 del 23 febbraio 2009, con la quale è stato approvato il progetto Carta sanitaria elettronica che prevede di costituire e rendere disponibile a ciascun cittadino toscano il suo Fascicolo sanitario elettronico;

Vista la propria deliberazione Grt n. 474 del 9 giugno 2014 Approvazione del progetto regionale "Ciclo di vita della prescrizione elettronica: dematerializzazione della prescrizione farmaceutica" e disposizioni per la sua realizzazione;

Ritenuto opportuno approvare lo schema di Accordo di collaborazione fra la Regione Toscana, l'Unione regionale Toscana titolari di Farmacia (U.r.to.Far.) e la Confederazione italiana servizi pubblici Enti locali (Cispel Toscana), di cui all'allegato A della presente delibera, che sostituisce il precedente Accordo di collaborazione di cui alla Delibera Gr n. 469 del 6 giugno 2011;

A voti unanimi

DELIBERA

1. Di approvare lo schema di Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, l'Unione regionale Toscana titolari di Farmacia (U.r.to.Far.) e la Confederazione italiana servizi pubblici Enti Locali (Cispel Toscana) relativo alla distribuzione diretta di medicinali e ausili medici tramite le farmacie convenzionate e stesura di accordo quadro per la definizione di servizi sul territorio, allegato A, alla presente delibera, che sostituisce il precedente Accordo di collaborazione di cui alla Delibera Gr n. 469/2011;

2. di stabilire che gli oneri derivanti

dal presente Accordo di collaborazione a carico delle aziende sanitarie dovranno essere riassorbiti nei bilanci delle aziende sanitarie stesse attraverso una maggiore razionalizzazione nell'erogazione dell'assistenza sanitaria tramite le stesse farmacie e pertanto senza ulteriori oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

ALLEGATO A

Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, l'Unione regionale Toscana titolari di Farmacia (U.r.to.Far.) e la Confederazione italiana servizi pubblici Enti locali (Cispel Toscana) relativo alla distribuzione diretta di medicinali e ausili medici convenzionate e stesura di accordo quadro per la definizione di servizi sul territorio.

Il giorno del mese di dell'anno duemilaquattordici, alle ore presso la sede della Regione Toscana,

tra

La Regione Toscana, rappresentata da
L'Unione regionale Toscana titolari di Farmacia (U.r.to.Far.), rappresentata da

La Confederazione italiana servizi pubblici enti Locali (Cispel Toscana), rappresentata da

Visti:

L'articolo 8 del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni, nella legge 16 novembre 2001, n. 405 come modificato dall'articolo 52, comma 65 della legge 28 dicembre 2001, n. 448 dispone che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di:

a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione;

b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

La delibera Giunta regionale Toscana n. 135 dell'11 febbraio 2002 avente a oggetto: "Norme applicative di cui alla legge 405/01 relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale. Indirizzi alle aziende sanitarie";

La delibera Giunta regionale Toscana n. 1263 del 18 novembre 2002 con la quale è stato approvato un protocollo di intesa fra la Regione Toscana e le Oo.Ss. regionali delle farmacie pubbliche e private sulla erogazione della assistenza farmaceutica da parte delle farmacie convenzionate;

La delibera Giunta regionale n. 299 del 21 febbraio 2005 avente a oggetto: "Protocollo d'intesa relativo all'estensione della distribuzione diretta dei medicinali tramite le farmacie convenzionate";

La delibera Giunta regionale Toscana n. 88 dell'11 febbraio 2010 avente a oggetto "Protocollo d'intesa relativo alla distribuzione diretta dei medicinali tramite le farmacie convenzionate";

Vista la propria deliberazione Grt n. 469 del 6 giugno 2011 avente a oggetto: "Accordo di collaborazione per la distribuzione diretta di medicinali e ausili medici tramite le farmacie convenzionate";

La delibera Giunta regionale Toscana n. 113 del 20 febbraio 2006 con la quale è stato approvato un protocollo d'intesa con le farmacie pubbliche e private per la distribuzione attraverso le suddette farmacie di ausili medici sul territorio;

L'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile" che prevede, fra l'altro, l'emanazione, da parte del Governo, di decreti legislativi finalizzati all'individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 relativo alla individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

Il decreto ministeriale 16 dicembre 2010 pubblicato sulla Gu n. 57 del 10 marzo 2011 avente a oggetto: "Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera e) e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d) del decreto legislativo n. 153 del 2009";

Il decreto ministeriale del 16 dicembre 2010 pubblicato sulla Gu n. 90 del 19 aprile 2011 avente a oggetto "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali";

Visto l'art. 76 bis della Lr 40/2005, con il quale si istituisce il Fascicolo sanitario elettronico;

Vista la propria deliberazione n. 125 del 23 febbraio 2009, con la quale è stato approvato il progetto Carta sanitaria elettronica che prevede di costituire e rendere disponibile a ciascun cittadino toscano il suo Fascicolo sanitario elettronico;

Concordano

Di ridefinire il Protocollo d'Intesa, di cui alla delibera di Giunta regionale n. 469 del 6 giugno 2011 sostituendolo con il seguente protocollo:

1) Campo di applicazione

Oggetto del presente accordo sono:

- i farmaci ricompresi nell'allegato B) di cui alla delibera Giunta regionale n. 135/02 aventi un prezzo al pubblico superiore a 10 (dieci) euro;
- i farmaci attualmente ammessi a rimborsabilità con oneri a carico del Ssn contrassegnati dall'Aifa con la sigla Pht (prontuario della distribuzione diretta) aventi un prezzo al pubblico superiore a 10 (dieci) euro;
- i farmaci che verranno ammessi alla rimborsabilità durante il periodo di validità del presente accordo contrassegnati dall'Aifa con la sigla Pht (prontuario della distribuzione diretta) aventi

un prezzo al pubblico superiore a 10 (dieci) euro;

- gli ausili medici autorizzati dalle aziende Usl sul territorio relativi a diabete, medicazione e incontinenza con l'eccezione dei dispositivi per l'incontinenza ad assorbimento;

- "l'istituzione di un tavolo regionale permanente per la stesura di un accordo quadro per la erogazione di servizi sul territorio".

2) Remunerazione

A) Farmaci

Per i farmaci erogati a partire dal 1° settembre 2014 le aziende Usl devono riconoscere alle farmacie una quota pari a 4,75 euro + Iva per ogni confezione di medicinale erogata.

