Il Sole 24 ORE Sanità

Toscana

Servizio Sanitario della Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 6
anno XVII del 14-24 febbraio 2014
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

Le nostre priorità: partenariati e materno-infantile

di Alberto Zanobini *

Ci sono realtà in cui diritto è solo una parola vuota in attesa di contenuto; Paesi in cui salute è un'aspirazione, un semplice, grande, impossibile desiderio. Tutto così distante dai concetti rassicuranti di universalità e accessibilità a cui molti di noi fanno distrattamente affidamento, e che sono diventati principi ispiratori per molte politiche di cooperazione.

La volontà del fare deve essere supportata dalla capacità del sapere perché i risultati siano concreti. È questa l'idea che la Regione Toscana ha adottato nello sviluppo del suo sistema di cooperazione sanitaria caratterizzato da una forte articolazione territoriale dettata dalla precisa volontà di qualificare la cooperazione in sanità attraverso l'attribuzione di specifici contenuti tecnici. La "strategia regionale di cooperazione sanitaria internazionale" - approvata con delibera di Giunta n. 260 del 2013 - e il rinnovo di progetti di cooperazione per l'anno 2013 se da un lato confermano l'impegno della Regione nelle iniziative di cooperazione sanitaria nonostante le difficoltà economiche, dall'altro chiedono uno sforzo di razionalizzazione e di coordinamento tra i diversi soggetti territoriali impegnati nella medesima area di intervento che si devono integrare in una programmazione regionale sempre più articolata e definita: il "Piano integrato delle attività inter-

CONTINUA A PAG. 2

SALUTE GLOBALE *Il punto sulle nuove strategie che saranno coordinate dalla Regione*

La sfida della cooperazione

La ricetta: un uso più efficiente delle risorse e cure primarie protagoniste

La "Cooperazione internazionale in ambito sanitario delle Regioni italiane: sfide e opportunità". È stato questo il titolo della conferenza che si è svolta a fine 2013 a Firenze - patrocinata dalla Regione Toscana - che ha visto una significativa presenza delle Regioni maggiormente impegnate in iniziative di cooperazione sanitaria internazionale.

Una giornata e una conferenza che hanno rappresentato una tappa significativa del percorso intrapreso dalla Toscana che, nell'ambito del progetto "Mattone internazionale", è stata chiamata a coordinare iniziative di confronto sulla cooperazione internazionale in ambito sanitario tra le Regioni italiane e i ministeri degli Esteri e della Sanità e a promuovere attività formative e informative finalizzate a far crescere la presenza italiana all'interno delle istituzioni europee e internazionali con omogeneità di metodi e fini.

Il ruolo di coordinamento attribuito alla nostra Regione rappresenta un riconoscimento degli sforzi intrapresi nel valorizzare e mettere a sistema le diverse risorse ed esperienze presenti sul territorio regionale e nel favorire la convergenza degli attori rispetto ad approcci e strategie di intervento condivise che hanno reso il sistema di cooperazione sanitario toscano una tra le più significative esperienze in Italia.

La Toscana è chiamata, dunque, a promuovere tra le Regioni l'elaborazione di linee strategiche e di sistema in un contesto - quello della cooperazione sanitaria internazionale - in cui la geografia globale della povertà e le condizioni epidemiologiche hanno subìto cambiamenti sostanziali negli ultimi anni. La presenza di fasce di popolazione in condizione di povertà non è confinata solamente a Paesi a basso reddito, alcuni dei quali hanno una aspettativa di vita media pari alla metà di molti dei Paesi dell'Occidente, ma comincia a essere una realtà significativa anche tra le realtà a medio reddito con la conseguenza di un aumento delle diseguaglianze socio-economi-

che nella salute sia tra i Paesi, sia all'interno di essi. Accanto a questi fenomeni si registra una transizione epidemiologica che aggiunge alla lotta contro le malattie infettive che i Paesi più poveri stanno già sostenendo, il carico del controllo delle malattie croniche legate al processo di accelerazione della globalizzazione.

La prossima scadenza del 2015 per il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio porta, inoltre, all'intensificazione del dibattito rispetto alle nuove priorità globali sulle quali concentrare gli sforzi della comunità internazionale. Di fronte a questo scenario la cooperazione sanitaria internazionale va necessariamente ripensata a partire da un uso più efficiente ed efficace delle risorse e un rinnovato approccio di sistema che metta al primo posto un modello integrato di Primary Health Care. Ancora prima di ogni cosa, è necessario promuovere azioni finalizzate a rafforzare il concetto di salute come diritto e finalizzate ad affrontare i determinanti sociali: solo con iniziative di questo genere sarà possibile affrontare adeguatamente la crisi in atto che, prima ancora che economica, risulta essere sociale ed etica.

In questo contesto in rapida evoluzione, le Regioni europee - catalizzando e sostenendo il diritto di ogni cittadino di poter sviluppare appieno le proprie potenzialità di salute - si trovano in prima linea nello sforzo di creare e sostenere le condizioni per la salute e lo sviluppo economico, sociale e umano di popolazioni sempre più "globali". Si tratta di una sfida che la Regione Toscana ha accettato con il Centro di salute globale, istituito nel novembre 2013 e affidato nella sua gestione all'Aou Meyer: uno strumento innovativo di integrazione e rafforzamento del profilo di competenze e nozioni indispensabili al fine di costruire un nuovo approccio verso l'attuale paradigma della salute.

Maria Jose Caldes Pinilla,
direttore
Centro regionale di salute globale

I FINANZIAMENTI QUINTUPLICANO LA VIGILANZA

Sicurezza lavoro: aumentano i controlli

Dieci milioni per il piano triennale - I fondi dalle attività di sanzionamento

Costerà quasi 10 milioni il potenziamento dei controlli svolti dai Dipartimenti di prevenzione sulle aziende a rischio nell'Area vasta centro (Prato, Firenze, Pistoia, Empoli), previsto dal Piano triennale straordinario di interventi in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro varato dalla Giunta regionale. Il Piano prevede un rilevante potenziamento dei controlli, che verranno quintuplicati rispetto al numero di controlli previsti dai livelli di assistenza nazionali: valore ulteriormente raddoppiato nella Asl 4 di Prato. Il finanziamento necessario è assicurato dai proventi delle attività di sanzionamento. Per rafforzare gli organici dei Dipartimenti di prevenzione, si faranno 74 assunzioni per un periodo di tre anni: 50 nella Asl 4 di Prato e 24 nelle altre tre aziende dell'Area vasta centro (Empoli, Firenze, Pistoia); da destinarsi esclusivamente all'attività ispettiva prevista dal Piano.

Il Piano di intervento avrà durata triennale, periodo in cui si ritiene di poter affrontare la situazione di emergenza straordinaria, ripristinando una condizione ordinaria. Per garantire modalità omogenee di programmazione e controllo, e un costante monitoraggio sull'andamento e sui risultati del progetto, viene istituito un apposito coordinamento regionale. (A PAGINA 6 L'APPROFONDIMENTO)

CONTROCANTO

«Ma ora le Università si mobilitino»

di Mario Biggeri *

Un importante stimolo all'innovazione nei sistemi sanitari passa attraverso la costruzione di relazioni di co-sviluppo. In questo quadro, la Cooperazione sanitaria internazionale (Csi) delle Regioni mostra crescenti potenzialità, grazie al superamento dell'approccio tradizionale dell'aiuto allo sviluppo. Negli ultimi decenni i sistemi sanitari nel Nord e nel Sud del mondo sono stati sottoposti a crescenti pressioni e cambiamenti, sia in termini di assetti organizzativi e finanziari che in termini politico-istituzionali.

Se i sistemi sanitari maturi a stampo universalistico presenti in Europa devono

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Tossicodipendenze: Sirt potenziato

La Giunta regionale ha deciso di implementare il Sistema informativo regionale tossicodipendenze (Sirt) e di istituire, senza oneri aggiuntivi, un gruppo di lavoro multiprofessionale coordinato dai competenti settori della Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale, quale gruppo di supporto per il Sirt e per la costruzione di indicatori finalizzati a orientare le scelte programmatiche in tema di dipendenze. Affidato alla Asl 5 di Pisa l'organizzazione e la realizzazione di un percorso formativo per gli operatori dei Sert. *(Delibera n. 1198 del 23/12/2013)*

Fibrosi cistica: nuovi fondi al Meyer

Finanziata l'Aou Meyer per le attività di prevenzione, assistenza e cura della Fibrosi cistica relative alle ulteriori due annualità del Programma operativo 2012-2014. Il programma prevede la programmazione annuale degli interventi con sviluppo triennale, l'articolazione in azioni specifiche, distinte tra interventi svolti dall'Aou Meyer e interventi svolti dall'Associazione e dalle aziende Usl 6 di Livorno e Usl 9 di Grosseto, priorità e indicatori di risultato e modalità di coordinamento da parte del Crr Fibrosi cistica. *(Delibera n. 1199 del 23/12/2013)*

ALL'INTERNO

Case della salute crescono
A PAG. 3

La prevenzione in fabbrica
A PAG. 6

Prato, meno nati in corsia
A PAG. 7

ONCOLOGIA *Il punto sull'incidenza di patologie correlate a specifiche attività lavorative*

Tumori al naso nel mirino

Esposizioni certe o sospette nel 70% dei casi - Primi killer legno e cuoio

A fine gennaio a Fuligno si è svolto un seminario, articolato in due sessioni, per illustrare i risultati del Registro toscano dei tumori naso sinusali (Tuns), e il Registro dei tumori a bassa frazione eziologica con il sistema Occam in Toscana. A organizzare la giornata di studi, che ha visto un'ampia partecipazione di addetti ai lavori - soprattutto dei Servizi Pisll della Regione Toscana - è stato l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica Ispo).

Nella prima sessione si è discusso dei tumori maligni del naso e dei seni paranasali che, nella maggior parte dei Paesi industrializzati, hanno un'incidenza bassa, attorno a un caso per 100.000 abitanti, tuttavia il rischio aumenta in modo decisivo per specifiche esposizioni lavorative. Infatti sin dagli anni '60 numerosi studi epidemiologici hanno osservato aumenti di rischio di Tuns in chi era stato occupato nella lavorazione del legno, nella produzione di mobili, di scarpe e altri manufatti in cuoio. I due agenti responsabili sono stati individuati nelle polveri di legno e nelle polveri di cuoio, che l'Agenzia di Ricerca sul cancro di Lione (Iarc) ha infatti definito come cancerogeni certi. Queste due esposizioni si ritrovano in comparti toscani storicamente importanti dal punto di vista produttivo quale quello della calzatura, della concia per le polveri di cuoio, nell'Empolese, nel Valdarno inferiore e nel Fiorentino, e il settore del legno, nella zona Pistoiese, Senese e Pisana. Si tratta di comparti dove ancora ora l'esposizione è presente. Accanto a questi due agenti, la produzione di alcool isopropilico con acidi forti e i composti del nichel sono stati valutati anch'essi come cancerogeni certi per i Tuns. Anche altre sostanze sono state associate con i Tuns, ma con limitata evidenza, quali il cromo IV e la formaldeide.