B) Ausili medici

La farmacia richiede mensilmente, contestualmente alla richiesta di rimborso dei medicinali erogati in regime convenzionale il rimborso della prestazione così come di seguito specificato:

- il rimborso del costo degli ausili medici erogati calcolato sulla base del listino di cui all'articolo 3 dell'allegato A di cui alla delibera Giunta regionale 113/2006;

- una quota pari al 5% calcolata sul costo degli ausili al netto Iva;

- una quota mensile per paziente a cui è stata erogata la prestazione pari 2,50 euro.

3) Le parti, al fine di monitorare lo sviluppo del presente accordo e per promuovere un modello di farmacia integrata con il Servizio sanitario regionale concordano sulla necessità di istituire, per il periodo di validità del presente accordo, un tavolo regionale permanente costituito dal Direttore generale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana o suoi delegati, due rappresentanti della Unione regionale Toscana titolari di Farmacia (U.r.to.Far.) e due rappresentanti della Confederazione italiana servizi pubblici Enti locali (Cispel) per:

a) l'esame dell'andamento della distribuzione diretta da parte delle aziende sanitarie, della distribuzione diretta per il tramite delle farmacie convenzionate e della spesa farmaceutica convenzionata di cui al Dpr 371/98;

b) la partecipazione della farmacia a un programma condiviso relativo al completamento delle procedure di attivazione della tessera sanitaria nonché allo sviluppo delle potenzialità della stessa in termini di servizi ai cittadini;

c) per la revisione del protocollo d'intesa fra Regione Toscana U.r.to. Far. (Unione regionale Toscana farmacisti titolari) e Cispel (Confederazione italiana servizi pubblici) relativo alla distribuzione attraverso le farmacie convenzionate di ausili medici;

d) per la definizione delle modalità di erogazione dei farmaci ex-osp 2 attraverso le farmacie pubbliche e private;

e) l'avvio, entro l'anno 2014, in linea con quanto previsto dal Dpr 371/1998, dal Dlgs 153/2009, dall'intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (rep. n. 82/Csr) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, dalla delibera Grt n. 175/2007, conferenza del febbraio 2014, della stesura di un accordo quadro di collaborazione per la messa in atto di specifici accordi operativi volti al miglioramento dei servizi sul territorio.

Le parti si impegnano a definire gli aspetti di cui al presente punto entro l'anno 2014. Il presente accordo ha validità triennale.

Sanità Toscana

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

Versione Pdf dell'Allegato al n. 40 del 4-10 novembre 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

Approvato dalla Giunta il progetto regionale di prevenzione oncologica

Utero, screening col test Hpv



All'Ispo sono affidati il coordinamento e il supporto della campagna

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 741 del 1° settembre scorso che avvia il test Hpv come test primario di screening.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Lr del 4 febbraio 2008 n. 3 "Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo)";

Visti, in particolare, della citata Lr 3/2008: - l'articolo 1, comma 1-bis, che individua l'Ispo, struttura di riferimento regionale per gli aspetti epidemiologici e di sorveglianza in campo oncologico, nonché per gli aspetti diagnostici correlati agli screening istituzionali;

- l'articolo 2 comma 1 che alla lettera b), prevede, tra le attività istituzionali di Ispo, la definizione dei percorsi diagnostici nel campo della Prevenzione secondaria in ambito oncologico e la promozione e realizzazione di programmi di screening oncologici, e alla lettera d), la centralizzazione delle attività diagnostiche che sono considerate di rilevante interesse pubblico;

Vista la deliberazione del Consiglio regionale n. 18 del 3 febbraio 1998 "Azione programmatica: la lotta contro i tumori e l'assistenza oncologica" e direttive alle aziende sanitarie per l'attuazione dei programmi di screening;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 24 dell'11 gennaio 1999 con cui sono state emanate le direttive alle aziende Usl in merito ai programmi di screening oncologico del collo dell'utero, della mammella, del colon-retto e del melanoma;

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;

Vista la propria deliberazione n. 74 del 7/2/2014 con la quale sono stati approvati gli emendamenti alla proposta di Piano sopra citata;

Dato atto che il Psr 2008-2010 resta in vigore, ai sensi dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66, fino all'entrata in vigore dei Piani e Programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Psr 2011-2015;

Considerato che il punto 6.1 del Psr 2008-2010 richiama, come attività di prevenzione secondaria, i servizi di screening per il tumore della cervice uterina;

Richiamata l'intesa tra Stato, Regioni e PpAa del 10/02/2011, recante "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia per cancro-Anni 2011-2013";

Preso atto delle indicazioni del Piano nazionale della prevenzione 2012-2014 che, a supporto della programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione oncologica nella popolazione a rischio evidenzia che i test clinicamente validati per il Dna di Hpv oncogeni come test di screening primario abbiano una chiara evidenza scientifica e siano più efficaci dello screening basato sulla citologia nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero;

Tenuto conto della proposta del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 che al punto Strategie basate sull'individuo, ribadisce che, per quanto riguarda "i programmi di screening del cervicocarcinoma l'adozione del modello basato sul test primario Hpv-Dna, si è dimostrato più costo-efficace che non quello che utilizza il pap-test come test primario"; comportando "alcune importanti modifiche, tra le quali rientrano quelle sia di tipo organizzativo (per es. centralizzazione dei laboratori di riferimento) sia della tempistica del round sia della comunicazione" le cui evidenze scientifiche a supporto di questo modello sono state riassunte nel "Documento di indirizzo sull'utilizzo del test Hpv-Dna come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero" prodotto nell'ambito delle azioni centrali del Pnp 2010_12 e trasmesso alle Regioni e precedentemente citato;

Richiamata la precedente deliberazione Grt n. 1049 del 26-11-2012 "Programma di screening regionale per il tumore della cervice uterina con Hpv primario in sostituzione del Pap-test. Progettazione e modalità attuative", con la

quale è stato avviato un programma regionale di screening cervicale in cui il test Hpv è utilizzato come test primario, con la previsione di estendere tale offerta all'intero territorio regionale andando così a sostituire progressivamente il Pap test come test di screening per il carcinoma della cervice uterina;

Precisato che il nuovo programma di screening per il tumore della cervice uterina con Hpv come test di screening primario prevede il coinvolgimento delle donne del territorio regionale in età target, secondo le modalità previste dal "Protocollo operativo per lo screening del tumore della cervice uterina con test Hpv primario" di cui all'allegato "A" della sopra richiamata Dgrt 1049/2012;

Ricordato che, in virtù della suddetta deliberazione:

- il Laboratorio Hpv dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) è stato individuato quale laboratorio di riferimento a livello regionale per l'esecuzione del test Hpv, deputato a centralizzare l'esecuzione dei test Hpv, al fine di garantire i massimi standard di qualità, ottimizzare i volumi di attività e contenere conseguentemente i costi di esercizio;