Prevista - secondo l'art. 244 del Dlgs 81/2008 che ha delineato il quadro della sorveglianza epidemiologica dei tumori professionali - l'istituzione del Registro dei "casi di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali, sotto la denominazione di Registro nazionale dei tumori nasali e sinusali (ReNaTuNS)". Il Registro, che fa parte del Centro operativo regionale (Cor), affidato a Ispo, raccoglie i casi epiteliali di Tuns a partire dal 2005. Il Registro basa il suo flusso informativo sui Centri di identificazione (Reparti ospedalieri di Otorinolaringoiatria e Chirurgia maxillo-facciale e Servizi di anatomia patologica) e i Servizi Pisll delle Asl, con tre Centri operativi regionali all'interno delle Aree vaste. Il ruolo dei centri di identificazione e dei Pisll è fondamentale per il Registro. I casi incidenti inscritti nel registro dal gennaio 2005 al gennaio di quest'anno sono 209: tra questi, 192 sono stati intervistati (l'età media è di 65 anni, nella maggior parte dei casi si tratta di uomini).

Il Registro Toscano fa parte del Registro nazionale dei tumori naso sinusali (ReNaTuNS) istituito presso l'Inail settore Ricerca con responsabile, Alessandro Marinaccio, e molto ha contribuito con la propria esperienza alla costituzione del registro nazionale. Dai dati del Registro toscano emergono esposizioni certe o sospette nel 70% dei casi esaminati e l'esposizioni a legno e cuoio sono quelle più rappresentate. Accanto ai comparti più conosciuti si osservano esposizioni in altri settori meno conosciuti quale quello della produzione di manufatti in sughero, nei forestali, nei tessili e anche nel ramo metalmeccanico. Il tipo istologico più rappresentato è l'adenocarcinoma in particolare il tipo intestinale. Il lavoro più a rischio, tra i lavoratori che nel corso della loro vita professionale sono stati esposti alle polveri di legno, è quello di falegname; seguono i carpentieri nell'edilizia, ma anche sugherai e forestali. Mentre per le polveri di cuoio le mansioni più rappresentate sia nel calzaturiero che nel conciario sono quelle che implicano fasi meccaniche.

La seconda sessione del seminario è stata dedicata al sistema di monitoraggio dei tumori a bassa frazione eziologica con il sistema Occam (Occupational cancer monitoring) in via di sperimentazione in Regione Toscana. Il sistema utilizza fonti informative correnti per indagare l'associazione tra settori lavorativi e alcuni tipi di tumori, in particolare quello del polmone, della laringe, della vescica e le leucemie e, a livello esplorativo, anche su altre sedi tumorali. Il sistema Occam è stato ideato dal dottor Paolo Crosignani dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, che insieme a Inail, sta diffondendo tale sistema di recupero dei tumori professionali in molte regioni italiane. Una prima sperimentazione di Occam è stata condotta in Toscana nel 2001-2002 e una seconda nel 2002-2005. Dai dati della sperimentazione più recente emergono situazioni di rischio per il tumore del polmone per i lavoratori impiegati nell'edilizia, nei trasporti, nella cantieristica navale, nella siderurgia. Ma l'edilizia è a rischio anche per il tumore della laringe. Eccessi per tumore della laringe si sono riscontrati anche in chi ha lavorato nel settore della plastica, mentre nel settore della chimica si osservano rischi aumentati per il tumore della vescica negli uomini. Per le donne, il comparto più a rischio, sempre per il tumore della vescica, si è rivelato invece quello del vetro. In attesa di poter avere dati più recenti disponibili per tutte le Asl toscane, il sistema Occam si affianca agli altri due registri dei tumori ad alta frazione eziologia (quello dei mesoteliomi e Tuns) per offrire un quadro conoscitivo più completo dei tumori professionali e favorirne il riconoscimento medico assicurativo.

Lucia Miligi
Epidemiologia ambientale e occupazionale Ispo

PERCORSO A TAPPE: IN OTTO MESI LA PRIMA RIDUZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE

Cantiere «118»: le prime soluzioni entro metà aprile

Si è insediato il "Gruppo operativo per la predisposizione del piano attuativo di riordino organizzativo delle Centrali operative 118", primo atto di un lungo percorso che porterà alla riduzione delle centrali da 12 a 3 a partire dal 2014 ed entro la fine del 2016.

Un atto che, vista la complessità organizzativa, vede diverse fasi di transizione. La prima appunto è quella della predisposizione del piano attuativo di riorganizzazione per quanto attiene agli aspetti funzionali, strutturali, tecnologici e organizzativi, per arrivare entro ottobre 2014 a raggiungere una prima riduzione a sei Centrali operative 118 che avranno compiti riferiti alla gestione sia dell'emergenza che dell'urgenza. La Direzione generale assume sotto la sua responsabilità la regìa complessiva di tutte le aziende sanitarie, adottando tutte le iniziative necessarie atte a ridisegnare l'assetto delle Centrali operative. Su queste basi si svilupperà il futuro lavoro del neo costituito Gruppo operativo, la cui prima riunione si è svolta in assessorato in un clima disteso, sereno e di piena collaborazione.

I rappresentanti delle organizzazioni del volontariato e della Croce rossa hanno rimarcato con forza la necessità di rispettare in pieno il dettato e lo spirito della delibera di Giunta regionale che ha approvato, riduzione, unificazione e un nuovo disegno dell'emergenza urgenza territoriale in una dimensione di Area vasta, nonché della mozione del Consiglio regionale (n. 748 del 14/01/2014), che indica un percorso unitario, rispettoso degli equilibri e della partecipazione di tutti i soggetti interessati.

Il Gruppo operativo ha costituito al proprio interno un gruppo di lavoro tecnico, coordinato da Daniela Matarrese, dirigente responsabile del settore programmazione e organizzazione delle cure, e costituito da Paolo Morello, in rappresentanza dei coordinatori di Area vasta, Piero Paolini, coordinatore delle Centrali operative 118, e Gianluca Staderini, in rappresentanza delle organizzazioni del volontariato e della Croce rossa, con il compito di predisporre i documenti tecnici necessari per la più veloce prosecuzione dei lavori, che dovranno concludersi entro la metà di aprile.

Conferma anche la decisione presa dalla direzione generale dell'assessorato di trasferire la centrale del 118 da Prato a Firenze. Decisione motivata dalle criticità tecnologiche e gestionali presenti nella Centrale operativa del 118 pratese, così come comunicate dalla direzione generale della Asl 4 di Prato. La convergenza temporanea della funzione emergenza-urgenza del 118 di Prato sulla Centrale operativa di Firenze viene messa in atto in attesa del ridisegno complessivo e definitivo del sistema di emergenza-urgenza, così come peraltro previsto dalla delibera specifica. Il trasporto ordinario rimane sotto la gestione dell'azienda sanitaria di Prato. La decisione ha carattere transitorio ed è motivata dall'emergenza. «Ringrazio di cuore volontari e operatori - commenta l'assessore regionale al Diritto alla salute, Luigi Marroni - per l'impegno passato, presente e futuro in questa importante riorganizzazione complessiva del nostro sistema dell'emergenza-urgenza».

Roberto Tatulli

CONTROCANTO *(segue dalla prima pagina)*

fare i conti con il progressivo invecchiamento della popolazione e i crescenti tagli della spesa pubblica, i sistemi sanitari dei Paesi emergenti stanno affrontando imponenti piani di investimento per garantire una copertura sanitaria alla maggior parte della popolazione e aumentare l'accessibilità e la qualità dei servizi. La ricerca di soluzioni innovative, attraverso il confronto e lo scambio di esperienze tra diversi sistemi socio-sanitari, modelli organizzativi e schemi di assistenza, si configura quindi come una irrinunciabile necessità se si vogliono mantenere e ampliare gli esistenti livelli di tutela.

La recente istituzione da parte della Regione Toscana di un Centro per la Salute globale costituisce un passo cruciale per favorire un dialogo costante su innovazione tecnologica e organizzativa e promuovere attività che possano ampliare quanto avviato e intrapreso finora dalla comunità internazionale per affrontare le sfide in materia di salute globale.

Il ruolo delle Università italiane in questi Centri deve tuttavia consolidarsi maggiormente, riconoscendo la propria "terza missione" (oltre all'istruzione e alla ricerca) nel contribuire attivamente allo sviluppo economico e sociale dei territori e nazioni in cui sono radicate. Facendo leva sulla propria autonomia, e libere dalla logica del profitto, le Università possono infatti mobilizzare un patrimonio di conoscenze locali ed extra-locali di fondamentale importanza nel guidare i processi di riforma dei sistemi sanitari locali, al fine di garantire un equo accesso ai servizi sanitari e una copertura sanitaria universale, con particolare riferimento ai soggetti più svantaggiati.

A fronte delle sfide e delle comuni difficoltà che caratterizzano i sistemi sanitari e il mondo universitario, è solo attraverso una loro più stretta interazione e coinvolgimento nelle attività di Csi che si può valorizzare la salute quale vero e proprio bene pubblico globale a livello territoriale.

** Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa Università degli Studi di Firenze*

Le nostre priorità ... *(segue dalla prima pagina)*

nazionali della Regione Toscana (2011-2015)" del 2012.

Le priorità tematiche delle iniziative di cooperazione, il materno-infantile e lo sviluppo di partenariati istituzionali con lo scopo di potenziare i sistemi sanitari locali, sono state individuate per la loro natura di interconnessione con la sfera sociale, culturale, economica e politica e per le ricadute positive che ne determinano. La consapevolezza dell'articolato rapporto tra cooperazione e processi di sviluppo su scala globale e locale è alla base della istituzione del Centro regionale di salute globale frutto di un'alleanza innovativa tra aziende sanitarie, Regione e Accademia al fine di rispondere all'esigenza di intraprendere iniziative che possano contribuire ad affrontare le sfide in materia di salute globale. Una iniziativa che ha trovato terreno fertile in un tessuto, quale quello toscano, che vede i suoi attori territoriali impegnati nella tutela della salute, nella sua più ampia accezione. Una innovazione che la proposta di "Piano sanitario e sociale integrato" approvato dalla Giunta regionale toscana abbraccia, accettando di sviluppare un atto programmatorio integrato, che affronti sia gli aspetti sociali che sanitari, rispecchiando la consapevolezza di due ambiti inscindibili, cercando di innovare una visione attenta ma spesso monodimensionale alla tutela della salute.

** responsabile di settore Ricerca, innovazione e risorse umane Regione Toscana*

SSR AI RAGGI X *Con l'apertura a Pescia cresce il numero delle strutture regionali*

Case della salute a quota 40

SST Servizio Sanitario della Toscana

Nel nuovo centro 13 Mmg, tre studi e due ambulatori infermieristici

«Oggi è una bella giornata per la Valdinievole e per tutta la Asl pistoiese, il territorio acquisisce una nuova struttura che è un esempio emblematico dell'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri e per questo un punto nodale per la presa in carico del cittadino». Questo il commento del direttore generale, Roberto Abati, nel corso dell'inaugurazione della Casa della salute di Pescia che, realizzata all'interno dell'area ospedaliera del Ss Cosma e Damiano, è una delle 40 già attive in Toscana e la quarta della Provincia di Pistoia (le altre tre sono nei Comuni di Lamporecchio e Agliana, oltre a quella inserita all'interno dell'Ospedale Pacini a San Marcello che rappresenta la forma più elevata di integrazione ospedale-territorio) come punto di riferimento chiaro per il cittadino per l'accesso all'assistenza territoriale.