- la progressività della implementazione del programma di screening Hpv primario nell'intero territorio regionale è demandata a Ispo, al fine di evitare iniziative non coordinate con il progetto regionale stesso, nel rispetto del principio di appropriatezza e razionalizzazione dell'uso delle risorse ed è sostenuta con le necessarie iniziative regionali;

- le spese derivanti dall'avvio del programma venivano finanziate con le risorse prenotate con Dgrt n. 1043 del 26/11/2012 previste per il progetto n. 2: "Hpv ad alto rischio oncogeno come screening";

Dato atto, come indicato nelle delibere Grt n. 1049/2012 e n. 1235/2012, che l'avvio del programma di screening con Hpv primario rappresenta un'opportunità per migliorare la conoscenza su diversi aspetti di ricerca tuttora aperti;

Ricordato inoltre che la Dgrt n. 1049/2012 ha rimandato a successivo provvedimento la definizione, nell'ambito delle rispettive competenze, delle modalità operative che faranno carico alle aziende Usl e a Ispo, per la realizzazione del programma di screening con test Hpv primario;

Dato atto che anche ai fini del riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale, varato con Dgrt 754/2012 e con deliberazione n. 1235 del 28/12/2012 è stata ribadita la centralità di Ispo nei programmi di screening regionali;

Precisando, in particolare che:

- l'intervento "Riorganizzazione laboratori di prevenzione oncologica" (obiettivo 1), prevede la "Centralizzazione di tutti i test di screening per lo screening del carcinoma della cervice uterina in un unico laboratorio dedicato presso l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo)" (sub.obiettivo 1.1);

- il nuovo programma di Hpv come test di screening primario per il tumore della cervice (obiettivo 3) prevede il "Programma di screening primario per tumore della cervice: sostituzione Pap test nelle donne con più di 34 anni con test Hpv secondo nuove linee guida europee e Hta Italiano" (sub.obiettivo 3.1) attraverso, fra l'altro, la riorganizzazione dei servizi di screening aziendali e affidandone il coordinamento a Ispo;

Ricordato che per la realizzazione di tali obiettivi, come supporti necessari sono state individuate, oltre alla riorganizzazione dei servizi di screening, la centralizzazione delle anagrafiche e la gestione degli inviti che rimangono di competenza delle aziende sanitarie, anche le azioni regionali necessarie per il sostegno ai programmi sopra riportati;

Dato atto che, in ottemperanza a quanto sopra, Ispo ha avviato il nuovo programma di screening in 3 aziende Usl (Asl 10, Asl 9, Asl 12) utilizzando il finanziamento dei Progetti strategici di Ispo per gli anni 2012-2013 (Dgrt 1043/2012), relativo al progetto strategico n. 2: "Hpv ad alto rischio oncogeno come screening", per la copertura dei costi differenziali fra il programma di screening con pap-test e il nuovo programma con Hpv test primario relativi alla fase di start-up del programma;

Visto che ha avuto avvio positivamente la predetta fase di start-up e ritenuto pertanto

opportuno, a partire dall'anno 2014, affidare a Ispo il coordinamento e il supporto organizzativo che dovrà altresì produrre in maniera congiunta con tutte le aziende Usl, il cronoprogramma delle azioni da svolgere e le tempistiche da rispettare sulla base di quanto previsto all'allegato 1 "Modalità operative standard per il programma di screening per il tumore della cervice uterina con test Hpv come test di screening primario nelle donne tra 34-64 anni", parte integrante e sostanziale del presente atto, opportunamente integrato secondo le specifiche di ogni singola realtà aziendale;

Preso inoltre atto che numerose evidenze scientifiche indicano che sotto i 30 anni lo screening con il test Hpv produce sovradignosi e sovratratamento e che ciò risulta plausibile anche fra i 30 e i 34 anni, in attesa di ulteriori e più precise evidenze scientifiche su questa fascia di età si è deciso di mantenere lo screening citologico sotto i 34 anni;

Valutato che per gli anni 2015 e 2016, Ispo provvederà all'implementazione e al consolidamento delle azioni necessarie;

Stabilito di inserire nel catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali l'attività di screening "Hpv primario con citologia di triage", con codice 7157, non prescrivibile su ricettario del Ssr, erogabile unicamente all'interno del programma di prevenzione secondaria secondo le modalità previste dal protocollo di screening Hpv di cui alla Dgrt n. 1049/2012;

Valutato di:

- definire, sulla base dell'analisi dei costi effettuata secondo il sistema Abc (activity based costing), la tariffa della suddetta prestazione "Hpv primario con citologia di triage" in euro 18,07 (diciotto/07);
- prevedere che la regolamentazione economica tra Ispo e le aziende sanitarie avrà luogo per il tramite di specifico meccanismo di "compensazione centralizzata regionale" da realizzarsi con adeguata modifica del flusso informativo;

Ritenuto per i motivi sopra esposti, di destinare a favore di Ispo, la somma complessiva di euro 220.000,00 (duecentoventimila/00) da imputarsi come segue:

- euro 140.000,00 (centoquarantamila/00), sul capitolo 26247 (fondo sanitario indistinto) del bilancio di previsione 2014, che presenta la necessaria disponibilità ai fini del coordinamento e supporto organizzativo che dovrà garantire per la centralizzazione dello screening Hpv con test primario;
- euro 40.000,00 (quarantamila/00) sul capitolo 26247 (fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2014-2016, annualità 2015, che presenta la necessaria disponibilità, per l'implementazione progettuale, previa verifica dello stato dell'arte che dovrà essere illustrato in apposita relazione;
- euro 40.000,00 (quarantamila/00), sul capitolo 26247 (fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2014-2016, annualità 2016, che presenta la necessaria disponibilità per il consolidamento delle azioni di cui sopra;

Vista la Lr n. 78 del 24 dicembre 2013 "Bilancio di Previsione per l'anno finanziario 2014 e Pluriennale 2014/2016";

Vista la Dgr n. 2 del 7 gennaio 2014 "Approvazione Bilancio gestionale per l'esercizio finanziario 2014 e Bilancio gestionale pluriennale 2014/2016";

A voti unanimi

DELIBERA

1. di affidare, per l'anno 2014, a Ispo, il coordinamento e il supporto del programma di screening basato sul test Hpv come test primario e la successiva implementazione per l'anno 2015 e il consolidamento delle azioni necessarie per il 2016;