Per Abati l'inaugurazione della Casa della salute ha anche un altro significato: «Segna un ulteriore passo in avanti nella riorganizzazione prevista dal documento aziendale e, dopo un anno, spostiamo l'attenzione dagli ospedali al territorio un tema al quale dedicare attenzione proprio per andare sempre di più verso l'integrazione degli ospedali con il territorio e viceversa».

Anche per i medici di medicina generale l'apertura della Casa della salute di Pescia rappresenterà una grande opportunità di crescita professionale. Lo ha evidenziato Maurizio Ciumei, parlando a nome dei 13 medici di medicina generale che saranno presenti, con i loro ambulatori, all'interno della nuova struttura. «Finalmente - ha detto Ciumei - potremo condividere con gli specialisti dell'ospedale i fattori che possono migliorare lo stato di salute delle persone e lo faremo nello stesso ambiente che sarà sempre aperto e disponibile ad accogliere i nostri assistiti».

L'inaugurazione della Casa della Salute

Per il momento gli ambulatori dei medici di famiglia saranno aperti per l'intera giornata ma in prospettiva, quando si aggiungerà anche l'attività di continuità assistenziale (ex guardia medica) saranno aperti 7 giorni su 7 per 24 ore. Oltre ai medici di medicina generale i pesciatini che si recheranno in questa nuova struttura troveranno un team multidisciplinare composto anche da infermieri e amministrativi. «Ciò che in particolare qualifica questa realtà rispetto alle altre - ha fatto osservare Abati - è la vicinanza che la Casa della salute di Pescia ha con l'ospedale: rappresenterà una grande opportunità sia per i medici di medicina generale che per gli specialisti, la logistica favorirà nuove sinergie, scambi di informazioni e competenze saranno più diretti con vantaggi per i pazienti».

Ma non è tutto: intorno alla Casa della salute di Pescia ruotano, nel raggio di appena 50 metri, altri importanti servizi: dal Cup allo sportello per gli invalidi civili, dalla riabilitazione cardiologica agli ambulatori oncologici, dalla fornitura di protesi e ausili alla dimissioni ospedaliere. In pratica con l'apertura della Casa della salute prende corpo in Valdinievole il progetto annunciato da tempo della "Cittadella della salute": un'area dove l'integrazione funzionale ospedale territorio favorirà l'accesso ai percorsi assistenziali da parte dei pazienti. L'azienda sanitaria si auspica che tale progetto, che vedrà un notevole afflusso di cittadini, personale e mezzi, trovi quanto prima la realizzazione degli interventi e delle modifiche alla viabilità previsti, ma non ancora attuati, dal Comune di Pescia. «E a breve - ha garantito Claudio Bartolini, direttore della Società della salute della Valdinievole, che svolge anche le funzioni di responsabile della zona distretto - si aggiungeranno il punto prelievi, il servizio di assistenza sociale e altri uffici amministrativi. Questo assetto noi che lavoriamo in sanità lo definiamo riorganizzazione funzionale ma per i cittadini significa una maggiore accessibilità ai servizi e una migliore disponibilità di prestazioni».

Gli abitanti di Pescia che si recheranno in questa struttura troveranno un team multidisciplinare formato da medici di medicina generale, infermieri, specialisti e amministrativi. Tutto è stato disposto al piano terra. I servizi sono stati distribuiti su una superficie di 250 metri quadrati. Sono presenti tre studi medici e due ambulatori infermieristici, una sala d'aspetto, bagni e ogni comfort previsto dalle attuali normative. C'è anche un televisore per informare i cittadini in attesa sui servizi sanitari.

I lavori di adeguamento e ristrutturazione sono stati seguiti dall'area tecnica aziendale. Con la realizzazione di una Casa della salute a Pescia l'azienda Usl 3 di Pistoia e la Società della salute della Valdinievole contano di sviluppare ulteriormente, e meglio, i progetti di assistenza sul territorio: in particolare le cure a domicilio e il «chronic care model», la medicina d'iniziativa per le patologie croniche come diabete, ipertensione e scompenso cardiaco.

pagina a cura di
Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

CORSO DELL'ASL DI PISTOIA PER OPERATORI E FORZE DELL'ORDINE

Stop agli abusi contro i più deboli: tutti a scuola di «Codice rosa»

Tantissimi tra operatori sanitari, rappresentanti di forze dell'ordine (Questura, Prefettura, Comandi provinciali dei Carabinieri ecc.), Comuni, Provincia, associazioni, centri antiviolenza e di recupero, hanno partecipato a fine gennaio al primo corso di formazione organizzato dalla Asl pistoiese sul "Codice rosa". L'iniziativa fa seguito alla protocollo d'Intesa tra il Procuratore della Repubblica, Giuseppe Grieco, e il direttore generale dell'Asl, Roberto Abati, siglato nel novembre scorso con il quale veniva istituita una task force interstituzionale per prevenire e contrastare la violenza nei confronti delle fasce più deboli della popolazione. Il progetto ora diventa pienamente operativo anche nella Provincia di Pistoia.

La task force è composta da diversi professionisti, competenze, servizi e realtà e il nucleo operativo, composto da operatori sanitari e forze dell'ordine, viene attivato dal Pronto soccorso nel momento in cui alla vittima viene attribuito il "Codice rosa". Ma la parola chiave è "prevenzione". L'hanno ripetuta più volte tutti durante il corso. «Il nostro compito - ha detto Lucia Turco, direttore sanitario dell'Asl pistoiese - sarà quello di agire prima che i casi arrivino in pronto soccorso che rappresenta la punta dell'iceberg di un fenomeno che resta ancora sommerso». La task force si dovrà quindi attivare anche per far "emergere le situazioni critiche", per monitorare gli episodi di violenza sul territorio che riguardano oltre alle donne e ai bambini anche gli anziani e i disabili per non parlare dei tragici fatti di cronaca nei confronti degli omosessuali. Sarà quindi fondamentale il pieno coinvolgimento di Mmg e pediatri, associazioni, consultori e centri antiviolenza.

Il "Codice rosa" dal gennaio 2014 è operativo in tutta la Toscana con l'adesione della totalità delle aziende sanitarie per strutturare azioni coordinate e professionali. Dal 2010 a oggi in Toscana ci sono stati 2.259 episodi di violenza tra maltrattamenti e abusi. Notevoli anche le spese: ogni anno la violenza costa allo Stato 17 miliardi tra assistenza, ricoveri, farmaci, sostegni psicologici e legali e interventi di recupero sociali. Con il "Codice rosa" alle vittime di sono, infatti, anche riservati percorsi assistenziali che garantiscono protezione e privacy, oltre all'incolumità psichica e fisica. All'iniziativa ha partecipato la task force del Codice rosa di Grosseto: l'Asl che per prima nel 2010 ha attivato il percorso. «Questo è soltanto il primo di una lunga serie di momenti formativi e di confronto - ha evidenziato Monica Bani, responsabile Codice rosa dell'Asl pistoiese -, a cui faranno seguito altre iniziative che possano favorire anche sul nostro territorio lo sviluppo di una efficace rete antiviolenza».

LA STRUTTURA PISTOIESE PER TERAPIE PIÙ APPROPRIATE

Nasce il centro studi «salute e genere»

Ormai la salute di genere è un obiettivo della sanità pubblica e nella pratica significa promuoverla all'interno di tutti i servizi sanitari. Per farlo l'azienda sanitaria locale di Pistoia ha istituito il «Centro di studi Salute e genere», che si occuperà della sensibilizzazione degli operatori sanitari e della loro formazione, ma anche di iniziative di ricerca e di interventi che migliorino i percorsi assistenziali nell'ottica di riconoscere che la stessa malattia che colpisce sia l'uomo che la donna può presentare una sintomatologia, un decorso, una prognosi e una risposta farmacologica differenti.

«Vi sono differenze nella salute, nelle malattie, nei comportamenti e negli stili di vita, nei fattori di rischio, differenze dettate non solo dal sesso, componente biologica, ma anche dal genere e cioè dalla componente sociale e culturale - spiega il direttore sanitario Lucia Turco - si tratta quindi di andare oltre e prendere atto delle oggettive diversità esistenti tra i due sessi, inoltre - prosegue - la medicina di genere non è la scienza che si occupa delle malattie della donna ma è la scienza che studia l'influenza del sesso-genere sulla salute dei maschi e delle femmine».

Turco aggiunge che il gruppo di lavoro creato all'interno della Asl 3, in collegamento con la commissione del consiglio sanitario regionale sulla medicina di genere, lavorerà per andare progressivamente verso una maggiore appropriatezza delle cure e dei percorsi terapeutici tenendo conto delle differenze tra uomo e donna. «Per esempio - continua - è ormai evidente che nei due sessi malattie croniche come ipertensione, diabete patologie cardiovascolari e anche le neoplasie hanno una evoluzione diversa nei sue sessi e una diversa risposta alle terapie che dovranno diventare personalizzate e lette in ottica di genere».

Il gruppo del Centro studi di genere della Asl 3 cercherà di capire se, anche nell'accesso ai servizi sanitari, ci sono differenze tra uomini e donne in termini di adeguatezza e appropriatezza delle cure. Infine dovrà rappresentare un luogo di studio e di ricerca promuovendo lo sviluppo di una rete su queste tematiche anche tramite la collaborazione e il coinvolgimento di tutte le istituzioni locali, le associazioni e di quanti sono impegnati su questa tematica.

AL COSMA E DAMIANO

Per l'Agenas le cure anti-ictus sono le migliori

Il 2013 è stato un anno di particolare elevata attività per la medicina interna dell'ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia: più di 3mila i ricoveri (circa 9 ogni giorno), in aumento rispetto all'anno precedente e più di 900 i pazienti seguiti con percorsi ambulatoriali (day service o in day hospital) anche con patologie complesse, che hanno richiesto tempestivamente esami diagnostici e terapie mirate.

«I ricoveri sono aumentati - spiega Grazia Panigada che dirige la unità operativa e ora è anche presidente della Fadoi Toscana (Federazione associazioni dei dirigenti ospedalieri internistici), nonché membro dell'ufficio di presidenza del Consiglio dei sanitari regionale - perché sono sempre più numerosi i pazienti con più patologie croniche, anziani che vanno incontro a riacutizzazioni. Durante la degenza, molti pazienti richiedono cure più intensive dell'ordinario. La medicina interna, inoltre, rappresenta uno snodo da cui è necessario passare per chiarire la diagnosi e non sempre - aggiunge la dottoressa - l'iter si esaurisce al suo interno: talvolta sono necessarie tecniche diagnostiche, terapie complesse e il coinvolgimento di altri specialisti o di centri di secondo livello».

Sempre nel 2013 sono stati 527 i casi di scompenso cardiaco e di insufficienza respiratoria: più di 60 pazienti hanno però potuto usufruire della ventilazione non invasiva, con miglioramento della prognosi, riduzione della durata della degenza e della necessità di trasferimento in rianimazione. Ma anche gli stati settici (211) hanno costituito i principali motivi di ricovero. Molti di questi pazienti hanno passato parte della degenza nell'area con 8 letti monitorizzati dove è possibile effettuare terapie più intensive. Qui ha sede anche l'area stroke per il trattamento dei pazienti con ictus cerebrale (patologia frequente e gravata da alto tasso di mortalità e invalidità) che l'anno scorso sono stati 278.

Per quanto riguarda il trattamento dell'ictus la medicina dell'ospedale di Pescia ha conseguito il miglior risultato a livello regionale (dati Agenas) confermandosi eccellenza nella cura di questa importante patologia. L'anno scorso ben 15 pazienti con ictus cerebrale ischemico sono stati sottoposti a terapia trombolitica: una percentuale che resta ancora più bassa dell'ottimale ma superiore a quella ottenuta in altre realtà toscane e nazionali. «Questo risultato è stato motivo di soddisfazione per tutto il reparto e ha rappresentato un riconoscimento all'impegno degli operatori, medici e infermieri - ha detto Panigada - che garantiscono appropriatezza, tempestività ed efficacia nella presa in carico dei pazienti».

DOCUMENTI *Protocollo unico di intesa ministero della Giustizia, Regioni, Anci, Upi, Uncem e Tribunale di Firenze*

Carcerati: come migliorare le condizioni di vita

Percorsi anche per il reinserimento al lavoro degli ex detenuti - Nascono i Poli operativi interistituzionali

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 3/2014 sul protocollo di intesa tra Regione Toscana, ministero della Giustizia, Anci, Uncem, Upi, Tribunali di sorveglianza di Firenze, per i minorenni di Firenze e di Genova, per il coordinamento delle politiche regionali in ambito carcerario.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee;

Vista la Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", art. 19, comma 1, lett. e);

Visto il Dl 25 marzo 2013, n. 24, convertito con modificazioni con la legge 23 maggio 2013, n. 57, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria, che proroga la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari al 1° aprile 2014, modificando l'art. 3-ter del Dl 211/11, convertito con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012 n. 9;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà";

Vista la Lr 26 luglio 2002, n. 32 "Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro" e s.m.i., e il relativo Regolamento attuativo n. 11/R del 22 marzo 2012, che hanno modificato in parte il quadro istituzionale e normativo di riferimento;

Vista la Lr 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e successive modifiche e integrazioni;

Vista la Lr 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", e successive modifiche e integrazioni;

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

Vista la proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale (Pssir) 2012-2015, approvata dalla Giunta regionale in data 19/12/2011, in particolare il punto 2.2.4. "Le risposte alla condizione carceraria";

Richiamato il Piano integrato sociale regionale 2007-2010 (Pisr), approvato con delibera del Consiglio regionale 31 ottobre 2007, n. 113, in particolare il punto 6.7 "Gli interventi per le persone soggette a misure dell'autorità giudiziaria";

Considerato che il Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio2008, prevede, al punto 5.6.2.7, fra gli obiettivi specifici, le azioni da intraprendere per "La salute in carcere";

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

Vista la propria delibera n. 715/2013 che approva il "Percorso regionale di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario ai sensi dell'art. 3-ter del Dl 211/2011, convertito in legge con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9";

Considerato che la Regione Toscana e il ministero della Giustizia, in data 27 gennaio 2010, dopo un percorso elaborativo unitario ed interistituzionale, hanno sottoscritto i seguenti protocolli:

- Protocollo di intesa fra la Regione Toscana e il ministero della Giustizia per lo svolgimento di attività congiunte nell'ambito carcerario, approvato con Dgr 1153/2009;

- Protocollo operativo regionale tra Regione Toscana, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e Centro di giustizia minorile, approvato con Dgr 67/2010, per la realizzazione di una serie di iniziative e progetti concordati che traducano in operatività gli impegni sanciti nel Protocollo di intesa di cui al punto precedente;

- Protocollo di intesa tra Regione Toscana, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, Università degli Studi di Firenze, Università degli Studi di Pisa e Università degli Studi di Siena, approvato con Dgr 67/2010, per la costituzione del Polo Universitario Penitenziario della Toscana;

- Protocollo operativo regionale tra Regione Toscana, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e Centro di giustizia minorile della Toscana e Umbria, approvato con Dgr 67/2010, per l'applicazione del Protocollo nazionale sancito in Conferenza unificata, relativo alla definizione delle forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario;

- Protocollo di intesa tra Regione Toscana, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, presidente del Tribunale di sorveglianza, Opera della Divina Provvidenza Madonnina del Grappa di Firenze e Istituto degli Innocenti di Firenze, approvato con Dgr 67/2010, per la creazione di una sezione a custodia attenuata per detenute madri;

Ricordato che sono stati attivati nuovi e importanti Protocolli anche nazionali, e tra questi, il Protocollo di intesa tra Anci e ministero della Giustizia sul tema degli inserimenti lavorativi, il Protocollo di intesa tra il Miur (ministero Istruzione, università e ricerca) e il ministero della Giustizia sull'istruzione, il Protocollo di intesa tra la Provincia di Firenze e il ministero della Giustizia per soggetti svantaggiati, che sono da considerarsi come riferimento operativo e progettuale anche per il livello territoriale regionale pur nel rispetto delle specificità locali;

Ritenuto necessario aggiornare i precedenti Protocolli del 2010, prevedendo la definizione di uno specifico schema di Protocollo d'intesa unico che darà luogo ad appositi Protocolli o Accordi tematici collegati (Protocollo salute, Protocollo su genitorialità e Icam, Protocollo Istruzione-Formazione-Lavoro, Protocollo Anci-Giustizia, Protocollo Provincia di Firenze-Giustizia, Protocollo Trio);

Vista la propria delibera n. 1000/2013 che approva lo schema di Accordo di collaborazione per il Polo universitario penitenziario;

Precisato che il presente Protocollo di intesa, di cui all'allegato A al presente atto quale sua parte integrante, sostituisce i precedenti Protocolli, diventa di riferimento e coordinamento utile per l'attivazione dei Protocolli tematici collegati sopra richiamati e individua le azioni da mettere in atto, sia singolarmente che collegialmente, con riguardo alle esigenze delle comunità nelle quali insistono gli Istituti di pena, gli Uffici per l'esecuzione penale esterna e gli altri Servizi del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, con il comune obiettivo del recupero delle persone in esecuzione di pena considerate nella loro individualità, della finalità di prevenzione primaria e secondaria e dell'obiettivo del contenimento del fenomeno della criminalità;

Valutata positivamente l'opportunità che le collaborazioni già in essere tra gli organi territoriali e le Istituzioni firmatarie possano estendersi, consentendo idonee integrazioni e interazioni su tutte quelle materie in ordine alle quali, sia per ruolo che per competenza, vi sia responsabilità da parte delle singole Amministrazioni, collaborando su di un piano di pari dignità, nel rispetto delle rispettive finalità istituzionali e con particolare riferimento agli strumenti operativi e partecipativi che rendano possibile la definizione progettuale, l'attuazione e la verifica in maniera puntuale, decentrata e periodica dei vari aspetti contenuti nel presente protocollo;

Visto il parere espresso dal Comitato tecnico direzionale nella seduta del 19 dicembre 2013;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare lo schema di Protocollo di intesa unico tra Regione Toscana e il ministero della Giustizia, Anci Toscana, Uncem toscana, Upi Toscana, Tribunale di sorveglianza di Firenze, Tribunale per i minorenni di Firenze e Tribunale per i minorenni di Genova, di cui all'allegato A al presente atto quale sua parte integrante, finalizzato al coordinamento delle politiche regionali in ambito carcerario;

2. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

3. di dare mandato alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di porre in essere tutti gli atti necessari per dare attuazione al Protocollo d'intesa approvato con il presente atto.

ALLEGATO A

Protocollo di intesa
tra
Regione Toscana
e
Ministero della Giustizia
Anci Toscana
Upi Toscana
Uncem Toscana
Tribunale di sorveglianza
di Firenze
Tribunale per i minorenni
di Firenze
Tribunale per i minorenni
di Genova

Il giorno ..... del mese di ..... dell'anno duemilatredici, alle ore ..... presso ..... sono presenti:
per la Regione Toscana .....
per il Ministero della Giustizia .....
per l'Anci Toscana .....
per l'Upi Toscana .....
per l'Uncem Toscana .....
per il Tribunale di Sorveglianza di Firenze .....
per il Tribunale per i Minorenni di Firenze .....
per il Tribunale per i minorenni di Genova .....

Premesso

che il ministero della Giustizia e la Regione Toscana, dando corpo alla comune volontà di collaborazione istituzionale, hanno sottoscritto in data 27 gennaio 2010, dopo un percorso elaborativo unitario e interistituzionale coordinato dalla Cabina di Regia regionale Carcere (Decisione di Gr n. 57/08) e sancito con le Delibere di Gr n.1153/09 e quella integrativa n. 67/10, cinque Protocolli (Intesa politica, Operativo regionale, Polo universitario, Salute in carcere e Icam) destinati a creare una fruttuosa sinergia per realizzare in modo più compiuto le prescrizioni costituzionali in tema di esecuzione della pena e delle altre misure restrittive della libertà;

che la legge regionale 26 luglio 2002, n. 32 (Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro), così come modificata dalla Legge regione Toscana n. 3/2012 e il relativo Regolamento attuativo n. 11/R del 22 marzo 2012, hanno modificato in parte il quadro istituzionale e normativo di riferimento;

che sono stati attivati nel frattempo nuovi e importanti Protocolli anche nazionali, come per esempio quello tra Anci e ministero della Giustizia sul tema degli inserimenti lavorativi, quello tra il Miur (ministero Istruzione, Università e Ricerca) e il ministero della Giustizia sull'istruzione, quello tra la Provincia di Firenze e il ministero della Giustizia per soggetti svantaggiati, e altri di seguito citati, che sono da considerarsi come riferimento operativo e progettuale anche per il nostro livello territoriale regionale pur nel rispetto delle specificità locali;

che in sede dei lavori dell'Osservatorio regionale interistituzionale permanente carcere (istituito con la Delibera di Giunta n. 644/10 e confermato, insieme alla Cabina di regia per il Coordinamento delle politiche regionali in ambito carcerario, con la Delibera di Giunta n. 1162/12) per il monitoraggio e la verifica di quanto sancito nei Protocolli in oggetto hanno dichiarato la propria intenzione partecipativa, oltre ovviamente al ministero della Giustizia e alla Regione Toscana, anche l'Anci Toscana, l'Upi Toscana, l'Uncem Toscana, il Tribunale di Sorveglianza di Firenze e il Tribunale dei Minori di Firenze, in modo da confermare e anzi implementare quella fruttuosa sinergia interistituzionale di cui sopra, in un clima di leale collaborazione e nel rispetto della sussidiarietà, già sperimentata in occasione dei Protocolli del 2010;