2. di inserire nel catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali, l'attività di screening "Hpv primario con citologia di triage", con codice 7157, non prescrivibile su ricettario del Ssr, erogabile unicamente all'interno del programma di prevenzione secondaria secondo le modalità previste dal protocollo di screening Hpv di cui alla Dgrt n. 1049/2012;

3. di definire, sulla base dell'analisi dei costi effettuata secondo il sistema Abc (activity based costing), la tariffa della suddetta prestazione "Hpv primario con citologia di triage" in euro 18,07 (diciotto/07)

4. di prevedere che la regolamentazione

economica tra Ispo e le aziende sanitarie, avrà luogo per il tramite di specifico meccanismo di "compensazione centralizzata regionale" da realizzarsi con adeguata modifica del flusso informativo;

5. di approvare l'allegato 1 "Modalità operative standard per il programma di screening per il tumore della cervice uterina con test Hpv come test di screening primario nelle donne tra 34-64 anni" quale parte integrante e sostanziale del presente atto;

6. di prenotare a favore di Ispo, la somma complessiva di euro 220.000,00 (duecentoventimila/00) da imputarsi come segue:

- euro 140.000,00 (centoquarantamila/00), sul capitolo 26247 (fondo sanitario indistinto) del bilancio di previsione 2014, che presenta la necessaria disponibilità ai fini del coordinamento e supporto organizzativo che dovrà garantire per la centralizzazione dello screening Hpv con test primario;

- euro 40.000,00 (quarantamila/00) sul capitolo 26247 (fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2014-2016, annualità 2015, che presenta la necessaria disponibilità, per l'implementazione progettuale, previa verifica dello stato dell'arte che dovrà essere illustrato in apposita relazione;

- euro 40.000,00 (quarantamila/00), sul capitolo 26247 (fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2014-2016, annualità 2016, che presenta la necessaria disponibilità per il consolidamento delle azioni di cui sopra;

7. di dare mandato al Settore Programmazione e organizzazione delle cure della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale, di provvedere all'espletamento dei successivi atti necessari per l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento.

ALLEGATO 1

Modalità operative standard per il programma di screening per il tumore della cervice uterina con test Hpv come test di screening primario nelle donne tra 34-64 anni

Organizzazione e competenze

Il sistema organizzativo del nuovo programma di screening affida a Ispo il coordinamento e la gestione clinica del protocollo regionale di screening.

Il presente protocollo affida, infatti, al laboratorio di prevenzione oncologica di Ispo la presa in carico dei campioni dalle singole aziende Usl della Regione Toscana, la processazione dei campioni Hpv primario, la lettura dell'eventuale Pap test di Triage e l'invio in formato elettronico dei risultati nonché la loro validazione.

Con l'eccezione dell'azienda Usl 10 Firenze in cui il programma di screening è già svolto attraverso Ispo, in carico alle singole aziende sanitarie locali rimangono, quindi, la gestione delle agende dei prelievi di screening, l'adeguamento dei sistemi informativi locali, l'invio degli inviti, le accettazioni, i prelievi dei campioni, l'invio dei campioni a Ispo secondo le modalità definite dal protocollo, la produzione dei referti e il loro invio all'utenza, la gestione dei richiami e gli approfondimenti di 2° livello.

Ogni azienda Usl provvederà, pertanto, autonomamente all'integrazione dei propri gestionali di screening e di laboratorio per l'adeguamento del proprio sistema informativo al protocollo regionale.

La generazione dei flussi doc regionali (Spa e flusso screening) rimane a carico di ciascuna azienda Usl, salvo con l'eccezione dell'azienda Usl 10 Firenze in cui il programma di screening è già svolto attraverso Ispo.

Le attività previste sono svolte attraverso le strutture di Ispo che si interfacciano con un gruppo di coordinamento dei responsabili individuati da ciascun azienda Usl.

Intervalli di screening ed età

Lo screening basato sul test per l'Hpv come test primario di screening secondo il protocollo descritto, si applica a donne di età dai 34 ai 64 anni, con intervalli quin-

quennali tra round di screening secondo quanto specificato nella delibera n. 1049/2012.

Per le donne di età 25-33 anni verrà utilizzata la citologia come test primario a intervalli triennali con Hpv test come test di triage in caso di citologia Asc-Uts.

La fascia di età potrà essere rivista con ampliamento anche a donne più giovani sulla base delle eventuali nuove evidenze scientifiche o quando entreranno nello screening le ragazze che si sono sottoposte alla vaccinazione Hpv.

Donne tra 34 e 64 anni di età

- Test di screening

Il test Hpv è l'unico test primario. La citologia verrà utilizzata come sistema di triage delle donne Hpv positive ma è escluso il suo utilizzo sistematico come test primario assieme al test Hpv.

- Inviti e solleciti

Gli inviti e i solleciti, come su detto, continueranno a essere gestiti dalle aziende sanitarie toscane secondo le modalità usuali. Nelle lettere di invito dovrà essere indicato che l'invito è a eseguire il test Hpv.

- Prelievi

I prelievi per l'esecuzione dello screening verranno effettuati presso gli usuali centri utilizzando i software locali adeguatamente implementati.

Sono potenzialmente effettuabili due opzioni:

1) Esecuzione di un singolo prelievo con mezzo di trasporto valido sia per il test Hpv che per citologia in fase liquida.

2) Esecuzione di due prelievi separati, uno con mezzo di trasporto per il test Hpv e un prelievo di cellule cervicali che sarà utilizzato per citologia mediante striscio convenzionale solo in caso di test Hpv positivo, senza richiamare la donna per un nuovo prelievo.

La scelta tra le due opzioni verrà effettuata congiuntamente tra Ispo e le singole aziende sanitarie toscane sulla base di requisiti oggettivi per il tramite di specifici protocolli operativi.

- Gestione delle donne negative al primo test Hpv entro round

Le donne Hpv negative verranno inviate a nuovo round di screening dopo 5 anni. In caso si sia adottata l'opzione (2) per i prelievi, i vetrini corrispondenti non verranno colorati né letti e saranno distrutti a cura di Ispo.

- Gestione delle donne positive al primo test Hpv entro round

Per le donne con Hpv positivo verrà prodotto (se necessario) colorato e interpretato un preparato citologico, utilizzando il materiale ottenuto come descritto nella sezione "prelievo", senza richiamare la donna per un nuovo prelievo.

La citologia verrà classificata secondo il sistema Tbs 2001.

Le donne con citologia normale verranno re-inviate per un nuovo test Hpv a intervallo di un anno come segue:

- Prelievo

Avverrà presso i centri di primo livello. Verrà effettuato il prelievo con le stesse modalità già descritte.