Preso atto

delle risoluzioni internazionali, delle leggi nazionali e regionali nel frattempo intervenute sulle materie oggetto del presente protocollo;

Confermato

il documento "Linee guida in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimento dell'Autorità giudiziaria" approvato in data 19 marzo 2008 dal Ministero della Giustizia e dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome;

Tenuto conto

dello Statuto della Regione Toscana che definisce all'art. 3 comma 2 che «La Regione opera al fine di realizzare il pieno sviluppo della persona e dei principi di libertà, giustizia, uguaglianza, solidarietà, rispetto della dignità umana e dei diritti umani» e delle leggi regionali sulle materie di comune interesse e/o competenza;

della recente individuazione dei circuiti penitenziari regionali ex art. 115 Dpr 230/2000, così come definiti dal progetto del Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria di Firenze, confermato dalla circolare del Capo del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria n. 36997 del 29 gennaio 2013, che hanno individuato determinate tipologie di istituti secondo le schede allegate al predetto progetto;

Confermato anche

che le prerogative sociali, economiche e amministrative del territorio regionale possono incidere in maniera determinante sulla qualità delle garanzie del contratto sociale e sulla conseguente qualità dei servizi resi ai cittadini, siano essi liberi che sottoposti a vincoli penali;

Considerato

l'attuale tipologia della popolazione ristretta, dei condannati in esecuzione di pena in misura alternativa e dei minori sottoposti a provvedimenti penali notevolmente modificata negli ultimi anni;

Si concorda

sulla necessità di aggiornare i precedenti Protocolli del 2010 e di procedere alla stesura di un nuovo Protocollo di Intesa Unico completato da appositi Protocolli tematici collegati (Protocollo salute, Protocollo polo universitario, Protocollo su genitorialità e Icam, Protocollo istruzione-formazione-lavoro, Protocollo Anci-Giustizia, Protocollo Provincia di Firenze-Giustizia, Protocollo Trio) già attivi, in elaborazione o divenire con l'inserimento partecipativo e sinergico nel presente atto, pur nel rispetto del principio di sussidiarietà, degli altri Enti firmatari.

Il presente atto sostituisce i precedenti Protocolli, diventa di riferimento e coordinamento utile per l'attivazione dei Protocolli tematici collegati sopra richiamati e individua le azioni da mettere in campo, sia singolarmente che collegialmente, con riguardo alle esigenze delle comunità nelle quali insistono gli Istituti di pena, gli Uffici per l'Esecuzione penale esterna e gli altri Servizi del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile, con il comune obiettivo del recupero delle persone in esecuzione di pena considerate nella loro individualità, della finalità di prevenzione primaria e secondaria e dell'obiettivo del contenimento del fenomeno della criminalità;

sulla opportunità che le collaborazioni già in essere tra gli organi territoriali e le Istituzioni firmatarie possano estendersi, consentendo idonee integrazioni e interazioni su tutte quelle materie in ordine alle quali, sia per ruolo che per competenza, vi sia responsabilità da parte delle singole Amministrazioni, collaborando su di un piano di pari dignità, nel rispetto delle rispettive finalità istituzionali e con particolare riferimento agli strumenti operativi e partecipativi che rendano possibile la definizione progettuale, l'attuazione e la verifica in maniera puntuale, decentrata e periodica dei vari aspetti contenuti nel presente protocollo.

e si conviene quanto segue

Articolo 1 - *Finalità*

Il presente protocollo, tramite l'Osservatorio regionale interistituzionale permanente carcere e la Cabina di regia per il coordinamento delle politiche regionali in ambito carcerario, intende:

● mantenere impresso un adeguato sviluppo alle complessive relazioni oggi esistenti nei rapporti Stato-Regione, oltre che con Anci ed Upi, in ordine alla migliore predisposizione delle condizioni strutturali e organizzative per la gestione delle risorse umane e finanziarie, in relazione ai bisogni della popolazione in esecuzione penale, ai sensi dall'art. 19, comma 1° lett. E) della L 328/00, ma con riferimento prioritario alle LIRr n. 40 e 41 del 2005;

● confermare la cornice di riferimento degli interventi che il ministero della Giustizia, l'Anci Toscana, l'Upi Toscana, l'Uncem Toscana e la Regione Toscana sono chiamati ad attuare, per il miglioramento della qualità di vita dei detenuti e internati presenti negli Istituti penitenziari toscani, nonché dei soggetti in misura alternativa o di ex detenuti presenti sul territorio toscano e di minori sottoposti a provvedimenti giudiziari, garantendo e rendendo esigibili, durante tutto il percorso penale i diritti sociali da parte dei medesimi;

● promuovere ogni intervento congiunto teso al miglioramento delle condizioni di vita, professionali e di relazione del personale dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile operanti nelle strutture del territorio toscano;

● impegnare gli Enti locali a inserire le tematiche carcerarie, sia in termini di progetti che in termini di azioni concrete, nei propri atti di programmazione, coerentemente con quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge;

● impegnare le Associazioni degli Enti locali firmatarie del presente atto a promuovere presso gli stessi Enti momenti di discussione e approfondimento attorno alle tematiche del carcere;

● concorrere alla più compiuta realizzazione delle finalità insite nella definizione del circuito regionale penitenziario così come sopra accennato.

Articolo 2 - *Programma delle azioni*

Per la definizione degli accordi in oggetto, oltre a quanto espressamente riportato di seguito nel presente Protocollo unico d'intesa, si rimanda agli appositi Protocolli tematici collegati sopra citati (Salute, Polo Universitario, Genitorialità e Icam, Istruzione-formazione e lavoro, Protocollo Anci-Giustizia, Protocollo Provincia di Firenze-Giustizia) e proseguirà il lavoro dell'Osservatorio regionale interistituzionale permanente carcere, degli altri organismi organizzativi anche regionali già in essere, delle Commissioni e dei tavoli di concertazione previsti dalla normativa vigente come precedentemente riportato.

Articolo 3 - *Soggetti firmatari*

Le attività previste dal presente Protocollo unico d'intesa verranno realizzate singolarmente o in maniera interattiva attraverso la realizzazione di progetti e iniziative sperimentali o continuative dai soggetti firmatari o dagli Uffici periferici dell'amministrazione penitenziaria (Istituti penitenziari e Uffici dell'esecuzione penale esterna) e della giustizia minorile (Centro di Prima Accoglienza, Istituto penale per i minorenni, Ufficio di servizio sociale per i minorenni) con la partecipazione attiva e sinergica degli Enti locali di riferimento territoriale, anche associati, promuovendo Poli operativi interistituzionali specie nei Comuni sede di Carcere, sulla traccia dell'esperienza già avviata dalla Società della salute di Firenze che, in diretto collegamento con i lavori dell'Osservatorio regionale interistituzionale permanente carcere, ha attivato un Progetto speciale Solliciano e Gozzini che prevede il coinvolgimento diretto degli Enti che, insieme all'Amministrazione Penitenziaria competente, agiscono a vario titolo sui due Istituti penitenziari fiorentini.

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati possono inoltre essere sviluppati accordi con altri soggetti quali terzo settore, volontariato e privato sociale.

Articolo 4 - *I Poli operativi interistituzionali*

I Poli operativi territoriali interistituzionali, che vedono la presenza degli Enti locali e delle rispettive Associazioni, devono diventare il luogo di sintesi rispetto alle politiche carcerarie. In tal senso, i suddetti organismi devono garantire l'effettivo adempimento degli obblighi che la normativa pone in capo agli Enti locali, sia in termini di programmazione, sia in termini di verifica e monitoraggio degli interventi e delle progettualità messe in campo, di concerto con gli altri soggetti firmatari del presente protocollo. Tale funzione, ovviamente più cogente e propulsiva rispetto ai territori sede di Carcere che vedono la programmazione diretta di specifici progetti e interventi, deve tuttavia essere espletata anche rispetto a tutte le altre realtà territoriali ove, per effetto delle misure alternative alla detenzione, sono presenti soggetti in esecuzione esterna di pena e collocarsi, tenendo conto delle reciproche competenze, a livello delle Province, pur nel quadro istituzionale in via di definizione e dei Comuni, ivi compresi i piccoli Comuni montani. Corollario e strumento di tale funzione sono: la massima circolazione possibile di informazioni e buone prassi, un attento monitoraggio, che consenta di verificare l'effettiva realizzazione e lo stato di avanzamento dei singoli progetti e una costante relazione con gli altri soggetti firmatari del presente protocollo.

Articolo 5 - *Ambiti di intervento*

Il protocollo regola e definisce le necessarie interazioni in ordine:

● alle materie oggetto dei Protocolli regionali tematici collegati di cui sopra;

● alla promozione della rete dei Poli operativi territoriali interistituzionali di cui sopra;

● all'edilizia penitenziaria e alla territorializzazione della pena;

● alle attività trattamentali e agli interventi di supporto relative ai soggetti in esecuzione di pena, agli ex detenuti e alle loro famiglie;

● all'esecuzione penale esterna;

● al trattamento dei minorenni sottoposti a misure penali;

● a progetti specifici;

● al benessere del personale.

1. Edilizia penitenziaria e territorializzazione della pena

Considerata l'importanza che l'edilizia penitenziaria riveste per l'attuazione del principio di territorializzazione dell'esecuzione della pena, per la realizzazione del trattamento dei detenuti e internati, nonché per assicurare condizioni di lavoro dignitose agli operatori coinvolti, le parti si impegnano a confrontarsi in merito:

a) all'eventuale programmazione di nuove strutture penitenziarie sulla base dei criteri di territorializzazione e diversificazione della pena e l'eventuale modifica di destinazione, parziale o totale, delle strutture penitenziarie già esistenti, in accordo con gli Enti locali di competenza territoriale, secondo un criterio di specializzazione dei circuiti di pena su base regionale;

b) alla pianificazione, da parte dell'Amministrazione penitenziaria, in base alle disponibilità finanziarie, dei necessari interventi di ammodernamento e di adeguamento funzionale degli Istituti penitenziari della Regione Toscana anche in relazione al Dpr 230/00;

c) al mantenimento, da parte dell'Amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile - ove compatibile con le emergenziali esigenze penitenziarie - dei livelli di capienza regolamentare e del principio del rispetto della dignità umana sancito dalle regole penitenziarie europee (Racc. n. (2006)2), in considerazione anche ai rilevanti investimenti che la Regione toscana si impegna a realizzare nel settore carcere, con riferimento alla realizzazione di una Icam, al reperimento di strutture per i tossicodipendenti in atto detenuti, agli impegni per il miglioramento dell'assistenza sanitaria negli Istituti toscani, con una partecipazione anche economica per la realizzazione degli obiettivi del protocollo;

d) all'attuazione del principio generale di territorializzazione della pena previsto dalla legge 354/75, e successive modifiche, atteso il rilievo che questa assume per il reinserimento sociale dei cittadini sottoposti a misure penali, detenuti e internati presenti negli istituti penitenziari della Regione i detenuti di residenza e/o provenienza toscana nonché a favorire il rientro dei detenuti toscani ospiti in istituti di altre Regioni e di quanti intendano motivatamente stabilire la loro residenza nella Regione;

e) allo svolgimento di azioni di sensibilizzazione con gli Enti statali e locali affinché contribuiscano:

- alla realizzazione, nei territori su cui insistono le strutture penitenziarie e di accoglienza per adulti e per minori, di tutte le opere di urbanizzazione civile quali: fognature, acqua, viabilità, mezzi di trasporto e quant'altro possa essere utile per inserire dette strutture nel tessuto cittadino e per agevolare lo svolgimento dell'attività lavorativa degli operatori;

- al reperimento di strutture idonee nell'ambito cittadino da destinare a istituti a bassa soglia di sicurezza per le donne detenute, con bambini conviventi;

- al reperimento di edifici o parti di edifici di civile abitazione nell'ambito cittadino da destinare a sezioni di semilibertà, come previsto dal comma 8 dell'art. 101 Dpr 230/2000;

- al reperimento di strutture di accoglienza esterna atte all'alloggio di condannati in misura alternativa e/o dei familiari dei detenuti/condannati in visita altresì idonee allo svolgimento di attività di supporto alle azioni di reinserimento sociale dei detenuti ed ex detenuti nella comunità;

- alla promozione di percorsi di accoglienza, per minori e giovani sottoposti a procedimenti dell'Autorità giudiziaria, in comunità a carattere educativo contraddistinte, secondo le norme regionali di riferimento, da un'organizzazione di tipo familiare. L'attuazione di tali percorsi potrà coinvolgere anche le comunità socio-educative dedicate ai minori allontanati temporaneamente dalla famiglia; in tal caso i soggetti titolari della presa in carico effettuano una valutazione incentrata sulla possibilità di realizzare progetti di inserimento che, tenendo conto della realtà delle comunità coinvolte, consentano di armonizzare le condizioni e i bisogni diversi, nel rispetto del perseguimento del benessere psico-fisico e relazionale di ogni singolo minore accolto;

f) al sostegno per l'attuazione di un adeguato utilizzo negli Istituti penitenziari di fonti di energia alternativa per diminuire nel complesso l'inquinamento ambientale e realizzare un risparmio del consumo energetico e per l'introduzione nelle strutture Penitenziarie del sistema di raccolta differenziata dei rifiuti. ●

(...omissis...)

Il testo integrale del documento è consultabile tra gli atti della Regione al sito www.regione.toscana.it

(segue da pagina 4)

Sanità Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore
ROBERTO TURNO
comitato scientifico
Valtere Giovannini
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 6 del 18-24 febbraio 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

INCENTIVI PER L'ACCESSO ALLE PROFESSIONI SANITARIE

Per le lauree in infermieristica 4,5 milioni in «assegni di studio»

Premi per ogni anno di corso - Presto bando e modalità di partecipazione

Pubblichiamo la delibera 29/2014 «Lr 74/98 - Piano annuale per l'accesso ai profili professionali nel settore sanitario - determinazione assegni di studio per infermieri anno accademico 2012/2013».

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa,

1) di confermare per l'anno accademico 2012/13 l'erogazione degli assegni di studio agli studenti dei corsi di Laurea in Infermieristica;

2) di approvare i seguenti criteri di attribuzione degli assegni già previsti nella delibera di Giunta n. 15/2012 e sotto riportati:

- essere iscritti in corso senza essere stati iscritti fuori corso o ripetente per più di una volta, ovvero di essere iscritti fuori corso o ripetente per la prima volta, limitatamente alle iscrizioni ai corsi di Laurea in Infermieristica;

- se iscritti al primo e secondo anno:

● aver superato, entro il 30 aprile 2014, tutti gli esami previsti per gli anni precedenti e per l'anno accademico 2012/2013, riportando per l'a.a. 2012/2013, una media non inferiore a 22/30;

● aver superato con esito positivo la valutazione del tirocinio

- se iscritti al terzo anno:

● aver superato entro il 30 aprile 2014 tutti gli esami previsti per l'anno accademico 2011/2012 riportando una media non inferiore a 22/30;

● aver superato con esito positivo la valutazione del tirocinio;

● aver discusso la tesi di laurea ovvero aver superato la prova finale del corso di laurea, entro la sessione autunnale o primaverile.

3) di confermare, anche per l'anno accademico 2012/13, gli importi degli assegni di studio agli studenti dei corsi di Laurea in Infermieristica specificando che essi sono i seguenti:
- per il 1° anno euro 955,45 (al lordo delle imposte a carico del percettore);
- per il 2° anno euro 1.936,71 (al lordo delle imposte a carico del percettore);
- per il 3° anno euro 3.227,86 (al lordo delle imposte a carico del percettore);

4) di stabilire che l'assegno di studio viene corrisposto in unica soluzione alla fine di ciascun anno di corso previo possesso dei requisiti sopra specificati;

5) di rinviare a successivo provvedimento del competente settore della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, l'approvazione del bando contenente le modalità e i tempi di erogazione degli assegni di studio;

6) di assegnare all'Azienda regionale per il Diritto allo studio universitario della Toscana, un finanziamento di euro 4.507.000,00 per gli assegni di studio 2012/2013 comprensivo della quota fissa di euro 6.000,00 per le spese di gestione, come da prospetto riepilogativo sottoriportato (tabella 1), di prenotare a tal fine la somma di euro 4.507.000,00, sul capitolo 26246 "Incentivi per l'accesso alle professioni sanitarie", come segue:
- euro 3.136.656,31 impegnati nell'ambito delle operazioni di chiusura dell'esercizio 2013 ai sensi dell'articolo 20 del Dlgs 118/2011 sul capitolo 26246 del bilancio 2013;
- euro 1.370.343,69 disponibili sullo stesso capitolo 26246 del bilancio 2014;

8) di dare atto che all'assunzione degli impegni di spesa provvederà il settore competente della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;

9) di dare atto che il settore competente della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale provvederà inoltre alla liquidazione degli importi dovuti alle tre sedi universitarie dell'Azienda regionale per il Diritto allo studio universitario della Toscana, riservandosi anche eventuali integrazioni per maggiori spese sostenute sulla base delle rendicontazioni finali che le stesse dovranno presentare entro il giugno 2014. ●

Tabella 1

Sede Ardsu	Percentuale spesa sostenuta - Anno accademico 2011/2012	Finanziamento - Anno accademico 2012/2013
Firenze	49,78	2.243.159,20
Pisa	33,22	1.497.430,24
Siena	17,00	766.410,56
Totale	**100,00**	**4.507.000,00**

LAVORO *La Regione assume 74 nuovi tecnici per la prevenzione nelle fabbriche*

SST Servizio Sanitario della Toscana

Tessile più sicuro nel pratese

Un piano da 10 milioni: stop a dormitori abusivi e stretta sui controlli

Il progetto Prato per il rilancio del distretto della città non è nato ora. In Regione ci lavorano da tempo. Ma dopo il rogo in cui sette lavoratori cinesi sono stati divorati a dicembre mentre dormivano nella stessa azienda dove lavoravano, la Regione ha deciso di varare un piano straordinario per rendere più sicure le condizioni di vita e di lavoro degli operai cinesi. Un piano messo a punto subito dopo l'incendio di due mesi e mezzo fa e già operativo. «Dobbiamo tutelare i diritti elementari delle persone» dice il presidente della Toscana Enrico Rossi. «E occorre eliminare i dormitori abusivi» aggiunge. Da rimpiazzare, se sistemazioni diverse non ci sono, con altri "dormitori" sicuri e igienici vicini ai capannoni. L'idea del presidente della Toscana è semplice: più controlli (sulla sicurezza), provvedimenti tampone (come laboratori dormitorio dignitosi appunto), ma anche «una via di uscita morbida e di più ampio respiro», «che non metta in crisi il distretto, che farebbe male a tutti» e punti «all'emersione del lavoro sommerso, che non è un male solo cinese».

Così a fine gennaio la Giunta regionale ha deciso di rafforzare gli organici dei dipartimenti di prevenzione che dovranno vigilare sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. Oggi tra Prato, Firenze, Empoli e Pistoia vi lavorano in 139: a Prato sono appena 20. Saranno assunti con un contratto di tre anni altri 50 tecnici all'Asl di Prato, dove triplicheranno, e 24 nelle altre tre aziende dell'Area vasta centro. Settantaquattro tecnici in più che serviranno ad aumentare i controlli in quelle fabbriche, laboratori e aziende dove spesso gli operai cinesi dormono, mangiano e cuciono. Per pagare gli stipendi dei nuovi tecnici della prevenzione serviranno 8 milioni e 800mila euro in tre anni: 40mila euro l'anno per ciascuno tecnico.

Altri 322mila saranno necessari per acquistare strumenti e attrezzature e altri 789mila per assicurare la presenza, durante i controlli, di mediatori culturali bilingue. In tutto fanno poco meno di 10 milioni di euro, che saranno assicurati dai proventi delle sanzioni. Grazie al nuovo personale la Regione pensa infatti di poter realizzare 2.925 controlli l'anno, cinque volte di più rispetto alle tabelle nazionali e per lo più concentrati nella provincia pratese. Saranno controllate per prime e più di altre le aziende dove si lavora di notte, quelle dove sarà registrato un anomalo consumo di energia elettrica rispetto a dimensioni e personale denunciato, quelle di alcune zone o tipologia. Naturalmente gli ispettori si muoveranno anche sulla base di segnalazioni ed esposti. E lo faranno con un taglio alla burocrazia, con procedure semplificate e più rapide.

L'obiettivo è ambizioso: riportare entro tre anni la situazione, dall'emergenza che vive oggi, a un livello ordinario. Ma è una scommessa che per la Regione può essere vinta. Certo - non la manda a dire Rossi - se la Regione fa la sua parte, anche lo Stato deve fare la sua. «Serve più Stato a Prato» ripete e chiede Rossi. «E più Stato - chiarisce - non vuol dire solo ministero degli Interni o ministri in visita e che siglano patti». «Più Stato - dice Rossi - vuol dire più forze per la Procura che è sotto organico, più forze per la Guardia di Finanza che è più utile dei militari dell'esercito per strada, e magari sostegni economici di filiera che altrove si fanno per aree riconosciute in crisi come anche Prato è». Anche più tecnici per la sicurezza sul lavoro certo. Ma a quello la Regione ci ha già pensato.