- Gestione

Le donne Hpv negative a questo secondo prelievo verranno inviate a nuovo round di screening dopo 5 anni.

Le donne Hpv positive a questo secondo prelievo verranno inviate a colposcopia, indipendentemente dal risultato del Pap test che servirà al colposcopista per guidare gli intervalli di follow-up.

In questo contesto il protocollo di riferimento da adottare è quello condiviso a livello regionale e pubblicato da parte del Centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica (14° rapporto annuale sugli screening oncologici Dicembre 2013).

- Protocollo post-colposcopico

Anche nell'ambito del progetto Hpv si applica il protocollo di sorveglianza post-colposcopico regionale pubblicato nel 14° rapporto annuale sugli screening oncologici dicembre 2013. ●

WELFARE

Parte in via sperimentale il numero verde per le famiglie in difficoltà



«Pronto badante» al debutto

Entro 48 ore un operatore qualificato arriva a casa - Stanziati 2,1 milioni

Sostenere e supportare la famiglia e le persone anziane fragili in fase di emergenza, attivare azioni informative e di tutoraggio sui servizi territoriali presenti, contrastare la solitudine attraverso un intervento attivo della comunità territoriale. Sono alcuni obiettivi di "Pronto Badante" il progetto regionale che promuove la realizzazione di azioni sperimentali per il sostegno temporaneo alla famiglia e all'anziano che si trova a vivere per la prima volta una situazione di fragilità e disagio.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è in stretta correlazione con l'emergere di problematiche che pongono al centro il tema della sostenibilità dei sistemi socio-assistenziali in risposta ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie. La frammentazione delle reti familiari e del tessuto sociale rende l'anziano sempre più fragile e incapace di gestire in autonomia le difficoltà della vita quotidiana. Pertanto è opportuno ripensare ai modelli di sostegno e di convivenza, ma anche costruire una rete capillare di relazioni all'interno del territorio capace di dare risposte adeguate alle

famiglie per rendere meno gravoso il peso della quotidianità, prevedendo così l'isolamento e l'esclusione sociale di tutti i componenti.

In questa ottica l'assessorato al Welfare, politiche per la casa, integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana con il progetto "Pronto Badante" vuole garantire la copertura di questo momento delicato, in cui la famiglia si trova a vivere una situazione di grave difficoltà per riuscire a provvedere alle prime necessità, quali

ad esempio nel caso di rientro dell'anziano al proprio domicilio a seguito di dimissioni dall'ospedale, oppure nel reperimento delle informazioni e indicazioni sulle procedure per ottenere un servizio. Per beneficiare degli interventi progettuali l'anziano deve aver espresso per la prima volta la necessità di un assistente familiare e non aver già attivato contatti con i servizi territoriali.

«Con questo progetto abbiamo pensato di offrire un servizio vero a tante famiglie che non sanno dove rivolgersi in un momento di grave difficoltà - spiega Stefania Saccardi, vicepresidente Regione Toscana -. Nell'ottica di un welfare sempre più

orientato a garantire servizi piuttosto che contributi spesso insufficienti, si dà in questo modo un punto di riferimento di fronte al problema della non autosufficienza».

Nel dettaglio "Pronto Badante" mira a sperimentare specifici interventi territoriali di supporto alle famiglie, prevenire e contrastare le situazioni di vulnerabilità sociale delle stesse e ridurre i rischi di isolamento e disagio, infine attivare nuove strategie e relazioni con i soggetti del Terzo settore finalizzate al rafforzamento del volontariato e all'impegno sociale.

La Regione Toscana ha destinato complessivamente 2,1 milioni di euro per la realizzazione di singoli interventi sperimentali: numero verde, attività di assistenza, informazione e tutoraggio, buoni lavoro (voucher).

Successivamente, nel corso del 2014, potranno essere destinate, per il progetto regionale "Pronto Badante", ulteriori risorse, pari a 310.250 euro, previa approvazione da parte del ministero del Lavoro e delle politiche sociali - Dg Immigrazione, di un nuovo Piano operativo regionale in attuazione del progetto nazionale "Servizi alla persona" di cui alla Dgr 1155/2010.

Tra le azioni messe in campo è prevista l'attivazione di un numero

verde per segnalare il proprio disagio. Il servizio è dedicato alla famiglia con anziano convivente o all'anziano che vive da solo. In seguito alla segnalazione si avvia la presa in carico dell'anziano e nell'arco di 24 ore, massimo 48 ore, si attiva un intervento di supporto e tutoraggio attraverso l'invio di un operatore qualificato presso l'abitazione dove risiede l'anziano in stato di fragilità.

L'operatore è in grado inoltre di informare e orientare la famiglia sui servizi territoriali e sugli adempimenti amministrativi necessari compresa la ricerca di un assistente familiare e di tutte le informazioni utili al miglioramento delle condizioni di vita all'interno dell'abitazione. Il suo compito è anche quello di assistere la famiglia nelle procedure online Inps relativamente all'attivazione del rapporto di assistenza familiare. Inoltre, l'attività dell'operatore comprende anche un breve tutoraggio in itinere a casa dell'anziano per aiutare la famiglia e l'assistente familiare nel periodo in cui viene attivato un primo rapporto di collaborazione lavorativa.

Il progetto prevede anche l'eroga-

zione di buoni lavoro destinati all'attivazione di un primo rapporto di assistenza familiare.

La famiglia può essere beneficiaria di una erogazione di buoni lavoro (voucher) di 300 euro pari alla copertura di 30 ore lavorative di un assistente familiare da utilizzare per le prime necessità dell'anziano. L'acquisizione dei buoni lavoro sarà effettuata da parte della Regione direttamente con l'Inps attraverso uno specifico atto convenzionale.

La scelta di erogare buoni lavoro in sostituzione al tradizionale contributo in denaro nasce dal fatto che questo tipo di intervento, essendo di natura temporanea, per coprire la prima fase di disagio vuol essere propedeutico alla successiva regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare.

Tale intervento temporaneo sostiene un'attività di lavoro regolare in quanto già comprensiva di oneri previdenziali Inps e assicurativi Inail e rappresenta un valido strumento di facile e rapida usufruibilità.

a cura di
Elena Cinelli

Un servizio concreto a supporto dei non autosufficienti

Per le prime esigenze voucher di 300 euro per 30 ore di lavoro

I DETTAGLI DEL PIANO

Cinque le zone distretto coinvolte nella sperimentazione

Le politiche sociali integrate sono regolate dalla legge regionale 41/2005 «Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale». In particolare l'art. 42, "Politiche per la famiglia", prevede tra l'altro gli interventi e i servizi volti a favorire l'assolvimento delle responsabilità familiari, a individuare e affrontare le situazioni di disagio sociale ed economico dei nuclei familiari, a creare reti di solidarietà locali. Prevede inoltre interventi di sostegno alle famiglie impegnate in attività di cura e assistenza di persone disabili, di per-

sone con problemi di salute mentale, di anziani e di minori in affidamento.

Tra le politiche per gli anziani l'art. 54 prevede interventi e servizi volti a prevenire i processi invalidanti fisici e psicologici, nonché i fenomeni di esclusione sociale, salvaguardando l'autosufficienza e l'autonomia dell'anziano, favorendo la sua permanenza nel contesto familiare di origine e il mantenimento di una vita di relazione attiva. Lo stesso Piano integrato sociale regionale 2007-2010 prevede l'attivazione di un in-

sieme di azioni tese a valorizzare e a sostenere quei nuclei familiari che presentano situazioni di disagio e al tempo stesso sviluppare reti di inclusione e protezione sociale anche attraverso azioni di sperimentazione di nuovi modelli di intervento.

In questo scenario si colloca il progetto regionale "Pronto Badante" che promuove la realizzazione di azioni sperimentali di sostegno temporaneo alle famiglie. Gli interventi attualmente attivati interessano le zone distretto di Firenze, Fiorenti-

na Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est, Mugello ed Empolese. Il progetto è rivolto alle famiglie con anziani o ad anziani che vivono da soli. Tra i requisiti richiesti: avere 65 anni di età o superiore ed essere per la prima volta in condizione di fragilità, essere residenti nei Comuni che rientrano nelle zone distretto coinvolte nella sperimentazione, non aver intrapreso un percorso con i servizi territoriali, non aver stipulato un contratto con un assistente familiare al fine di poter erogare buoni lavoro.

Nel progetto "Pronto Badante" sono coinvolti anche i soggetti del Terzo settore previsti dal comma 2, art. 17 della Lr 41/2005 (organizzazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni e gli enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato, enti riconosciuti dalle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, altri soggetti privati senza scopo di lucro) e l'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps) per l'acquisizione di buoni lavoro.

Gli ambiti di sperimentazione sono: il numero verde a cui la famiglia e/o l'anziano si rivolge per segnalare il proprio disagio, l'attività di assistenza, informazione e tutoraggio rivolta alla famiglia e/o all'anziano attraverso una visita domiciliare entro 24h, massimo 48h dalla presa in carico della segnalazione della famiglia e/o dell'anziano pervenuta al numero Verde, buoni lavoro erogati alla famiglia con anziano o all'anziano solo per l'importo complessivo di euro 300 per l'attivazione di un primo rapporto di assistenza familiare pari alla copertura di 30 ore.

LE RISORSE IN CAMPO CON LA DELIBERA VARATA IL 20 OTTOBRE

Il riparto dei fondi disponibili

Con l'approvazione della delibera 869 del 20/10/2014 con oggetto «Riparto risorse alle zone distretto di cui all'Accordo siglato con il dipartimento per le Politiche della famiglia della presidenza del Consiglio dei ministri per la realizzazione degli interventi di sostegno a favore degli anziani» si prevede la ripartizione delle risorse alle zone distretto per una serie di azioni: assistenza domiciliare socio-assistenziale, sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale, trasporto sociale.

Nel dettaglio sono state stanziati risorse pari a 1,492 miliardi a favore delle zone distretto per la realizzazione degli interventi di sostegno in favore degli anziani che prevedano agevolazioni tariffarie e/o erogazione di contributi, individuati con riferimento al nomenclatore sociale (Dgr 580/2009), con la seguente specifica azione:

● promozione e supporto alla permanenza della persona anziana presso il proprio domicilio attraverso:

1. l'assistenza domiciliare socio-assistenziale - categoria G1 del Nomenclatore sociale regionale;
2. le assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale - categoria G5 del Nomenclatore sociale regionale;
3. il trasporto sociale - categoria H2 del Nomenclatore sociale regionale.

Le risorse provengono da un accordo siglato il 6 giugno 2013 con il dipartimento per le Politiche della famiglia della presidenza del Consiglio dei ministri (approvato con Dgr 318/2013). La ripartizione delle risorse è avvenuta, in continuità con le precedenti, per la quota del 30% (447.600 euro) in base ai risultati della rilevazione Rifan, effettuata mediante l'apposito applicativo web e relativa al periodo 01/07/2013-31/12/2013 e per la quota del 70% (1.044.400 euro), in base ai parametri di ripartizione definiti dal Pistr (Dgr 921/2008).

Dal Nomenclatore interventi e servizi sociali Toscana (Dgr 580/2009)

G - Interventi volti a favorire la domiciliarità

G1 Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio.
G5 Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	Si considerano i benefici economici a favore delle persone non autosufficienti o disabili secondo l'area di appartenenza degli utenti. Tra gli altri sono individuabili: ● Voucher: provvidenza economica a favore di anziani non autosufficienti e disabili, versata solo nel caso in cui le prestazioni siano erogate da "care giver" professionali; ● Assegno di cura: incentivazione economica finalizzata a garantire a soggetti anziani non autosufficienti e a disabili gravi o gravissimi, la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali; ● Buono socio-sanitario: sostegno economico a favore di persone in difficoltà erogato nel caso in cui l'assistenza sia prestata da un "care giver" familiare; ● Assegnazioni per progetti: finalizzati alla vita indipendente o alla promozione dell'autonomia personale.

H - Servizi di supporto

H2 Trasporto sociale	Mezzi di trasporto (pubblici o privati) volti a garantire lo spostamento di persone a ridotta mobilità.
--------------------------------	---

PISA

Pubblicato sul Nejm uno studio italiano coordinato da un oncologo Aoup

Colon retto, cocktail pisano



Dimostrato il vantaggio della combinazione di tre farmaci chemioterapici

Una ricerca tutta italiana coordinata da Alfredo Falcone, oncologo dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana, diventa di assoluta rilevanza dopo la pubblicazione sulla prestigiosa rivista di riferimento internazionale The New England Journal of Medicine.

Si tratta di uno studio clinico, denominato "Tribe", sul cancro del colon-retto, che ha dimostrato un netto vantaggio in pazienti che ricevono un trattamento iniziale con una combinazione di tre farmaci chemioterapici in confronto a un approc-

cio più convenzionale con soli due farmaci. In entrambi i casi, i pazienti hanno ricevuto in combinazione alla chemioterapia anche un anticorpo antiangiogenico, bevacizumab.

È un progetto promosso dal gruppo cooperativo Gono, acronimo di Gruppo oncologico del Nord-Ovest, ma condotta in 33 centri oncologici su tutto il territorio nazionale. Falcone e il suo gruppo hanno cominciato a studiare questa particolare combinazione di farmaci intorno al 2000 e, da allora, hanno pubblicato molti lavori

significativi sull'argomento, ma con quest'ultima ricerca ne hanno provato definitivamente l'utilità clinica.

«I tre risultati più determinanti che abbiamo ottenuto con la combinazione che chiamiamo Folfoxiri associata a bevacizumab - spiega Falcone - sono una maggiore riduzione del volume tumorale, un maggiore controllo dell'evoluzione della malattia in termini temporali e un'aspettativa di vita che, per la maggior parte dei pazienti trattati, ha superato i 30 mesi. Vi sono più pazienti in vita a distanza di 5

anni e oltre dall'inizio della terapia con il nuovo trattamento rispetto a quello convenzionale».

Il tumore colo-rettale si conosce sempre di più e molto meglio, si diagnostica sempre più precocemente grazie a efficaci programmi di screening e le procedure chirurgiche sono sempre più raffinate. Purtroppo, dal punto di vista della terapia medica della fase avanzata, in confronto ad altre condizioni - un esempio tra tutti il carcinoma mammario - si è faticato maggiormente per ottenere risultati tangibili.

Fotios Loupakis, primo autore della pubblicazione, precisa che «il lavoro che abbiamo compiuto è un successo su due fronti. Il versante clinico è certamente il più importante ed è il motore principale di tutti i nostri sforzi. In secondo luogo, però, è fondamentale notare che questi risultati sono stati ottenuti da una ricerca cosiddetta no-profit, ovvero accademica e non industriale o commerciale».

Emanuela Del Mauro
ufficio stampa Aou Pisa

SIENA

Un'arma contro l'endometriosi: migliora del 70% la qualità della vita

Per la prima volta al mondo, uno studio scientifico tutto italiano coordinato dall'Uoc Ostetricia e ginecologia dell'Aou senese e dalla Clinica Mangiagalli di Milano e condotto in 13 centri della Penisola, ha dimostrato che è possibile migliorare sensibilmente, di circa il 70%, la qualità di vita delle tre milioni di donne che, in Italia, sono colpite da endometriosi.

«Abbiamo coinvolto le strutture che in tutta Italia si occupano di questa malattia, ancora troppo poco conosciuta», spiega Felice Petraglia, coordinatore del progetto,

risultati importanti per il benessere femminile anche con la sola terapia medica. Il farmaco, a disposizione delle donne italiane da circa un anno, provoca uno stato di completa inibizione dell'ovulazione, ma una volta interrotta l'assunzione l'attività ovarica e mestruale riprende regolarmente. A differenza di altre molecole non provoca effetti collaterali come peluria, dolori gastrici e insonnia ed è quindi possibile utilizzarlo per periodi maggiori rispetto alle terapie finora conosciute».

La ricerca è stata presentata a Verona al convegno Siepam "Il management clinico dell'endometriosi". «L'endometriosi - conclude Petraglia - è una malattia molto dolorosa a cui effetti possono rendere difficili

Indagine condotta in 13 centri della Penisola

semplici azioni quotidiane ma le cause sono ancora poco note. Sta diventando tipica dei Paesi occidentali, dove la natalità è ridotta e il primo figlio è cercato in età più avanzata, ma un'altra possibile causa è da ricercare nella dieta. Alcuni alimenti possono contenere sostanze ad attività ormonale sull'organismo femminile che influiscono sullo sviluppo della malattia».

Migliora quindi non solo la salute della donna, ma anche la vita di relazione. «Con il nostro studio - aggiunge Petraglia - abbiamo dimostrato che è possibile ottenere

Ines Ricciato
ufficio stampa Aou Siena

LIVORNO

Partorire senza dolore: epidurale garantita h24 in tutti gli ospedali

In tutti gli ospedali del territorio livornese si potrà partorire senza dolore. Nei prossimi mesi sarà introdotta negli ospedali di Portoferraio, Piombino e Cecina la partoanalgesia, comunemente chiamata epidurale, ovvero quella tecnica che permette di ridurre e gestire il dolore durante le fasi del travaglio pur mantenendo la piena collaborazione della gestante.

Il servizio, dopo essere stato attivato nel 2010 all'ospedale di Livorno, andrà a regime a dicembre a Portoferraio, mentre nei primi mesi del 2015 sarà esteso anche a Cecina e Piombino. Sarà gratuito e attivabile sulle 24 ore grazie alla disponibilità di anestesisti per i reparti di maternità.

L'introduzione della partoanalgesia rappresenta un grande salto di qualità per il livello professionale degli operatori e per le strutture ospedaliere livornesi che si allineano così agli standard più moderni mettendo a disposizione delle partorienti una nuova possibilità che permetterà la riduzione delle "fughe" e dei parti cesarei.

Come funziona? La partoanalgesia è considerata a tutti

gli effetti un parto naturale in quanto lascia la mamma vigile durante il travaglio e le permette di cooperare nelle fasi di spinta riducendo il dolore avvertito. «Dal punto di vista tecnico - dice Giampaolo Pullerà, anestesista e coordinatore del progetto di parto analgesia - potremmo dire in termini semplici che si tratta di inserire una cannula con un ago tra le vertebre. Da questo catetere avviene la somministrazione delle sostanze per la riduzione del dolore. È una manovra di routine che riduce lo stress del parto con numerosi vantaggi sia per la madre che per il nascituro».

Il numero dei bambini nati negli ospedali dell'azienda

sanitaria livornese nel 2013 sono stati 2.217 (1.057 a Livorno, 634 a Cecina, 315 a Piombino e 211 a Portoferraio). Nel 2010 i nati sono stati 2.426, nel 2011 erano 2.421 e nel 2012 sono stati 2.358. Le procedure di partoanalgesia attivate a Livorno sono state 96 nel 2010, 149 nel 2011, 234 nel 2012 e 265 nel 2013.

Pierpaolo Poggianti
ufficio stampa Asl 6 Livorno

AREZZO

Cresce l'offerta di cure intermedie: 2 posti letto a Casa Pia per i cittadini

La zona distretto aretina amplia l'offerta di posti di cure intermedie nel territorio attraverso l'identificazione di due posti letto presso la Rsa Vittorio Foscombroni, meglio nota in città come Casa Pia.

«Una novità importante - afferma Patrizia Castellucci, direttore della zona distretto di Arezzo - perché sono i primi due posti attivati a livello territoriale che mettiamo a disposizione dei cittadini della zona aretina. In tutta la Asl, al momento, ne esistono solo 4 in Casentino, presso la casa di riposo di Poppi. I nuovi posti letto vanno ad aggiungersi ai 18 già presenti nel Mo.dica, il modulo attivo da tempo all'interno del San Donato».

Posti letto ad alta intensità assistenziale, infermieristica/riabilitativa, sono in grado di garantire una continuità assistenziale nei pazienti, soprattutto anziani, dimessi dall'ospedale ma non ancora in grado di tornare al proprio domicilio, sia per problemi sociali o sanitari, sia di ordine organizzativo. Si pensi alla necessità, molto frequente, di dover provvedere al reperimento preventivo di lettini, materassi, carrozzine ecc. Allo stesso modo, possono essere utilizzati per pazienti che non sono più in grado di rima-

nere al proprio domicilio a causa di una malattia che, tuttavia, non richiede un ricovero ospedaliero. In questo contesto, possono essere utili anche a ridurre il flusso di pazienti al pronto soccorso per problematiche che possono essere risolte in altro modo.

«In definitiva - precisa il direttore della zona distretto - sono rivolti a persone che altrimenti prolungerebbero senza necessità la durata del ricovero ospedaliero o che potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale. Di norma, possono essere utilizzati solo

per un breve periodo, dai 15 ai 20 giorni. La loro attivazione può essere proposta sia dal reparto ospedaliero (in caso di ricovero), che dal medico di famiglia. A quest'ultimo, in ogni

caso, spettano la responsabilità clinica dei pazienti, le decisioni riguardo all'inquadramento diagnostico e terapeutico, nonché il coordinamento di tutto il piano assistenziale. Naturalmente, conclude la Castellucci, il medico di medicina generale è anche il garante della prosecuzione del percorso successivo alla dimissione del paziente e al suo rientro al proprio domicilio».

Pierluigi Amorini
ufficio stampa Asl 8 Arezzo

Obiettivo: costruire un'alternativa ai ricoveri inappropriati

IN BREVE

SIENA

Eseguito con successo a Siena il primo intervento in Toscana di stabilizzazione di scoliosi, su una paziente di 15 anni, affetta da sindrome di Rett. L'intervento è stato realizzato da Francesco Cacciola, specialista di chirurgia vertebrale complessa presso l'Uoc Neurochirurgia dell'Aou senese in collaborazione con la Neuropsichiatria infantile, già centro di ricerca e di riferimento nazionale per la sindrome di Rett. La sindrome di Rett colpisce quasi esclusivamente le bambine, manifestandosi nei primi anni di vita, ed è una malattia dello sviluppo neurologico associata frequentemente a crisi epilettiche e deformità vertebrali o scoliosi severe. Questo nuovo traguardo è il risultato di una stretta collaborazione fra diverse specialità dell'ospedale e assicura alle bambine Rett un servizio disponibile in pochi altri centri italiani.

LIVORNO / 1

Il reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Livorno si arricchisce di un nuovo servizio dedicato alla lotta ai disturbi ginecologici più frequenti grazie all'attivazione di un ambulatorio dedicato ai disturbi uro-ginecologici. Con l'arrivo di nuovi medici è stato possibile aprire l'ambulatorio per queste patologie, spesso taciute dalle donne persino al proprio medico curante. Il nuovo servizio, oltre a offrire ascolto alle donne e ai loro problemi, è in grado di eseguire il corretto inquadramento diagnostico del disturbo e di associare alla diagnosi la proposta terapeutica più appropriata. La correzione della sintomatologia genitale e urinaria può essere di tipo chirurgico, ma anche di tipo meccanico e riabilitativo.

LIVORNO / 2

È stato installato nel centro sociosanitario di Donoratico il nuovo totem per il servizio di stampa "fai-da-te" di referti sanitari, libretti vaccinali e molti altri documenti. Da oggi l'apparecchiatura permette un accesso alternativo, più facile e più veloce a molti servizi finora offerti esclusivamente agli sportelli. I cittadini potranno stamparsi per conto proprio e senza file alcuni dei documenti, come il referto delle analisi di laboratorio o quello della diagnostica. Sarà sufficiente avere con sé la nuova tessera sanitaria elettronica, quella con il microchip dorato, e il numero segreto Pin rilasciato dopo l'attivazione. Ai totem è possibile stampare i referti del Laboratorio analisi, di Radiologia, del Ps e dei Centri trasfusionali. Permette, inoltre, di stampare il proprio libretto vaccinale e di chiedere una cartella clinica.

LIVORNO / 3

Nel 2013 l'azienda sanitaria di Livorno ha risparmiato oltre 116mila euro di energia elettrica rispetto all'anno precedente, pari al 6,5% della spesa complessiva. È il dato che emerge dalla relazione presentata dall'Energy manager aziendale, Federico Menichini, nella quale si evidenzia come tale importante risultato sia stato conseguito nonostante l'aumento a livello nazionale di costi dovuti a oneri di sistema, accise e distribuzione. Le strategie di ottimizzazione, risparmio ed efficientamento degli impianti messe in campo dall'azienda sanitaria hanno permesso una riduzione della spesa energetica elettrica con un risparmio medio di oltre 1,3 MWh all'anno e un abbattimento delle emissioni inquinanti di oltre 850 tonnellate di anidride carbonica all'anno.



Regione Toscana

Servizio
Sanitario
della
ToscanaAssociazione per la Lotta
all'Ictus Cerebrale

ICTUS

POCHI MINUTI VALGONO UNA VITA

RICONOSCI SUBITO I SINTOMI
E CHIAMA IMMEDIATAMENTE IL **118**

**BOCCA STORTA**

Chiedere di sorridere:
la bocca tira da un lato,
è asimmetrica.

**BRACCIO DEBOLE**

Chiedere di alzare entrambe
le braccia in avanti:
una delle braccia cade giù.

**DIFFICOLTÀ A PARLARE**

Controllare se la persona non riesce
a parlare e/o non capisce. Chiedere di
ripetere una semplice frase ("Il cielo è blu").
Non riesce a farlo bene. Parla farfugliando.

**DIFFICOLTÀ NELLA VISTA**

Verificare se la persona vede
annebbiato, non vede metà degli oggetti,
oppure vede doppio.

Oppure all'improvviso compare un forte **mal di testa mai provato prima**, accompagnato spesso da nausea, vomito, perdita di coscienza.

Campagna informativa regionale in collaborazione con
Alice Toscana Onlus - Associazione per la lotta all'ictus cerebrale.

www.regione.toscana.it/ictus