Rossi guarda a Roma e attende una risposta. «Il tavolo nazionale istituito su Prato deve prendere provvedimenti significativi per il bene del distretto - dice -. La città vive un'emergenza umanitaria - tuona Rossi - Non la si può abbandonare. E chi è per l'integrazione è anche per la legalità». E viceversa. Per alcuni è ovvio, ma forse non per tutti. «Se poi anche il mondo dell'alta moda e della moda - aggiunge - ci volesse dare una mano, sarebbe benvenuto. Serve una svolta, ma la svolta è possibile». E nella svolta c'è anche l'Unione europea, a cui Rossi, quando qualche mese fa il vicepresidente della Commissione, Antonio Tajani, è venuto a Prato, ha chiesto impegni sulla tracciabilità del tessile, standard comuni, lotta all'illegaltà e contraffazioni. Da regole comuni potrebbero infatti derivare anche conseguenze importanti per l'integrazione dei lavoratori.

a cura di
Walter Fortini
Agenzia toscana notizie

L'immigrazione in cifre

	Totale residenti	Italiani	Stranieri	Cinesi
Provincia di Prato	248.477	211.643	36.834	16.716
Comune di Prato	187.159	155.882	31.277	15.029
Toscana	**3.692.828**	**3.449.679**	**350.761**	**40.061**

N.B.: Popolazione al 31 dicembre 2012
Fonte: elaborazione Irpet su dati Istat, Provincia di Prato, Comune di Prato

Gli stranieri regolari

	Provincia di Prato	Toscana
Stranieri extra Ue con permesso di soggiorno	50.426	**307.652**
Cinesi	32.202	**59.375**

N.B.: Dati al 31 dicembre 2012
Fonte: elab. Irpet su dati Istat, Provincia di Prato, Comune di Prato

Il lavoro nero

Stime lavoratori irregolari

- **Oltre 4.800 imprese cinesi a Prato**
- **11mila lavoratori ufficialmente registrati**
- **Da 6mila a 9mila irregolari**

Fonte: Irpet

Le rimesse dei lavoratori immigrati verso la Cina (milioni di euro)

Provincia	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Massa Carrara	0,107	0,113	0,080	0,099	0,081	0,086	0,230	0,275
Lucca	0,107	0,109	0,037	0,105	0,142	1,154	0,468	0,353
Pistoia	0,442	0,498	0,524	0,488	0,459	0,365	0,654	0,727
Livorno	0,162	0,196	0,124	0,130	0,108	1,141	1,072	2,518
Pisa	0,926	1,007	0,599	0,379	0,535	1,696	3,096	1,948
Arezzo	0,304	0,274	0,178	0,102	0,244	0,675	1,243	1,025
Siena	0,111	0,111	0,090	0,039	0,050	0,123	0,391	0,288
Grosseto	0,053	0,050	0,035	0,042	0,033	0,045	0,123	0,254
Prato	20,176	56,037	431,846	373,019	464,363	173,752	226,801	187,595
Firenze	53,120	39,202	134,351	122,660	124,491	79,284	93,513	71,892

N.B.: Cifre in milioni di euro
Fonte: Banca d'Italia

Immigrazione cinese, minaccia o risorsa?

Su una cosa sono tutti (o quasi) d'accordo: l'immigrazione e la comunità cinese che lavora nel pronto moda di Prato è per la città una risorsa. Se non lo è, lo può essere. E forse una risorsa lo è stata anche in passato, quando la città e il tessile si sono adattati alla globalizzazione e hanno vinto la concorrenza delocalizzando all'interno. «Convenienze e rapporti reciproci ci sono sempre stati» sintetizza il presidente della provincia di Prato Lamberto Gestri. I cinesi che cucivano abiti per le aziende di maglieria e confezioni pratesi erano veloci, lavoravano anche la domenica e costavano meno degli italiani. Poi la crisi ha fatto saltare gli equilibri.

E i cinesi da subfornitori sono diventati nel frattempo imprenditori finali. Per alcuni le aziende cinesi di pronto moda con i loro abiti low cost hanno rovinato l'economia locale di Prato. Nero e illegalità avrebbero causato la chiusura di tante aziende italiane. Inoltre i cinesi, sostengono i più critici, non reinvestono sul territorio. Lo testimonierebbero i fiumi di milioni di euro di rimesse che ogni anno prendono la via della Cina. Non c'è dubbio però, per gli autori dello studio dell'Irpet, che, se i cinesi se ne andassero, i pratesi ne patirebbero oggi solo un danno. Dunque la strada non può che essere l'integrazione tra i due distretti e le due comunità. Un'opportunità anche sul fronte dell'internazionalizzazione, per avvicinarsi a un grande mercato come quello cinese. Non solo per tessile e pronto moda, ma anche per vino e olio ad esempio. C'è già chi lo fa.

IL CONTRIBUTO DELLE AZIENDE STRANIERE AL VALORE AGGIUNTO DELLA PROVINCIA

Se un'impresa su sei ha gli occhi a mandorla

Prato, per il cardato e il tessile, era fino a non troppi anni fa la seconda provincia in Italia per esportazioni. Un podio dove prima è Vicenza e terza Arezzo, tutte e due città di orafi, e subito dopo viene Siracusa, che esporta prodotti petroliferi. Poi in pochi anni il valore delle esportazioni a Prato è crollato del 35-40 per cento. «Ci saremmo aspettati un tonfo di pari entità per il valore aggiunto - sottolinea il direttore dell'Irpet, l'istituto di programmazione economica della Regione Toscana, Stefano Casini Benvenuti -. Il tonfo c'è stato, ma non nei termini attesi».

Parte da qui lo studio sul ruolo economico della comunità cinese a Prato presentato nelle scorse settimane nel capoluogo laniero, a poco più di un mese dal tragico rogo che il 1° dicembre ha ucciso sette lavoratori cinesi che dormivano su un soppalco all'interno di un capannone in cui producevano abiti. La ricerca racconta molte cose e parte appunto da quel paradosso: perché il valore aggiunto pro capite a Prato non è crollato proporzionalmente alla caduta drammatica delle sue esportazioni? La prima spiegazione arriva dal mercato degli affitti, che a Prato, dove pesa il 17%, è più robusto che altrove in regione. E quegli affitti sono pagati anche dalla comunità cinese che lavora (e vive) nei capannoni. La seconda spiegazione è la possibile minor dipendenza da sevizi localizzati un tempo in altre province. Prato negli anni si è infatti terziarizzato. «Ma non basta», dice il direttore dell'Irpet.

E la terza spiegazione non può che essere la presenza di una vasta economia sommersa (delle aziende cinesi, ma forse non solo delle aziende cinesi) che la ricerca dell'Irpet prova appunto a misurare.

L'economia sommersa di Prato esiste. Ed è un economia che per molti anni è evidentemente convenuta ad ambo le parti, cinesi e italiani. Per questo, sembra di intuire, non ci sono state tensioni sociali o quelle tensioni sono state comunque limitate. Almeno per molto tempo. Se c'è l'economia sommersa ci sono, è evidente, anche aziende che non pagano le tasse o le eludono. E ci sono lavoratori irregolari. Ma, prima sorpresa che arriva dallo studio dell'Irpet, quei lavoratori sono assai di meno rispetto a quanto si pensasse: seimila, al massimo novemila, su 11mila lavoratori regolari. Almeno questo è il risultato della stima fatta sulla media (ponderata) degli irregolari scovati durante i sopralluoghi delle forze dell'ordine o ragionando sui consumi dell'acqua delle oltre 4.800 imprese cinesi di Prato, 3.700 attive nelle filiera dell'abbigliamento. Sei o novemila lavoratori irregolari non sono pochi. Ed è solo un'ipotesi anche se su basi scientifiche: i lavoratori irregolari sfuggono per definizione alle statistiche ufficiali. Ma sei o novemila lavoratori sono appunto di meno di quanto, spesso, in città è stato ritenuto. Dai lavoratori la stima passa ai residenti: 17mila iscritti all'anagrafe, ma probabilmente 40 o 45mila che davvero abitano e vivono a Prato, tenuto conto dei 32mila permessi di soggiorno rilasciati (che in parte si sovrappongono) e degli irregolari.

Lo studio conferma l'elevata mortalità delle imprese cinesi: cosa risaputa. Delle 386 nate nel 2001 ne sopravvivevano alla fine del 2012 solo 53, meno del 14%. Le imprese cinesi sono in genere anche molto piccole e con pochi addetti, come del resto quelle degli italiani. La dinamica negli ultimi anni è però opposta: quelle italiane, complice la crisi, si sono fatte ancora più piccole, quelle cinesi sono cresciute in dimensioni. Una cosa è certa. In dieci anni le imprese cinesi di Prato sono cresciute di quattro volte: sono oggi un sesto di tutte le imprese del settore abbigliamento, la metà di tutte le aziende straniere. E il loro peso sull'economia del distretto non può essere considerato secondario, tant'è che contribuiscono tra l'11 e il 13% al valore aggiunto dell'intera provincia, con una produzione lorda di oltre due miliardi.

PRATO

Nel 2013 i parti all'Asl 4 sono stati 2.638 contro i 3.008 del 2011

Calano le nascite in corsia

SST Servizio Sanitario della Toscana

Cesarei solo nel 14,9% dei casi - Le mamme straniere sono più della metà

Diminuisce anche all'ospedale di Prato, come nel resto della Regione, il numero dei nati. L'anno 2013 si chiude con 2.638 fiocchi rosa e celesti mentre nel 2011 sono stati 3.008 e nel 2012 il numero è stato 2.889. I parti nel 2013 sono stati 2.599 di cui 40 gemellari. L'azienda sanitaria pratese ha il più alto tasso di natalità (9,6 per 1.000) nella Regione Toscana, superiore anche in questo anno al valore medio regionale (8,4 per 1.000), collocando l'Asl 4 al primo posto nella graduatoria di frequenza per provincia toscana.

La riduzione del numero dei parti osservata nell'ultimo anno coinvolge sia le donne italiane (1.256 nel 2013 a fronte di 1.393 del 2012) sia le donne straniere (1.343 nel 2013 a fronte di 1.496 del 2012). La percentuale delle mamme di nazionalità italiana è rimasta pressoché costante, il 48,3% nel 2013 rispetto al 48,2% del 2012 (erano il 46,6% nel 2011) come anche le mamme straniere (51,7% nel 2013 contro 51,8% del 2012).

Anche in quest'anno si registra una diminuzione delle partorienti di etnia cinese (-180 parti) che hanno rappresentato nell'anno il 31,0% delle partorienti nel presidio aziendale (nel 2012 erano il 34,1% contro il 35,7% del 2011). Una riduzione del numero dei parti si è osservata anche per le donne albanesi (-41 parti) e romene (-14 parti), mentre un lieve aumento, anche se con numeri contenuti, si è osservato per donne marocchine (più 19 parti) e le pachistane (più 16 parti).

Il parto è avvenuto nella maggior parte dei casi con modalità spontanea, 2014 parti pari al 77,4% dei parti totali, mentre soltanto nel 14,9% mediante taglio cesareo. Viene, quindi, confermato anche per il 2013, un ricorso al taglio cesareo in linea con lo standard internazionale raccomandato dall'Oms (15%), a conferma delle buone pratiche utilizzate.

Nel confronto con le altre aziende sanitarie toscane, relativo al 2012, l'Asl 4 ha presentato la più bassa percentuale di parti avvenuti mediante taglio cesareo della Toscana (11,92% a fronte del 19,97%), Regione, tra l'altro, che presenta una delle performance migliori rispetto alle altre Regioni italiane (media italiana 38%). L'efficacia dell'assistenza ostetrica-neonatale è testimoniata dal fatto che più di 8 nati su 10 hanno presentato un peso alla nascita nella norma e che l'indice di Apgar, che valuta il benessere del neonato, è risultato nel 99,2% dei neonati nella norma. Inoltre, al di sotto della media regionale è anche risultata la mortalità neonatale.

Vania Vannucchi
Ufficio stampa Asl 4 Prato

PISTOIA

Contro il tumore alla laringe potenziate le équipe operatorie

Per curare il tumore alla laringe l'équipe della unità operativa di otorinolaringoiatria dell'Ospedale San Jacopo di Pistoia, diretta da Paolo Frosini, si è ulteriormente potenziata. Con la prospettiva di accrescere le competenze di tutti al tavolo operatorio ora si alternano più professionisti ed è quindi aumentato il numero dei chirurghi in grado di operare un organo così delicato come la laringe, utilizzando anche strumenti di nuova generazione come il laser.

«Il percorso chirurgico per questa patologia è stato concentrato all'Ospedale San Jacopo con l'integrazione degli specialisti dell'Ospedale di Pescia - spiega Sandro Giannessi, responsabile dell'area funzionale chirurgica aziendale - e grazie alla disponibilità e all'impegno dei professionisti dei due presìdi ospedalieri abbiamo realizzato un centro specialistico, così i pazienti possono contare su maggiore qualità e sicurezza delle prestazioni».

Percorso chirurgico concentrato al San Jacopo

Nelle sale operatorie del nuovo ospedale di Pistoia è stato anche introdotto il sistema ottico ad autoflorescenza, in uso in pochissimi centri ospedalieri, che consente agli otorini di identificare endoscopicamente le lesioni neoplastiche e operare i pazienti in modo mirato: le zone malate vengono differenziate cromaticamente da quelle sane. Tale metodica, non sostituisce l'esame istologico ma lo integra. Nella diagnostica preoperatoria sono utilizzate apparecchiature con video fibroscopi per un'accurata valutazione nel paziente al termine della quale viene deciso il percorso terapeutico, sempre insieme agli oncologi e ai radioterapisti (équipe rispettivamente dirette dai dottori Marco Di Lieto e Marco Stefanacci). Il tumore alla laringe rappresenta il 3% circa di tutte le neoplasie maligne negli uomini e il 1% nelle donne; l'età media di insorgenza oscilla tra i 45 e i 70 anni e colpisce circa 10 persone i su 100.000 per anno.

«Abbiamo scelto di concentrare in sola sede professionalità e attrezzature per offrire il meglio ai nostri pazienti e comunque - aggiunge Giannessi - le attività ambulatoriali, di diagnosi e terapia, continuano a essere svolte anche negli ambulatori dei presìdi di Pescia e San Marcello».

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

SIENA

Intervento su un giovane russo per curare una grave paresi facciale

Effettuato a Siena un particolare intervento per curare una grave paresi facciale su un giovane paziente russo inviato nella città toscana, presso il Dipartimento di Scienze neurologiche e neurosensoriali dell'azienda ospedaliero-universitaria senese diretto da Alessandro Rossi, da uno dei più prestigiosi ospedali universitari della Russia, il "Russia Medical Academy for postgraduate education".

L'intervento è stato effettuato da Franco Trabalzini, direttore unità operativa complessa Chirurgia otologica e della base cranica, insieme a Marco Mandalà. «Il paziente - afferma Trabalzini - era affetto da paresi del nervo facciale destro, per una lesione destruente dell'osso che, dalla fossa cranica, si portava all'osso dell'orecchio».

Eccellenza della chirurgia otologica e della base cranica

«Nella sanità toscana sono tante le eccellenze di cui siamo davvero orgogliosi», commenta l'assessore al diritto alla salute Luigi Marroni. «La chirurgia otologica e della base cranica dell'azienda ospedaliero-universitaria delle Scotte è una di queste. Voglio sottolineare anche l'importanza del lavoro di squadra, che anche in questo caso ha dato ottimi risultati. I miei complimenti a tutta l'équipe di Trabalzini e a quanti hanno reso possibile questo successo». Il paziente è stato dimesso dopo 24 ore in ottime condizioni generali, con la malattia completamente rimossa e il nervo del tutto conservato.

«L'esperienza dell'area otorinolaringoiatrica e della chirurgia neuro-otologica senese nella quale operano i gruppi del professor Walter Livi e del dottor Franco Trabalzini - afferma Alessandro Rossi, direttore del Dipartimento - sono un punto di riferimento internazionale, con un grande lavoro di squadra e di interazione anche interdisciplinare. Inoltre la superspecialità è un valore aggiunto in quanto ci permette di essere punto di riferimento per patologie complesse».

Sono stati inoltre notevolmente potenziati anche i rapporti con i Paesi stranieri grazie alla nomina di Trabalzini quale presidente dell'European academy of otology & neuro-otology (Eaono), l'Accademia europea di specialità. Siena, infatti, a settembre ospiterà il meeting europeo di chirurgia otologica con professionisti provenienti da tutto il mondo.

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou Siena

PISA

Con il «day service» i percorsi ambulatoriali sono più semplici

Una nuova organizzazione per dare appropriata e rapida risposta a quesiti diagnostici complessi: è questa la finalità del "day service" con il quale sono stati elaborati i cosiddetti Pacc, "Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati", che permettono di eseguire rapidamente tutte le prestazioni diagnostiche di cui un utente ha bisogno. Una nuova modalità di risposta sanitaria ideata dall'Asl di Pisa per patologie croniche o per situazioni cliniche che richiedano accertamenti diagnostici multidisciplinari.

Nella fase iniziale l'attivazione del day service è stata indirizzata a patologie respiratorie, reumatologiche, gastroenterologiche, complicanze del diabete, malattie renali. Nel 2013 sono stati infatti attivati 153 Pacc: la stragrande maggioranza dei pazienti (111) presentavano patologie reumatologiche, gli altri esibivano complicanze diabetologiche o da osteoporosi.

Una risposta efficace alle cronicità o ai quadri complessi

La nuova offerta può essere attivata dal medico di famiglia, dal pediatra, da uno specialista, o da un medico del pronto soccorso, attraverso la prescrizione sul ricettario regionale di una visita specialistica e del relativo quesito diagnostico. Sarà poi lo specialista a decidere se utilizzare il day service oppure indirizzare il paziente verso il percorso ambulatoriale classico con l'esecuzione di singoli esami prenotati al Cup. Nel caso in cui lo specialistica ritenga necessario attivare il day service, prenoterà "on line" l'accesso al programma. Il personale infermieristico si occuperà della pianificazione dell'intero percorso diagnostico, prenotando tutti gli esami richiesti dallo specialista che ha attivato il Pacc, aggiornando la cartella ambulatoriale di day service e raccogliendo tutti i referti degli esami eseguiti.

Soddisfatto dell'andamento del progetto il direttore di medicina I dell'ospedale Lotti di Pontedera, Roberto Andreini: «Prima della attivazione del day service si poteva ricorrere alla esecuzione di numerose prestazioni specialistiche ambulatoriali, prenotate singolarmente, oppure, per avere risposte più rapide, a un ricovero che risultava svantaggioso sia per il cittadino che per l'azienda oltre a essere una pratica inappropriata per finalità esclusivamente diagnostiche».

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

In breve

PISA
La teleradiologia è stata l'oggetto della relazione che Emanuele Neri, ricercatore del Dipartimento di ricerca traslazionale dell'Università di Pisa, ha tenuto per via telematica alla conferenza "5th Imaging Informatics" svoltasi a Shiraz (Iran) dal 24 al 26 gennaio scorsi. Un collegamento Italia-Iran reso possibile grazie alle infrastrutture informatiche messe a disposizione dalla Società europea di radiologia. Neri ha esposto la posizione ufficiale della Società europea di radiologia e della Sirm-Società italiana di radiologia medica su un argomento molto discusso in Italia. La teleradiologia è infatti una forma di telemedicina che presenta varie tipologie di interazione informatica, tra cui la consultazione remota di esperti, la teledidattica, la tele gestione degli esami radiologici a distanza.

SIENA
Un'area verde in ospedale, completamente attrezzata, per passare qualche ora all'aria aperta. Da pochi giorni è possibile grazie alla preziosa collaborazione tra l'Aou senese e l'Associazione di volontariato "La Racchetta", sezione di Sovicille. Il piccolo parco, denominato "Il boschetto", è situato in prossimità del centro didattico e, con l'arrivo della bella stagione, potrà essere un punto di ritrovo per i tantissimi utenti dell'ospedale, circa 5mila al giorno tra dipendenti, pazienti e studenti. «L'idea - spiega il direttore generale, Pierluigi Tosi - è nata dalla volontà di migliorare il nostro ospedale, rendendo più vivibili percorsi e spostamenti». I volontari hanno lavorato gratuitamente per rendere più ordinate e accoglienti le aree verdi dell'ospedale, con un'opera di ripulitura e sistemazione del piccolo parco di circa 2.000 mq.

LUCCA
Dal mese di gennaio a Lucca è possibile prenotare le visite di idoneità agonistica per gli atleti minorenni direttamente in tutti i punti Cup dell'azienda sanitaria locale, oltre che presso gli Ambulatori di Medicina dello sport aziendali. Questa nuova modalità di prenotazione facilita la programmazione annuale delle visite di idoneità agonistica e permette di usufruire della gratuità della prestazione a un sempre maggior numero di atleti minorenni. Per poter usufruire della gratuità della prestazione le visite devono essere effettuate esclusivamente presso gli ambulatori di Medicina dello sport dell'azienda sanitaria, presso il "Campo di Marte" di Lucca e l'ospedale "San Francesco" di Barga, dove nel corso del 2013 sono state effettuate 3.600 visite a minorenni, con un aumento del 20% rispetto all'anno precedente.

PRATO
Presentati i progetti realizzati dalla Fondazione Ami Prato e dall'Asl 4 dedicati all'area materno infantile grazie a una donazione che la Fondazione aveva ricevuto nel 2013 dalla comunità cinese di Prato. Grazie all'impegno profuso dal Console Cinese, la comunità aveva raccolto un'importante somma da destinare alle attività della Fondazione Ami per le mamme e per i bambini, impiegata in gran parte per il progetto di accoglienza dell'area materno infantile del nuovo ospedale: è stata creata un'identità visiva a tutto il percorso materno infantile, tale da caratterizzare alcuni importanti luoghi come il pronto soccorso pediatrico, gli ambulatori pediatrici o le degenze ostetriche e pediatriche. Un intervento importante per offrire familiarità e comfort a questi ambienti e per creare sinergie tra la vita ospedaliera e quella quotidiana.

Regione Toscana

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

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

Quasi a tutti.

Attivala alla tua ASL o in farmacia

numero verde 800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria