

EQUITÀ

Istituito il Centro di coordinamento della «gender medicine»

La salute ha più d'un genere

Alt alle disuguaglianze per le donne: nasce una rete multiprofessionale

L'uomo è stato troppo a lungo la «norma»

di Annamaria Celesti *

Per troppo tempo le malattie, la loro prevenzione e terapia sono state prevalentemente studiate su casistiche di un solo sesso, quello maschile, sottovalutando non solo le peculiarità biologico-ormonali e anatomiche, ma anche quelle socio-culturali proprie delle donne.

Uomini e donne hanno di fatto un differente rischio di contrarre molte malattie e anche una diversa risposta alle terapie e dunque non è solo scientificamente ed eticamente scorretto trasferire i dati ottenuti sull'uomo alla donna, ma è anche un vero e proprio errore metodologico.

La Medicina di genere per questo non deve essere una specialità a sé stante ma, come confermano numerose evidenze internazionali, un'integrazione trasversale di specialità e di competenze mediche, affinché si formi una cultura e una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere sotto i diversi aspetti sopra menzionati.

Per raggiungere questo obiettivo la Regione Toscana, prima in Italia, ha costituito nel 2011 la Commissione per le problematiche della Medicina di genere all'interno del Consiglio sanitario regionale - organo tecnico-scientifico del governo clinico - e successivamente con la costituzione del Centro regionale di coordinamento della Salute e medicina di genere intende mettere in atto,

CONTINUA A PAG. 2

La "Salute e medicina di genere" attua ed evolve, in ambito sanitario, i principi fondamentali di equità e pari opportunità, ed è - come evidenziato anche a livello internazionale dall'Oms - una esigenza ineludibile di un Servizio sanitario evoluto. In tale quadro la Regione Toscana, con l'approvazione del Piano sanitario e sociale integrato (Pssir), ha deciso di sviluppare ulteriormente il concetto di medicina personalizzata, già presente nel precedente Piano, individuando tra le azioni prioritarie del 2014 «lo sviluppo di un approccio di genere alla salute dei cittadini». Il concetto che sta alla base di questa azione è che la salute di genere è chiamata a limitare le disuguaglianze di studio e di trattamento che fino a oggi sono state a carico delle donne, ma non a costruire una medicina al femminile e una medicina al maschile, bensì ad applicare il concetto di diversità per garantire a tutti il migliore trattamento possibile in funzione della specificità di genere.

Sulla base di questo intento, l'azione prioritaria all'interno del nuovo Pssir prevede l'istituzione, a livello regionale, di un Centro che, coordinando le aziende sanitarie in raccordo con i diversi soggetti interessati, pone in essere una serie di azioni. Con l'approvazione di una specifica delibera, negli scorsi giorni è stata data una prima importante attuazione istituendo appunto il "Centro regionale di coordinamento della Salute e medicina di genere". Il Centro, collocato nell'ambito dell'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, esplica le proprie funzioni attraverso una costante interfaccia con i settori della Direzione generale competenti in materia di programmazione e organizzazione delle cure, qualità dei servizi, governo clinico, ricerca, innovazione, risorse umane, prevenzione, farmaceutica e appropriatezza.

Attraverso il Centro si tende a realizzare il raccordo e l'integrazione delle azioni e delle iniziative poste in essere dalle strutture aziendali e da tutti gli



PREVENZIONE

Cuore: la comunità cinese va al check

Parte a Prato il primo studio sui fattori di rischio cardiovascolare

Al via il primo studio volto a indagare la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare, ipertensione e diabete, nella comunità cinese di Prato. La ricerca "CHinese In Prato" (Chip) è in collaborazione fra l'Università di Firenze e l'Institute of Heart, Lung & Blood Vessel Diseases di Pechino, nell'ambito di un progetto della Società europea di ipertensione volto ad analizzare la salute delle popolazioni immigrate in Europa. L'obiettivo è mettere a confronto la comunità cinese di Prato, la terza in Europa per numero di abitanti, sia con i cittadini pratesi, sia con la popolazione residente in Cina, per valutare l'effetto delle abitudini e dello stile di vita sulla salute del cuore.

Allo stato attuale per questa popolazione mancano dati che permettano una programmazione accurata degli interventi sanitari e sono persone che per cultura tendono a non curarsi, poiché la loro preoccupazione principale una volta arrivati qui è il lavoro. Ma se ci sono diabete o ipertensione e non vengono curati possono portare a infarto o ictus. Questo sarà anche un modo per migliorare la spesa sanitaria. Una volta inseriti i soggetti all'interno di strategie di cura, sarà possibile ridurre le spese per le complicanze di chirurgia cardiovascolare. I primi dati dello studio saranno disponibili fra un anno.

altri soggetti coinvolti, per lo sviluppo di una rete multidisciplinare e multiprofessionale integrata, anche attraverso la costituzione di Centri aziendali di coordinamento della Salute di genere che operino in rete con il Centro regionale.

Il Centro regionale di coordinamento della Salute di genere, è così composto: il coordinatore del Centro, individuato fra i professionisti in possesso di specifiche competenze in materia; il dirigente dell'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale della Dg Diritti di Cittadinanza e coesione sociale; i direttori generali delle aziende sanitarie coordinatori di Area vasta, o un direttore generale da questi delegato; il vicepresidente del Consiglio sanitario regionale.

Per gli aspetti tecnico-scientifici il Centro si avvale in particolare della Commissione permanente per le problematiche di genere del Consiglio sanitario regionale e, inoltre, si raccorda con i diversi soggetti coinvolti, fra i quali: l'Agenzia regionale di Sanità Toscana; il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; la Commissione regionale per le pari opportunità; gli Atenei toscani.

Già individuati le tappe della programmazione e gli obiettivi del centro. Entro il 31 dicembre di ogni anno dovrà essere definito un Programma annuale delle azioni, articolato per aree di lavoro da presentare alla Dg Diritti di Cittadinanza e coesione sociale che lo recepisce con atto della Giunta regionale al fine di dare indicazioni alle aziende sanitarie sulla sua attuazione (Relativamente a questo primo anno di attività il programma dovrà essere presentato entro aprile) ed entro il 28 febbraio dell'anno successivo dovrà essere presentata la relazione annuale, in merito all'attuazione delle attività programmate e ai risultati raggiunti.

Katia Belvedere
dirigente Settore Affari giuridici e legali
Giuseppina Attardo
area di Coordinamento
sistema socio-sanitario

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONTROCANTO

«Ma l'approccio sanitario è vecchio»

di Lucia Matergi *

La salute di genere tra le priorità del sistema socio-sanitario della Regione Toscana: un buon segnale di attenzione alle donne e all'appropriatezza di cura rispetto ai bisogni crescenti di salute delle nostre stressate comunità. Bisogni sanitari e sociali insieme, che richiedono pertanto un approccio fortemente integrato, per cui la tenuta del sistema si misura non solo sul-

le azioni previste, quanto sulla capacità di interazione tra gli ambiti sanitario e sociale.

E se il principio dell'integrazione è valido in generale come garanzia di efficacia, ancora di più deve diventarlo nell'ambito della salute di genere, un concetto che ne amplifica il senso e ne raddoppia il segnale. Se si parla di salute

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Veterinaria: l'Izs al riordino

La Giunta ha approvato lo schema d'intesa tra la Regione Lazio e la Regione Toscana per l'adozione del nuovo testo legislativo recante «Riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana», precisando che l'atto del provvedimento non comporta oneri a carico del Bilancio regionale. L'Istituto, che svolge funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti e che può erogare prestazioni a richiesta di aziende, enti, associazioni, o di altri soggetti pubblici o privati, è un ente tecnico-scientifico erogatore di servizi tecnologicamente avanzati. (Delibera n. 147 del 24 febbraio 2014)

▼ Tatuaggi: nuove regole in pista

La Giunta regionale ha approvato alcune modifiche al regolamento che disciplina le attività di estetica e di tatuaggio e piercing. Il documento si concentra molto sulla qualifica professionale di base di estetista, sulla formazione, sui contenuti formativi e sugli obiettivi di competenza. Ma anche sull'elenco delle attrezzature utilizzabili per l'attività di tatuatore e piercing e sugli elementi di fisica dei laser e apparecchi elettronici a impulsi luminosi per la foto depilazione, sulle caratteristiche delle apparecchiature e sulle tecniche di utilizzo e manutenzione. (Delibera n. 129 del 24 febbraio 2014)

ALL'INTERNO

Riabilitazione in carcere

A PAG. 2

Il piano qualità dell'Ars

A PAG. 4-5

Calano le adozioni

A PAG. 6

MODELLI

A Massa interventi mirati per soggetti disabili e portatori di Hiv



Riabilitazione per i detenuti

Spazi e operatività da ampliare - Attività motoria adattata da avviare

L'Istituto penitenziario di Massa nel 2002 fu individuato sede di riferimento regionale per soggetti disabili autosufficienti, anche transitori, che necessitano di riabilitazione fisica e soggetti affetti da Hiv di livello intermedio. Dal 2003, dopo aver fatto delle migliorie all'ambiente con spazi idonei, sono stati adeguati i locali adibiti per svolgere l'attività di riabilitazione funzionale e seguire i pazienti sieropositivi.

Per ciò che riguarda la riabilitazione funzionale è stata approntata una palestra che ha sede presso i locali dell'infermeria per fare sedute di mobilizzazione passiva, attiva/assistita, esercitazione propriocettiva, esercizio terapeutico conoscitivo, ma anche sedute di terapia strumentale. Il team dei riabilitatori lavora in équipe multi-disciplinare: 2 medici fisiatristi e un fisioterapista, che accedono al carcere con una preparazione omogenea, con una presenza integrata, funzionale, con conoscenza sul luogo, sulle regole della detenzione, sulle indicazioni, sugli obiettivi della loro azione, rappresentando non se stessi ed il proprio sapere generico o specialistico ma indirizzati verso un obiettivo comune, condiviso.

Prima del Dpcm dell'aprile 2008 l'attività veniva svolta, sotto il controllo dell'allora coordinatore dell'area sanitaria, da un fisioterapista e un fisiatra con rapporto orario e libero professionale. Ciò ha consentito di accogliere numerosi detenuti provenienti dagli altri istituti della Toscana e non. Con l'avvento del Dpcm dell'aprile 2008, anche questa funzione è transitata al Ssn, coordinata nei suoi aspetti organizzativi dal responsabile del presidio distrettuale dell'Azienda Usl 1 (Massa Carrara) "Istituto Penitenziario", con il coinvolgimento del personale dell'Unità Funzionale di riabilitazione dell'Asl 1 di Massa e Carrara.

La riabilitazione in carcere non è da tutti e per tutti, occorrono delle qualità umane e capacità di comunicazione e comprensione dei meccanismi particolari che dominano la vita in carcere. Si vogliono dare certezze per limitare o escludere il ricorso all'improvvisazione e offrire al detenuto/paziente un intervento continuativo, non estemporaneo, mirante ad aumentare le potenzialità proprie, con una azione di sistema che vuole uscire dall'impronta



Report attività 2011/2013

Attività (in ogni seduta possono essere erogate più prestazioni)			
Anno	Pazienti seguiti	Sedute riabilitative	Prestazioni erogate
2011	64	778	1.234
2012	64	691	1.128
2013	66	921	1.265

Percorsi assistenziali attivati

Anno	Percorso assistenziale specialistico di medicina fisica	Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione
2011	50	14
2012	60	7
2013	59	7

determinata dalla detenzione.

I percorsi assistenziali. Specialistico di medicina fisica, assistenziale ambulatoriale di riabilitazione e attività motoria adattata - vengono garantiti all'interno della struttura e sono gli stessi garantiti al cittadino libero. Il percorso assistenziale specialistico di medicina fisica riguarda condizioni cliniche acute o in fase di riacutizzazione, suscettibili di modificabilità (senza esiti di disabilità strutturata) attraverso interventi definiti, mentre il percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione riguarda tutti gli stati di salute che hanno determinato una disabilità anche transitoria globale che richiedono, per la complessità del quadro clinico, una presa in carico globale e la predisposizione di programmi di intervento previsti all'interno di un progetto riabilitativo individuale avente gli obiettivi del contenimento della disabilità o per favorire la gestione degli esiti, della prevenzione delle menomazio-

ni secondarie e per contenere e/o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale.

È in via di attivazione il percorso di attività motoria adattata. L'attività svolta nel triennio 2011-2013 ha coinvolto ogni anno 64-66 pazienti erogando mediamente 1.200 prestazioni (1.234 nel 2011; 1.128 nel 2012; 1.265 nel 2013) aumentando le sedute riabilitative (778 nel 2011; 691 nel 2012; 921 nel 2013).

Ma ancora esistono delle criticità, che si spera possano essere risolte, come la dimensione ridotta della palestra, un monte orario ridotto che non consente l'accoglienza di tutte le richieste, il sovraffollamento che incide anche sulla popolazione del carcere di Massa (capienza 175, media presenze 260), mancanza di un budget adeguato da parte della Regione Toscana dedicato a questa attività. Per ciò che riguarda il futuro teniamo presente il progetto legato alla

ristrutturazione di una sezione detenitiva: lo spostamento di tutta la parte sanitaria e la creazione di una nuova palestra adeguata ai trattamenti riabilitativi; otto camere per piano (disposte su tre piani), collegate da un ascensore, appositamente arredate per permetterne l'utilizzo da parte di soggetti disabili per un totale di 48 posti.

Purtroppo è tutto bloccato per vicende giudiziarie e altre carenze strutturali, in via di definizione.

Per ciò che riguarda l'attività relativa ai pazienti sieropositivi per Hiv di livello intermedio, nell'Istituto penitenziario di Massa erano stati identificati otto posti letto, non necessariamente nei locali di degenza dell'infermeria in quanto, a meno che non ricorrano gravi situazioni cliniche, si preferisce la socializzazione e non la ghettizzazione di tali pazienti. Sono stati effettuati degli incontri con la popolazione detenuta, nel passato, per cercare di spiegare che cosa è

l'infezione da Hiv, e le modalità con cui è possibile contrarre l'infezione, ma purtroppo continuano a esservi pregiudizi e non solo nella popolazione ristretta. Già prima dell'identificazione dell'istituto per questa funzione era attiva una proficua collaborazione con un medico specialista in infettivologia del reparto malattie infettive dell'ospedale di Massa sia per un primo inquadramento diagnostico terapeutico (a tutti i nuovi giunti viene proposto di eseguire il test per l'Hiv con un'adesione intorno al 100%) che per un adeguato follow up, collaborazione divenuta ancor più stretta dopo il 2003.

Prima del Dpcm dell'aprile 2008 non tutti gli istituti penitenziari della Toscana avevano a disposizione un servizio di infettivologia per cui soggetti sieropositivi per Hiv venivano inviati presso il nostro istituto dove avveniva un inquadramento diagnostico e terapeutico e, dopo un certo periodo di permanenza, quando la situazione clinica si era stabilizzata, rientravano nell'istituto di provenienza. Nel periodo compreso fra il 2003 e il 2008 sono stati seguiti 53 pazienti ristretti sieropositivi per Hiv, di cui 45 inviati da altri istituti della Toscana. Questi pazienti al loro arrivo venivano presi in carico dal reparto di malattie infettive in collaborazione col servizio sanitario interno, che provvedeva anche alla fornitura di farmaci.

Col Dpcm 2008 il reparto di malattie infettive è praticamente entrato all'interno della struttura, ma questo non ha cambiato nulla da un punto di vista organizzativo, perché sono state confermate le modalità già in essere. Col passaggio al Ssn sono diminuiti gli invii di soggetti affetti da malattia da Hiv, avendo quasi tutte le aziende personale adeguato a seguire questa patologia infettiva, per cui gli invii si sono notevolmente ridotti (sono tre, quattro all'anno).

Franco Alberti
responsabile Presidio sanitario
distrettuale Azienda Usl 1 Massa
Carrara - Istituto penitenziario
Elena Fiaschi
direttore Uoc Recupero
e riabilitazione funzionale aziendale
Massimo Santini
Responsabile Uf Recupero
e riabilitazione funzionale
Zona della Lunigiana

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

te, infatti, ormai è consolidata la definizione dell'Oms, cioè che essa consiste in uno stato di benessere non solo fisico ma psichico e sociale. Aggiungendo la determinazione "di genere", per antonomasia femminile (anche su questa accezione escludente ci sarebbe da discutere), è evidente che il determinante sociale acquisisce un ruolo decisivo e l'impegno verso la rimozione degli agenti di dipendenza, a partire da quella economica, diventa la cartina di tornasole non solo dell'efficacia degli interventi di cura, quanto dell'effettiva volontà di azione incisiva. La Regione Toscana decide di assumere il tema come priorità rinunciando a un approccio innovativo, anzi riportando la questione nei vecchi termini di sanità come vero

asse portante della salute. Si tratta di una decisa virata sulla linea della sanitarizzazione, tanto che le uniche indicazioni operative riguardano le strutture ospedaliere, gli operatori e gli interventi sanitari.

Cosa sempre utile, ma sul solco di quanto le donne della Toscana fanno e fanno, visto che di norma più dei loro partners si sottopongono a screenings, accettano le terapie, si curano, insomma, se per cura si intende la strada breve per risolvere lo stato di impedimento fisico allo svolgimento dei compiti culturalmente loro assegnati, a partire dalla cura degli altri. Se le percentuali della cronicità pendono dalla parte femminile, forse è un problema di attesa di vita, ben più lunga nella donna, che per questo è

più soggetta alle malattie tipiche dell'età avanzata.

Una delibera impropria, dunque? Certamente no, se anche l'Oms prescrive l'attenzione alla salute delle donne per ridurre le disuguaglianze di genere. Io credo che iniziare dalle misure per ridurre le disuguaglianze sarebbe il percorso corretto per parlare di salute. Il suggerimento politico è quello di dare forza ai modesti accenni in tal senso contenuti nella delibera, per segnare un cambio di passo nella concretezza. Di questa le donne, non solo toscane, hanno bisogno.

* consigliera Pd Regione Toscana, membro della IV Commissione "Sanità e Politiche Sociali"

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'uomo è stato troppo... (segue dalla prima pagina)

coordinando le aziende sanitarie e in raccordo con i diversi soggetti interessati, una serie di azioni tra cui quella di promuovere e individuare all'interno delle strutture sanitarie pubbliche percorsi che garantiscano la presa in carico della persona tenendo conto della differenza di genere al fine di ottenere una sempre maggiore appropriatezza e personalizzazione della terapia.

Ma anche ricercare percorsi ottimali per sensibilizzare e per formare gli operatori sanitari verso il determinante genere per garantire equità di approccio diagnostico, valutativo e terapeutico; sviluppare ricerche finalizzate a mettere in atto soluzioni specifiche di genere nel campo dei fattori di rischio e della prevenzione prima-

ria e secondaria della cura delle malattie; sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi; incentivare e valorizzare gli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce delle patologie attraverso la sempre maggiore diffusione dei programmi di screening, in particolare del pap test, della mammografia e della prevenzione delle malattie cardiovascolari; e infine, dare organicità alle esperienze già intraprese e consolidate nel territorio toscano a partire dal Codice Rosa.

* responsabile
"Commissione permanente
per le problematiche
della Medicina di genere" Csr -
Regione Toscana

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SSR AI RAGGI X Arezzo: l'ospedale S. Donato sede del servizio interamente centralizzato

Anatomia patologica unica



In arrivo nuove tecnologie diagnostiche molecolari e telepatologia

Presto all'Ospedale S. Donato di Arezzo si concentrerà tutta l'attività programmata di anatomia patologica, che si occupa di analizzare i tessuti umani, prelevati dal corpo dei pazienti. Presto andrà in porto l'unificazione di questo servizio, dopo che l'intero reparto è stato completamente ristrutturato, ampliato e messo in sicurezza sotto il profilo degli impianti e della strumentazione, tutta revisionata. Il tema è stato trattato a lungo. Sul piano politico, su quello organizzativo e adesso anche su quello sindacale. Dopo una prima informativa generale, arriverà sul tavolo la proposta operativa che sarà discussa, ovviamente, anche con il personale.

Ormai da anni il laboratorio di analisi che serve l'intera utenza della Provincia di Arezzo è concentrato al San Donato. Il volume di lavoro riguarda milioni di esami annui e ogni giorno dalle diverse sedi arrivano centinaia e centinaia di provette, si elaborano i contenuti, si producono le risposte che in pochissimo tempo (per via telematica) tornano al punto di partenza. Gli utenti dell'intera Provincia non si sono praticamente mai accorti che negli anni erano stati chiusi uno a uno i laboratori nelle sedi delle quattro vallate e concentrati su Arezzo. I risultati ottenuti con la nuova e attuale organizzazione, confermano invece la validità di quella scelta su più fronti: la sicurezza dei risultati, la capacità di eseguire esami anche più complessi (a disposizione di tutti) e una organizzazione del lavoro capace di garantire risposte anche in momenti di particolare aumento delle richieste o nei periodi in cui il personale deve fare i turni per le ferie o coprire le assenze per ma-

Controlli a tappeto sulle case di accoglienza per anziani

Per far fronte ai problemi di solitudine di anziani la cui rete familiare è assente o impossibilitata a prestare le cure adeguate che la fragilità dell'invecchiamento porta con sé, la Regione Toscana ha previsto forme di accoglienza comunitaria, in gruppi appartamento, sino a otto persone, cui gli anziani possono rivolgersi. Requisito essenziale per poter essere accolti in questi appartamenti (comunità familiari), è l'autosufficienza dell'anziano.

Un requisito, questo, spesso disatteso e dimostrato dai risultati dell'attività di verifica e controllo che svolge la Commissione multidisciplinare della Asl 8, della quale si avvale il Comune di Arezzo per verificare che agli anziani sia assicurata una qualità di vita e di assistenza appropriata e adeguata.

Nel corso dell'anno 2013 sono stati effettuati dalle commissioni 35 sopralluoghi per vigilare sul possesso dei requisiti: una attività a tutela degli ospiti e del rispetto delle regole della concorrenza. Controlli che hanno porta-

to a una serie di conseguenze: in Valdarno la comunità familiare ha cessato la sua attività subito dopo aver dichiarato l'avvio di esercizio a seguito della documentazione presentata alla commissione multidisciplinare; in Valdichiana 5 sono attive, mentre una è stata chiusa dopo il sopralluogo per mancanza di requisiti; ad Arezzo su 23 comunità familiari, 17 sono attive e monitorate, 6 sono state chiuse (tre con ordinanza del Comune e 3 per autonoma decisione dei gestori dopo il sopralluogo).

In tutti i casi in cui è scattata la chiusura ad Arezzo e in Valdichiana, è stato rilevato la mancanza del requisito di utenza accolta: persone maggiorenni autosufficienti. La commissione ha quasi sempre rilevato che gli anziani ospitati non erano autosufficienti, pertanto non idonei a essere ospitati in strutture con servizi a bassa intensità assistenziale. I gestori hanno sempre preso atto, assistiti da uffici legali di fiducia, della correttezza della attività della commissione multidisciplinare.

lattie. Nei singoli ospedali della Provincia sono rimasti comunque piccoli laboratori con strumenti e tecnici in grado di eseguire le eventuali analisi urgenti e gli esami di routine per i degenti.

Di questo accentramento si era iniziato a discutere addirittura nel 2005. Poi i tempi di attuazione sono stati più lunghi, anche per la necessità di ristrutturare il centro di Arezzo. Esempi di operazioni analoghe, al di là del laboratorio analisi, sono ormai compiuti un po' in tutta Italia, dove ogni Asl, e a volte ogni Area vasta, concentrano i laboratori per ragioni di sicurezza, di maggiore produttività e anche di costi. Il tutto senza alcuna conseguenza negativa per gli utenti e per le strutture sanitarie che usu-

fruiscono di questo servizio.

La decisione di eseguire il trasferimento è di due anni fa. L'intero progetto è stato portato alla sua fase finale anche con il coinvolgimento della conferenza dei sindaci del Valdarno. Gli amministratori dei Comuni della vallata hanno messo sul piatto la richiesta di non avere alcun decadimento delle prestazioni per i cittadini del Valdarno. Su questo fronte va invece detto che la concentrazione su Arezzo di gran parte degli impianti e del personale consentirà alla struttura di introdurre "tecnologie molecolari" per la diagnostica dei tumori, oggi impensabili. Una nuova frontiera verso la quale la ricerca e la scienza indirizza le nuove cure. Oggi le richieste di questa natura

devono essere trasferite presso altri centri. Fra poche settimane si eseguiranno ad Arezzo (per l'intera Provincia) con una diminuzione di tempi di attesa per le risposte e un non meno importante risparmio economico.

Ma c'è anche dell'altro. Sta per prendere il via la "telepatologia", cioè la trasmissione di dati per via telematica per trasmettere gli esami a distanza e ottenere così una "second opinion" sia a livello aziendale che con altri centri collegati in Italia e fuori: una grande ulteriore garanzia. Questo consentirà, sostanzialmente, di poter dare, quando necessario, una doppia lettura alle analisi eseguite nei diversi ospedali. Aumentano così qualità e sicurezza.

Su Arezzo saranno concentrate tutte le analisi programmate. Ma alla Gruccia resterà attivo il laboratorio per l'attività intraoperatoria. Tecnico e medico saranno presenti nell'ospedale del Valdarno per garantire analisi immediate di anatomia patologica nel corso di ogni intervento chirurgico. Con la telepatologia si potrà poi avere, se necessaria, anche una "second opinion" da parte dei colleghi aretini. Telepatologia che, come avviene per tutte le altre diagnostiche, sarà poi collegata alla rete regionale per ampliare ancor più la possibilità di trasmissione e di confronto dei dati.

Insomma, l'operazione di unificazione della anatomia patologica, sulla cui realizzazione ed evoluzione erano tutti a conoscenza da anni, giunge a completamento. Per i cittadini non solo non cambierà nulla, ma ci saranno importanti miglioramenti che non riguarderanno solo il Valdarno, ma l'intera azienda. Il progetto non prevede la chiusura dell'anatomia patologica dell'ospedale di Santa Maria alla Gruccia, ma una riorganizzazione delle funzioni che destina nel Valdarno il centro per gli screening oncologici di tutta la Provincia e i controlli di routine di anatomia patologica destinati all'ospedale San Donato. L'operazione non solo non ha motivo di essere oggi contestata con motivazioni ormai superate, ma, a parere dell'azienda, va salutata come una grande opportunità di crescita professionale per il personale e di risultati per la ricerca e l'attività diagnostica di così grande importanza e valore.

a cura di
Pierluigi Amorini
 ufficio stampa Asl 8 Arezzo

VERIFICHE TRA GLI ALLIEVI DELLE SCUOLE ELEMENTARI NEL VALDARNO E NELL'ARETINO

Screening cardiologico per i bambini

A 21 bambini di 8-9 anni su 207 che frequentano le classi terze delle scuole elementari di San Giovanni Valdarno, Castelfranco e Piandiscò (nell'Aretino), uno screening cardiologico ha permesso di individuare delle anomalie di funzionamento del cuore. Di queste solo due possono essere tali da provocare nel corso della vita problemi seri. Ma in tutti i 21 casi è stato deciso di sottoporre il problema alla attenzione delle famiglie e dei pediatri suggerendo ulteriori accertamenti.

È sulla base di questi risultati che il Comune di San Giovanni, la Asl 8 di Arezzo, la Conferenza dei sindaci, l'Istituto radiologico e fisioterapico del Valdarno, con la collaborazione dei pediatri e delle associazioni di volontariato hanno deciso di portare questo progetto di screening a livello prima di zona Valdarno e poi dell'intera Provincia, con il consenso anche dell'ufficio scolastico provinciale (ex provveditorato). L'iniziativa è stata presentata negli scorsi giorni illustrando come è nata l'idea, frutto della iniziale collaborazione del Comune di San Giovanni e dell'Istituto radiologico, con la supervisione del distretto sanitario. Una azione che è stata articolata con sedute autorizzate dagli stessi genitori ai quali con una lettera è stato dapprima proposto l'esame di screening (un elettro-

cardiogramma da eseguire direttamente presso la scuola) e poi con un video proiettato e spiegato nelle classi ai bambini, affinché loro stessi comprendessero l'importanza di questa azione.

Un esame semplice, ma che ha permesso alla fine di stilare un report di grande interesse scientifico. «Da anni portiamo avanti la campagna per la diffusione dei defibrillatori nei luoghi di sport, di comunità, di grande presenza di pubblico - ha spiegato Massimo Mandò, direttore del Dipartimento emergenza-urgenza della Asl 8 -. Una azione di prevenzione secondaria, mentre quello che viene fatto nelle scuole è una prevenzione primaria, che anticipa il più possibile eventi critici per il cuore». Un progetto che la Asl 8 aretina adesso fa proprio mantenendo in Valdarno la "testa" per l'esperienza maturata.

Una volta eseguiti gli screening, i risultati vengono inviati alla famiglia e al pediatra che ha in carico il bambino. Nella maggior parte dei casi è stata una risposta in cui si accertava che l'elettrocardiogramma aveva dato esito negativo e nulla si evidenziava di anomalie nel funzionamento del muscolo cardiaco. Ma in 21 casi a genitori e pediatria è stato fornito l'elettrocardiogramma,

con la refertazione e l'invito ad esaminare l'opportunità di svolgere ulteriori esami e di tenere sotto controllo il piccolo.

«La collaborazione diretta con la pediatria - ha spiegato Anna Domenichelli, direttore della Zona Distretto del Valdarno - è fondamentale e, a parer nostro, dovuta. È questa figura professionale che si prende carico in prima battuta della salute del bambino. Quasi tutti i pediatri che hanno ricevuto la lettera, in accordo con le famiglie, hanno eseguito ulteriori accertamenti. Anche per evitare allarmi fuori luogo, va detto che nella stragrande maggioranza dei casi si è trattato di anomalie tipiche di quella età e che non inficiano il funzionamento del cuore. In un paio di casi, invece, si era di fronte a patologie che sono quelle che negli anni portano non raramente a un arresto cardiaco. E gli ulteriori accertamenti hanno consentito di stabilire che questi bambini avevano nelle loro famiglie casi di persone con patologie cardiovascolari - conclude Domenichelli -. Quindi una familiarità, che è bene conoscere fin da piccoli per prendere le dovute precauzioni. A 8 anni ancora non si fanno attività agonistiche importanti, Ma da 10 in poi sì. E proprio l'attività sportiva aumenta, in soggetti con

queste patologie, del 25% il rischio di malfunzionamento del cuore, a volte, come abbiamo visto in tanti casi, con conseguenze nefaste».

Enzo e Marco Venanzi dell'Istituto radiologico Valdarno hanno espresso, oltre alla soddisfazione per i risultati ottenuti, la volontà di proseguire nella collaborazione con i Comuni e con la Asl aretina per una diffusione capillare di questa iniziativa. E presto proporranno di fondare una associazione in grado di prendersi carico del progetto stesso e svilupparlo.

Il Valdarno sarà il primo Distretto ad attivarsi per un screening cardiologico nelle terze elementari fin da quest'anno. E i cinque distretti sanitari in cui è suddivisa l'Azienda sanitaria locale di Arezzo lavoreranno da subito per avviare analoghi progetti nel resto della Provincia: qualcuno inizierà nel 2014, altri nel 2015. Il tutto con la collaborazione delle associazioni di volontariato (Misericordie, Croce rossa e Pubbliche assistenze) - che nelle loro sedi e ambulanze hanno già gli strumenti per realizzare elettrocardiogrammi e personale ormai formato - grazie alle quali non sarà poi così complesso organizzare una azione a tappeto. Coinvolta nel progetto anche l'area Cardiologica della Asl 8, pronta a intervenire di fronte alla scoperta di casi e anomalie più importanti.



Ecco il piano qualità dell'Ars

Indicatori per ogni priorità: dal riordino del 118 al contenimento dei costi

Pubblichiamo la delibera n. 80 approvata dalla Giunta regionale della Toscana il 10 febbraio scorso che contiene l'«Approvazione del Piano della qualità della prestazione organizzativa per il 2014 dell'Agenzia regionale di Sanità».

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 recante "Disciplina del servizio sanitario regionale", così come in parte modificata dalla Legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 "Legge Finanziaria per l'anno 2011", che dall'articolo 82 all'articolo 82 novies decies disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia regionale di sanità (Ars);

Visto il Capo III bis del regolamento di attuazione della Legge regionale n. 1 dell'8 gennaio 2009, come modificato con Dpgr 14 febbraio 2011 n. 61R e in particolare l'articolo 28 quinquies che prevede che con propria deliberazione la Giunta approvi il Piano della qualità della prestazione organizzativa, documento programmatico annuale con proiezione triennale;

Rilevato che con la delibera n. 314/2012, con la quale si è approvato il Piano della qualità della prestazione organizzativa 2012, la Giunta regionale ha assunto l'indirizzo che gli enti dipendenti si dotino, annualmente, del Piano della qualità della prestazione organizzativa nell'ambito delle indicazioni rilasciate per la sua formulazione;

Preso atto del Piano della qualità della prestazione organizzativa 2014 (allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto) predisposto da Ars al termine di un percorso

24 ORE

Sanità

direttore responsabile

ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore

ROBERTO TURNO

comitato scientifico

Valterio Giovannini
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 8 del 4-10 marzo 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

condiviso che ha coinvolto la Direzione generale di riferimento (Dg. "Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale"), la Direzione generale presidenza e l'organismo indipendente di valutazione, e rilevato che in esso sono definiti gli obiettivi, gli indicatori e i valori di riferimento su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione dei risultati organizzativi dell'ente e relativi alla performance del direttore dell'Agenzia;

Preso atto della Relazione descritta degli obiettivi prioritari dell'Agenzia in cui sono illustrati gli elementi di contesto rispetto ai quali si esplicano le attività e gli obiettivi prioritari per l'anno di riferimento (allegato B, parte integrante e sostanziale del presente atto);

Considerato, inoltre, che il Piano di cui al punto precedente risulta coerente con gli obiettivi strategici sui quali opera la Direzione generale competente per materia (Dg. "Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale") e con le linee programmatiche di attività dell'Agenzia;

Rilevata la possibilità di prevedere di riformulare gli obiettivi strategici e gli indicatori di cui all'allegato Piano in dipendenza di eventuale mutamenti nel contesto esterno e interno di riferimento (finanziario, economico e organizzativo);

Richiamata la deliberazione di Giunta regionale n. 727 del 29 agosto 2011 che stabilisce, tra l'altro, che l'Organismo indipendente di valutazione (Oiv) svolga le proprie funzioni per la Giunta regionale e per gli enti dipendenti;

Considerata, infine, la necessità di promuovere l'integrazione tra la normativa circa la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'intero sistema della performance;

Visto il parere del Comitato tecnico di direzione espresso nella seduta del 06/02/2014;

A voti unanimi

DELIBERA

1) di approvare il Piano della qualità della prestazione organizzativa di Ars e gli obiettivi strategici ivi contenuti, così come riportato nell'allegato "A" denominato "Piano della qualità della prestazione organizzativa 2014" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente delibera;

2) di approvare la Relazione descrittiva degli obiettivi prioritari dell'Agenzia in cui sono illustrati gli elementi di contesto rispetto ai quali si

esplicano le attività e gli obiettivi prioritari per l'anno di riferimento, così come riportato nell'allegato "B" denominato "Relazione descrittiva 2014" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente delibera;

3) di stabilire che Ars concluda, in coerenza con i contenuti della presente deliberazione, l'intero processo di programmazione degli obiettivi nei propri documenti di programmazione pluriennale e annuale, secondo una logica "a cascata", fino all'assegnazione degli obiettivi individuali per la dirigenza e tutto il personale, entro il mese di febbraio corrente;

4) di prevedere la possibilità di formulare gli obiettivi di cui all'allegato Piano in dipendenza di eventuali mutamenti nel contesto esterno ed interno di riferimento (finanziario, economico e organizzativo);

5) di specificare, nell'ambito dell'integrazione tra la normativa circa la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'intero sistema della performance, che il verificarsi di comportamenti contrari a quanto stabilito entro la normativa citata saranno considerati quali criteri nell'ambito della valutazione della prestazione individuale;

6) di trasmettere all'Organismo indipendente di valutazione la presente delibera;

7) di disporre la pubblicazione sul sito internet dell'Agenzia della presente delibera, completa degli allegati, al fine di garantire la necessaria trasparenza e accessibilità della documentazione.

ALLEGATO A
Il piano della qualità della prestazione organizzativa 2014
(ex art. 28 quinquies del regolamento di attuazione della Lr 1/2009)

1. Premessa

Il presente Piano della qualità della prestazione organizzativa (di seguito denominato anche "Piano") è predisposto in attuazione delle disposizioni contenute nel Regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 24 marzo 2010, n. 33/R (Regolamento di attuazione della legge regionale 8 gennaio 2009, n. 1 "Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale") e successive integrazioni.

Il Piano rappresenta pertanto il punto di partenza dell'intero ciclo di programmazione, misurazione e valutazione delle prestazioni di tutta l'Agenzia. È in stretta connessione con le funzioni attribuite dalla Lr 40/2005 e ss.mm. e si colloca

nell'ambito degli strumenti di programmazione e, in particolare, in connessione con il Programma di attività per l'anno 2014 e pluriennale 2014-2016, approvato con deliberazione n. 2 del 30/09/2013 dal Comitato di indirizzo e controllo dell'Ars.

Il Piano è un documento programmatico adottato in coerenza con i contenuti, gli strumenti e la programmazione dell'Agenzia regionale di sanità (di seguito denominata Agenzia e/o Ars). Vi sono contenuti gli indirizzi e gli obiettivi attribuiti alle varie strutture, da cui scaturiscono i piani di lavoro e conseguentemente gli obiettivi individuali dei dirigenti e a cascata di tutto il personale.

2. Quadro Organizzativo

2.1 - L'Agenzia: chi siamo

L'Agenzia è un ente di consulenza della Regione Toscana, che svolge prevalentemente attività di supporto scientifico in ambito socio-sanitario sia per la Giunta regionale che per il Consiglio regionale. È finanziata ordinariamente dal Piano sanitario e sociale integrato e ha una propria autonomia amministrativa, organizzativa e contabile.

È stata istituita nel 1998 con la legge regionale n. 71 ed è stata poi riordinata con la Lr n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale) del 24 febbraio 2005 e successive modifiche, che ne ha fissato in via definitiva i compiti, le funzioni e la struttura organizzativa.

L'Agenzia svolge attività di studio e ricerca in materia di epidemiologia attraverso analisi, proposte e valutazioni che hanno come oggetto lo stato e i bisogni di salute dei cittadini toscani. Si occupa inoltre di verificare la qualità dei servizi socio-sanitari regionali e l'equità di accesso ai servizi stessi da parte della popolazione toscana, con l'obiettivo di promuovere il miglioramento.

L'attività dell'Agenzia è indirizzata verso tematiche di ambito socio-sanitario, ma l'Ars non è un ente del Servizio sanitario regionale e quindi non eroga prestazioni. Con la propria attività di ricerca fornisce informazioni e strumenti a supporto della programmazione regionale e dei processi decisionali e di rinnovamento organizzativo, sia di livello regionale che locale. Secondo il combinato disposto degli articoli 82, 82-bis, 82-ter e

82-novies decies della suddetta Lr 40/2005, l'Agenzia è autorizzata ad accedere a tutti i flussi di dati a carattere regionale attinenti alla salute e al benessere sociale, ovunque collocati, per scopi di ricerca scientifica, specificando i tipi di dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite.

2.2 - L'Agenzia: personale e risorse finanziarie

L'assetto dell'Agenzia, ridefinito dalla legge regionale n. 65/2010 (Finanziaria regionale per il 2011) prevede attualmente tre organi: il direttore, il Comitato di indirizzo e controllo e il Collegio dei revisori dei conti. L'Agenzia, da un punto di vista operativo, risulta articolata in tre strutture organizzative: la Direzione, l'Osservatorio di Epidemiologia e l'Osservatorio per la Qualità e l'Equità.

Al 31/12/2013 risultano complessivamente in servizio n. 53 dipendenti (compreso il personale a tempo determinato), suddivisi come descritto nella tabella che segue, dove sono evidenziate le differenze tra il personale in servizio entro l'Agenzia, con l'analogo quadro conoscitivo riferito al precedente biennio (tabella 1).

Si rileva a tutt'oggi l'assenza tra il personale in servizio del Coordinatore dell'Osservatorio di Epidemiologia, in seguito alla nomina del precedente coordinatore a direttore dell'Agenzia Piano della qualità della prestazione organizzativa 2014 (decreto presidente della Giunta regionale n. 167 del 12/10/2011). Nel quadro sopra descritto risulta vacante anche un'unità di cat. B cessata dal servizio per decesso; sono in corso le procedure per la riassunzione, poiché trattati di assunzione obbligatoria ex L. 68/1999.

Dal punto di vista di genere, si registra una prevalenza del personale femminile in tutte le aree di attività e in tutto il triennio considerato. In media il 67,3% del totale dei dipendenti è di sesso femminile (72,3% del totale nel comparto). Nella dirigenza si registra una presenza tutta maschile, dato in contro tendenza rispetto al passato (2010 e anni precedenti).

(...omissis...)

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

Distribuzione personale ente									
Strutture	Al 31/12/2011			Al 31/12/2012			Al 31/12/2013		
	Comparto	Dirigenza	Totale	Comparto	Dirigenza	Totale	Comparto	Dirigenza	Totale
Direzione	27	1	28	27	1	28	27	1	28
Osservatorio di Epidemiologia	14	2	16	16	2	18	14	2	16
Osservatorio Qualità e Equità	8		8	8	1	9	8	1	9
Totale	49	3	52	51	4	55	49	4	53

4-10 marzo 2014

24 ORE

Sanità

TOSCANA

5

ILLUSTRAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELL'AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ PER L'ANNO 2014

Obiettivo 1: Le nuove Relazioni sanitarie aziendali e regionale annuale
Risultato atteso 1) Produzione dello schema della nuova relazione sanitaria aziendale e della nuova relazione sanitaria regionale annuale attraverso l'implementazione dei dati base che consenta l'analisi geografica dei confronti tra Asl, con il coinvolgimento delle DG/DS delle Aziende Asl e Aou, le epidemiologie aziendali, la Dg Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale e MeS. 2) Produzione del documento "Relazione sanitaria regionale 2009-2013"

Contestualizzazione e descrizione del risultato atteso
L'obiettivo si propone di produrre lo schema e gli indicatori per una nuova Relazione Sanitaria delle Asl/Aou (Rs-Asl) e una nuova Relazione sanitaria regionale (Rs-Rt) a cadenza annuale. A questo si aggiunge la produzione della "Relazione sanitaria regionale 2009-2013".

La Rs-Asl attualmente prevista dalla Lr 40/2005 impegna per la redazione una quota assai rilevante di risorse di personale di numerosi settori ed uffici delle Asl/Aou per circa 2-3 mesi. L'obiettivo è di ridurre al massimo il carico di lavoro utilizzando dati e indicatori elaborati dai flussi regionali Doc e dalle banche dati della regione toscana o di Enti e Istituti collegati e messi a disposizione sul sito web dell'Ars. Sono prodotti indicatori di base obbligatori e facoltativi, compresa la loro rappresentazione in Tabelle e Grafici, disaggregati a livello di Asl. Per ciascun indicatore, il parametro principale di riferimento è quello medio regionale. In ciascuna Asl/Aou, il responsabile dell'elaborazione della Rs-Asl concentra la sua attenzione e tempo solo nella redazione del commento a tabelle e grafici e sulle specificità occorse nell'anno di riferimento. La Bozza di Schema della Rs-Asl è proposta da un gruppo tecnico di lavoro di Ars e delle Asl che si occupa della relazione in vigore (prevalentemente Uo di Epidemiologia o dello Staff delle direzioni aziendali). Questa viene poi discussa ed implementata con la Dg Salute e con i Dg/DS delle Asl/Aou (entro giugno). Entro dicembre 2014 è prodotto l'Allegato tecnico definitivo con le specifiche indicazioni e raccomandazioni per tutte le Asl/Aou. Con questo nuovo schema di Rs-Asl, a maggio-giugno di ciascun anno è disponibile per ogni Asl/Aou una sintesi del quadro demografico e di salute della popolazione di riferimento, la dotazione di personale, attrezzature e risorse economiche gestite nel corso dell'anno, i volumi di attività svolti, gli esiti clinici, le performance e le specificità occorse nell'anno. La misura del successo della nuova Rs-Asl è rappresentata dalla redazione di un testo di dimensioni molto ridotte, facilmente leggibile e intellegibile, basato prevalentemente su immagini e che ha impegnato solo 1/3 del tempo-uomo utilizzato nella redazione della versione precedente. Qui si propone anche una nuova versione a cadenza annuale della Rs-Rt, snella e comunicativa, che riporti a giugno di ciascun anno, e per ciascuna Asl/Aou una sintesi dell'anno precedente relativamente agli aspetti demografici ed epidemiologici, alle politiche sanitarie, ai volumi di attività, agli outcome e alla performance, sul modello simile a quello della Rs-Asl, ma valorizzando il confronto con i dati nazionali e delle altre Regioni. Questo obiettivo è stato oggetto di attenzione e di più tentativi non riusciti nel passato. Ciò a causa della difficoltà di concordare con molti Enti ed Istituzioni la predisposizione di dati contenuti in archivi eterogenei e non facilmente accessibili. Per la redazione del documento occorre la collaborazione operativa di numerosi soggetti e l'analisi di dati ancora non allineati e coerenti tra loro. La possibilità di unificare e centralizzare le informazioni, di concordare indicatori di monitoraggio di processo ed esito delle attività sanitarie e di definire uno strumento agile, chiaro e tempestivo delle attività svolte dalle Asl e in Regione, rappresenta pertanto un obiettivo di complesso raggiungimento. La Rs-Rt è attualmente prevista per Ars dalla Lr 40/2005 ogni 5 anni, in concomitanza con la durata della legislatura. Entro dicembre 2014 Ars si impegna a produrre la "Relazione sanitaria regionale 2009-2013".

Commento sulla modalità di calcolo dell'indicatore
La redazione della proposta di nuova Relazione sanitaria aziendale e di quella regionale annuale richiede di effettuare la condivisione con numerosi partner dell'indice delle relazioni e degli indicatori. Le bozze dei documenti contenenti l'indice e gli indicatori della nuova Relazione sanitaria aziendale e gli indici e gli indicatori della nuova Relazione sanitaria regionale a cadenza annuale sono predisposte entro giugno 2014. Entro dicembre 2014 sono prodotte gli allegati tecnici definitivi, con indici ed indicatori concordati, sia della nuova Relazione sanitaria aziendale che della nuova Relazione regionale annuale. Entro dicembre 2014 è prodotto anche il testo completo della "Relazione sanitaria regionale 2009-2013".

Commento sul valore target e benchmark
Né per gli indicatori di processo né per quello finanziario di cui al presente risultato atteso si ritiene possibile identificare indicatori benchmark.

DG/altri Enti coinvolti nel risultato atteso	
Note:	
Struttura	Indicatore (proposto)
Dg Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale	- condivisione degli indici delle relazioni e degli indicatori entro giugno 2014 e produzione della Relazione sanitaria regionale 2009-2013 entro dicembre 2014
Asl e Aou toscane (Direzioni aziendali e sanitarie, Servizi di Epidemiologia e per la Qualità, Dipartimenti di prevenzione)	- produzione e condivisione degli indici delle relazioni e degli indicatori entro giugno 2014
Ispo (Registro regionale di mortalità, valutazione screening oncologici)	- produzione di indicatori adatti alle relazioni entro giugno 2014
MeS (sistema valutazione performance), Centro regionale per la gestione del rischio clinico	- produzione di indicatori adatti alle relazioni entro giugno 2014

Obiettivo 2: Monitoraggio effetti riorganizzazione centrali 118
Risultato atteso: Valutazione di impatto sanitario e organizzativo nel sistema emergenza-urgenza correlato alla riduzione da 12 a 6 centrali del 118

Contestualizzazione e descrizione del risultato atteso
Questo obiettivo mira a produrre un Rapporto tecnico-scientifico in cui si evidenzia cosa potrebbe cambiare nell'assistenza sanitaria dei cittadini toscani e negli esiti clinici adottando una organizzazione dei servizi del 118 basata su 6 centrali operative rispetto alle attuali 12. Si tratta di evidenziare scenari di esito e criticità correlati alla riorganizzazione dei servizi di emergenza-urgenza identificati dalla Delibera della Rt del 16 dicembre 2013, in cui è stata definita la riduzione delle centrali del 118, portandole da 12 a 6. I dati attualmente a disposizione di Ars sono relativi agli accessi ai pronto soccorso ed ai reparti di degenza. Sono accessibili anche alcuni dati delle centrali 118. Nel loro insieme, però, queste fonti informative contengono dati la cui qualità è ancora poco conosciuta e sono tra di loro integrabili solo parzialmente. Per rispondere all'obiettivo è perciò necessario lavorare sui prodotti informatici di questi archivi ed è utile acquisire anche nuove informazioni dalle associazioni di volontariato che operano nel sistema dell'emergenza-urgenza. L'obiettivo cerca di evidenziare cosa accade nelle prestazioni sanitarie e negli esiti di salute a seguito della riorganizzazione delle centrali del 118, con particolare attenzione ai volumi delle prestazioni e ad alcuni indicatori di qualità dei servizi, anche confrontando i livelli raggiunti prima e dopo la riorganizzazione. La complessità delle banche dati relative ai trattamenti in regime di emergenza-urgenza, oltre alla frammentarietà delle informazioni in possesso ai servizi di trasporto del volontariato sociale, rende l'obiettivo di difficile completamento.

Commento sulla modalità di calcolo dell'indicatore
Per produrre il Rapporto è necessario effettuare una valutazione della qualità delle banche dati disponibili e della loro integrabilità, anche attraverso procedure di record linkage. È necessario anche svolgere incontri con i responsabili e con i tecnici informatici delle centrali 118 e con i responsabili dei sistemi di trasporto in emergenza-urgenza. Entro aprile 2014 è possibile acquisire informazioni, dati e consulenze tecniche dagli operatori del 118, del volontariato dell'emergenza-urgenza e dalla Commissione del Consiglio sanitario regionale, mentre entro giugno del 2014 è possibile produrre la sezione dei metodi e materiali utilizzati per l'obiettivo, con una valutazione di affidabilità dei dati e con una proposta di indicatori di monitoraggio concordati con i principali attori del sistema emergenza-urgenza. Entro dicembre 2014 è prodotta la versione finale concordata con la Dg Diritti di Cittadinanza e coesione sociale del Rapporto.

Commento sul valore target e benchmark
Né per gli indicatori di processo né per quello finanziario di cui al presente risultato atteso si ritiene possibile identificare indicatori benchmark.

DG/altri Enti coinvolti nel risultato atteso	
Note:	
Struttura	Indicatore (proposto)
Dg Diritti di Cittadinanza e coesione sociale	- condivisione degli indicatori entro 30/6/2014
Consiglio sanitario regionale - Commissione emergenza-urgenza	- valutazione dei materiali e metodi entro aprile 2014
Asl (Dipartimento emergenza-urgenza, 118)	- predisposizione delle banche dati nel formato necessario all'obiettivo entro aprile 2014
Associazione Esculapio (Anpas, Misericordie)	- produzione di informazioni pertinenti entro aprile 2014

Obiettivo 3: Dai dati alle decisioni

Risultato atteso: Effettuare le valutazioni epidemiologiche e sui servizi sanitari richieste dalla Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale utili per gli atti deliberativi della Dg stessa

Contestualizzazione e descrizione del risultato atteso
Scopo dell'obiettivo è quello di evidenziare la misura in cui Ars è attiva nel supporto e sostegno tecnico-scientifico alle esigenze di programmazione e monitoraggio delle politiche sanitarie della Dg Diritti di Cittadinanza e coesione sociale. In pratica si vuole individuare come l'attività e le valutazioni tecniche di Ars sono utilizzate nella definizione delle politiche sanitarie regionali. Si tratta di attività che Ars concorda con la Dg Diritti di Cittadinanza e coesione sociale ma che sono anche sottoposte alla conoscenza del Comitato di indirizzo e controllo dell'Ars, organo di nomina del Consiglio regionale. Ars, infatti, svolge numerose attività di supporto per la Giunta e il Consiglio, regolate nel Programma annuale e pluriennale di attività. Oltre a queste iniziative programmate, però, nel corso dell'anno si aggiungono nuove richieste, che richiedono spesso tempi operativi rapidi di risposta, che incidono significativamente sugli impegni programmati degli operatori. Diverse sono anche le nuove attività non programmate e che richiedono una elaborazione e riorganizzazione delle banche dati di Ars. Lo stesso impegno nei tempi di risposta e nel grado di flessibilità del lavoro è imposto dalle richieste del Consiglio regionale. La recente riorganizzazione del Ssr impone alla Dg Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di monitorare le conseguenze per la salute dei cittadini e l'attività degli operatori. Questo induce un numero crescente di richieste ad Ars, a fronte di una rigidità della dotazione di personale e di risorse decrescenti. Perciò l'obiettivo è difficile da raggiungere.

Commento sulla modalità di calcolo dell'indicatore
L'indicatore misura la capacità di Ars di rispondere alle richieste della Dg Diritti di Cittadinanza e coesione sociale relativamente alle attività programmate e a quelle nuove non previste dal programma annuale. L'indicatore è perciò costruito come rapporto tra le attività svolte da Ars e quelle richieste. Inoltre, per ogni attività è costruito un indicatore di valutazione del grado di soddisfazione sul lavoro svolto da Ars, attraverso una scheda standard concordata di rilevazione compilata dal committente.

Commento sul valore target e benchmark
Né per gli indicatori di processo né per quello finanziario di cui al presente risultato atteso si ritiene possibile identificare indicatori benchmark.

DG/altri Enti coinvolti nel risultato atteso	
Note:	
Struttura	Indicatore (proposto)
DG Diritti di Cittadinanza e coesione sociale	- numero di attività tecniche e scientifiche richieste ad Ars nel corso del 2014

Obiettivo 4: Contenimento dei costi di funzionamento in un quadro di mantenimento delle competenze e dei servizi erogati
Risultato atteso: Costo del personale 2014 non superiore al costo del personale 2013 (art. 2 commi 4 lett. b) e 5 della Lr 77/2013)

Contestualizzazione e descrizione del risultato atteso
La finalità è il rispetto di quanto previsto dall'art. 2 della Lr 77/2013 (Legge finanziaria per l'anno 2014) in materia di concorso degli enti dipendenti agli obiettivi del patto di stabilità interno. In particolare l'obiettivo è il "mantenimento della spesa per il personale a un livello non superiore a quello sostenuto nell'anno 2013", avendo l'Ars già raggiunto per il triennio 2011-2013 l'obiettivo di cui all'articolo 2, comma 5, lettera a) della Lr 65/2010 e cioè la riduzione del 5% della spesa per il personale rispetto all'anno 2010, calcolato secondo le indicazioni contenute nella circolare Mef n. 9/2006. Dalla legge stessa sono fatti salvi gli oneri derivanti da figure professionali tecniche infungibili previste da leggi regionali e riconosciute con deliberazione della Giunta regionale. Alla luce della rilevante riduzione di spese per il personale e per le spese di funzionamento già effettuate da Ars nel triennio 2011-2013, l'obiettivo è difficilmente perseguibile a seguito della maggiore spesa che ci sarà nel 2014 per il rientro sul lavoro di personale che era in gravidanza nel 2013.

Commento sulla modalità di calcolo dell'indicatore
Il risultato atteso in oggetto, specificatamente individuato dalla legge finanziaria 2014, è misurabile per mezzo di un costante monitoraggio delle spese di personale e delle spese di funzionamento.

Commento sul valore target e benchmark
Né per gli indicatori di processo né per quello finanziario di cui al presente risultato atteso si ritiene possibile identificare indicatori benchmark.

DG/altri Enti coinvolti nel risultato atteso	
Note:	
Struttura	Indicatore (proposto)
Nessuna	- nessuna

SOCIALE

Si è passati dalle 883 domande del 2008 alle 560 del 2012



Adozioni internazionali in calo

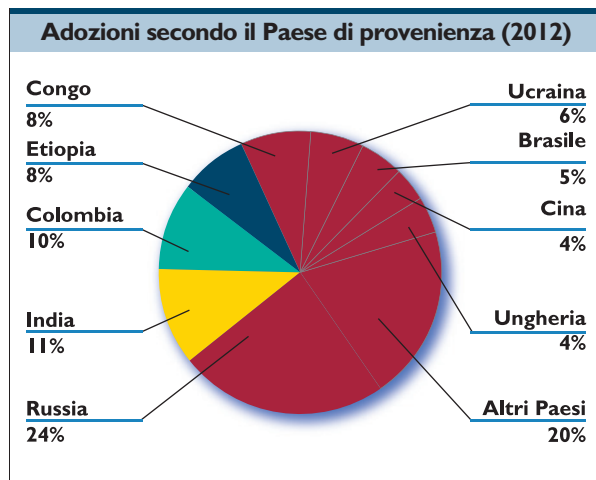
Tra le cause gli effetti della crisi e una minore disponibilità familiare

Dopo oltre un decennio di sostanziale e continua crescita delle adozioni anche in Toscana, come a livello nazionale, si sta registrando una diminuzione. Il 2012 con 560 coppie richiedenti rappresenta, per la Toscana e per il Tribunale per i minorenni di Firenze, l'anno in cui, in assoluto, si registra il più basso numero di domande. Nel 2008 erano 883 coppie richiedenti. Difficile identificare una causa prevalente ma è probabile che su questo incidano infatti una serie di "concause" che vanno dalla crisi contingente alla maggiore consapevolezza rispetto alla complessità del percorso adottivo, a una più generale minore disponibilità alle forme di accoglienza familiare che investe anche altri settori come l'affido.

Stimando il complesso delle adozioni (sia nazionali che - soprattutto - internazionali) registrate dal Tribunale per i Minorenni di Firenze dal 1995 sono stati oltre 4.000 gli adottati toscani ancora minorenni: provengono per la quasi totalità dall'adozione internazionale e il 90% è nella fascia di età 6-17 anni. Dati che mostrano come quella delle

adozioni sia una realtà significativa composta da persone (i bambini/ragazzi ma anche le loro famiglie) che hanno sperimentato percorsi complessi e vivono una condizione che, anche se non sempre, può presentare elementi di difficoltà che il sistema regionale dei servizi, sociali e sanitari è chiamato a sostenere. Proprio alle diverse fasi di "incontro" fra servizi e protagonisti del percorso adottivo sono legate le azioni di monitoraggio e rilevazione che consentono al Centro regionale di avere informazioni importanti per la lettura di un fenomeno e di una condizione, quella adottiva, che spesso registra tendenze al cambiamento anche significative e in rapida evoluzione. Di fatto il sistema regionale è chiamato a operare su questo fronte ben prima che l'adozione vera e propria inizi, attraverso le azioni di informazione, preparazione e valutazione degli aspiranti genitori adottivi. Una fase in cui è già possibile evidenziare la tendenza al calo della disponibilità delle coppie all'adozione.

Tuttavia un ridimensionamento del fenomeno non può considerarsi di per sé negativo, alla luce della maggiore



complessità e del maggiore investimento che i servizi devono e dovranno essere in grado di assicurare nell'accompagnare bambini e famiglie nel percorso post adottivo. Sappiamo infatti che alcune tendenze caratterizzanti in particolare le adozioni internazionali, costituiscono elementi, se non di potenziale criticità, almeno di attenzione. Fra queste la crescita costante registrata negli ultimi anni dell'età media dei bambini all'ingresso in Italia, l'incremento del numero di adozioni di fratelli, la forte differenziazione delle provenien-

ze, la crescita dell'età media dei coniugi all'adozione. Gli ultimi dati disponibili (2012) confermano un'età media dei bambini all'adozione internazionale di 6 anni, con una notevole diversificazione in relazione al paese di origine. Si tratta di una variabile che nell'ultimo periodo ha fatto registrare un incremento molto significativo, passando dai 5,3 anni del 2009 e 2010 ai 6 del 2012.

Garantire alla famiglia adottiva un adeguato sostegno nella fase successiva all'inserimento del bambino è concor-

demente ritenuto un fattore determinante ai fini di una positiva riuscita dell'adozione e in questa prospettiva i servizi territoriali, gli Enti autorizzati e la Regione Toscana stanno lavorando per definire nuovi orientamenti operativi e metodologici per l'intervento a sostegno nel post-adozione; questo anche alla luce dell'incremento, che si sta registrando nell'ultimo periodo, degli interventi dei servizi a supporto di situazioni adottive che mostrano segnali di disagio più o meno profondo. I monitoraggi del Centro regionale infatti tornano a "intercettare" il tema dell'adozione con la rilevazione, realizzata annualmente in collaborazione con le Zone e Sds, sugli interventi sociali realizzati nei territori a favore di minori e famiglie.

A fine 2012 risultano in Toscana 244 bambini e ragazzi adottati, in carico ai servizi con un progetto d'intervento (sanitario, sociale, educativo ecc. ...) che non rientra nei percorsi di accompagnamento e sostegno offerti in via generale alle famiglie adottive; interventi attuati per sostenere quelle situazioni di particolare difficoltà che possono arrivare, in sporadici ma significati-

vi casi, fino alla crisi dell'adozione.

Di questi bambini e ragazzi 43 sono stati adottati in adozione nazionale e 201 in adozione internazionale. Coerentemente con quanto viene segnalato dai servizi nelle diverse occasioni di incontro e confronto su questi temi, nel 2012, tale tipologia di intervento nella fase post adottiva risulta in forte aumento rispetto agli anni precedenti; sebbene tale incremento possa essere messo in relazione anche con una crescente consapevolezza e "familiarità" delle famiglie adottive a confrontarsi con i servizi che le hanno seguite nel percorso, è tuttavia sempre più evidente come la necessità di rafforzare e garantire in modo più omogeneo l'offerta per il sostegno nella fase post-adottiva è la prospettiva di lavoro più immediata per i diversi soggetti del sistema regionale operanti in questo campo.

Sabrina Breschi
referente per l'Istituto degli Innocenti delle attività del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

I SERVIZI

Assistenza alle coppie: il sistema regionale

Con l'attivazione dei Centri di Area vasta per l'Adozione (Firenze, Prato, Pisa, Siena) è stato delineato il quadro organizzativo dal quale si sono diramati e rafforzati i percorsi di promozione, tutela e sostegno per la diffusione di una più approfondita cultura dell'accoglienza. I Centri, nati nel 2002, forniscono un servizio rivolto alle coppie che si avvicinano al progetto adottivo e che si misurano, sostenute da operatori competenti, con il loro entusiasmo ma anche con ansie e timori.

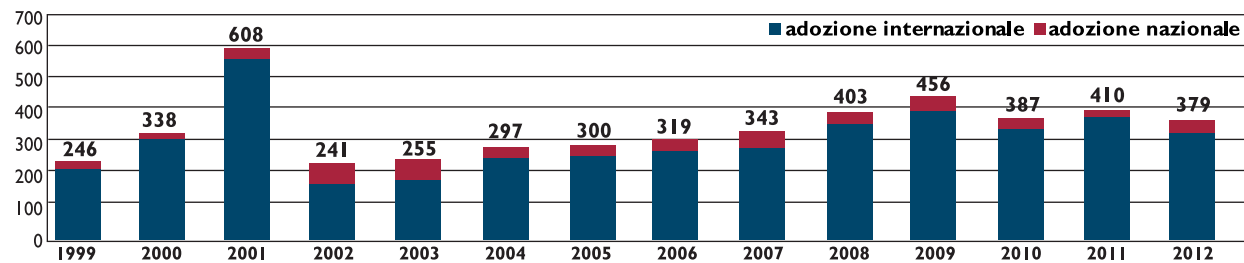
Le attività dei Centri vanno dalla formazione continua degli operatori all'integrazione socio-sanitaria (vi lavorano équipe di assistenti sociali e psicologi), dalla collaborazione attiva con gli Enti autorizzati all'adozione Internazionale ai percorsi di raccordo con i servizi sociali e sanitari del territorio. Questi programmano e gestiscono attività chiave del percorso: oltre all'indagine socio-familiare forniscono le loro competenze nei delicati momenti dell'attesa e del tempo successivo all'inserimento del bambino nella nuova famiglia.

Nel panorama mutato delle adozioni, soprattutto internazionali, la cassetta degli attrezzi tecnici e professionali dei servizi pubblici è costretta a un continuo aggiornamento e affinamento: bisogni emergenti - età sempre più elevata, adozione di fratelli, bambini con special needs ecc. - richiedono risposte competenti e qualificate, soprattutto per sostenere ed accompagnare le nuove famiglie nello sviluppo della propria genitorialità.

La collaborazione con gli Enti Autorizzati e le agenzie formative è una attività consolidata, non solo per la tradizionale co-gestione, insieme ai Centri, dei corsi di preparazione delle coppie, ma anche per l'apporto concreto a tutte le iniziative promosse dalla Regione e dai servizi. I rapporti con la scuola, attraverso percorsi mirati di accoglienza e integrazione, sono un impegno più recente che la Regione sviluppa con l'intento di dare sistematicità alle buone prassi ed esperienze sperimentate dai territori.

Federico Taverniti
Agenzia Toscana Notizie

Adozioni internazionali presso il Tribunale per i minorenni di Firenze - Anni 1999-2012



L'ANDAMENTO PER PROVINCE

Firenze: il primato della domanda

Nel 2012 le famiglie adottive toscane sono state in tutto 298 (335 nel 2011) e i bambini adottati 379 (410 nel 2011). Dati forniti dal Tribunale per i minorenni di Firenze, quello di riferimento per tutte le province toscane a eccezione di Massa-Carrara (per quest'ultima le coppie aspiranti si rivolgono al Tribunale per i minorenni di Genova: negli ultimi 5 anni sono arrivate mediamente 19 domande provenienti da coppie toscane). La contrazione riguarda anche il numero di domande di disponibilità all'adozione, 560 nel 2012. Il trend negativo parte dal 2007.

Limitando l'analisi al triennio 2010-2012 le domande calano del 16% (da 664 a 560 coppie richiedenti) ma è rilevante il calo delle coppie toscane che passano da 493 a 298 (-19,3%). Quelle provenienti da altre Regioni calano soltanto del 5% (da 171 a 162).

Riguardo al tipo di domanda presentata, nello stesso triennio, le coppie aspiranti adottive toscane che hanno presentato domanda per adozione nazionale sono in media circa 40. Leggero il calo invece di quelle che si concentrano su quella internazionale, da 51 a 35, e più consistente per quelle che hanno optato per entrambi i tipi: da 398 nel 2010 si è passati a 320 nel 2012 (-19,5%). Anche a livello nazionale la tendenza è confermata: secondo i dati del ministero di Giustizia le domande di disponibilità all'adozione nazionale sono passate tra 2010 e 2011 (il 2012 non è ancora disponibile) da 11.665 a 9.795 (-16%) e quelle di disponibilità all'adozione internazionale da 6.092 a 5.349 (-12,1%).

Scomponendo i dati per provincia, Firenze continua a mantenere il primato. Mentre infatti nel 2010 le coppie fiorentine richiedenti adozione incidono su meno di un terzo delle coppie toscane, due anni dopo si è passati al 37,9%. Superano il 10% Pisa (14,8%) e Lucca (10,8%), leggermente in flessione Pistoia (5,8%) e Prato (5%) che perdono dai 3 ai 4 punti percentuali.

LE NAZIONALITÀ DI ORIGINE

Più bambini in arrivo dalla Russia

Nel 2012 i bambini adottati all'estero sono stati 339, 49 in meno rispetto al 2011. L'età media all'adozione è di 6 anni: i più piccoli provengono dalla Cina (età media all'adozione 3,5 anni), seguiti da Etiopia (3,8 anni), Burkina Faso (4,4), Congo (5,1) e Russia (5,2). I più grandi: Colombia (7,5), Brasile (7,6), India (7,7), Ucraina (8,8) e Lituania (10,3). La Russia si conferma il Paese con maggior frequenza di adozioni: 77 bambini nel 2012 (+3 rispetto al 2011 e +27 rispetto al 2010), quasi un quarto del totale. In aumento, nel 2012, anche quelli provenienti dall'India: 37, l'11,3% del totale. Seguono Colombia (9,8%), Etiopia e Congo (8,3%). Colombia ed Etiopia, pur rimanendo tra i primi 5 Paesi di provenienza, segnano una diminuzione: rispettivamente da 54 adozioni del 2011 a 27 del 2012, e da 48 a 27. Sempre nel 2012 si riducono a qualche unità due Paesi come Vietnam (una sola adozione contro le 14 del 2011 e le 27 del 2010) e Perù (2 sole contro le 16 del 2010 e del 2011).

Alla luce dei dati esposti l'Europa torna a essere il primo continente di provenienza dei bambini adottati, con il 37,6% dei casi. L'America (-12%) perde anche il secondo posto, conquistato dall'Africa, storicamente ultima tra i quattro continenti interessati, che passa dal 17,2% del 2010 al 22,6% del 2012. L'Asia, con circa il 20% delle adozioni, segna un +4% rispetto al 2011.

Anche nel 2012 6 bambini su 10 adottati in adozione internazionale sono di sesso maschile. Il dato è confermato anche a livello nazionale: nel 2012 la Commissione per le adozioni internazionali conta 3.106 minori adottati, di questi il 41,1% sono femmine.

È interessante sottolineare come tra i bambini piccolissimi sotto l'anno di età questa differenza in realtà non si manifesti e come sia invece particolarmente alta nella classe di età 1-4 anni. Tra i più grandi di 10 anni e più, invece, le femmine sono leggermente di più dei maschi.

SIENA

I risultati dell'azienda ospedaliero-universitaria tra le prime a utilizzare il metodo

Gestione «Lean» per l'Aou



Degenze e tempi di attesa ridotti - Meno giacenze e più risparmi

L'Aou Senese è tra le prime sei aziende sanitarie italiane ad aver applicato brillantemente il metodo "Lean" in sanità. È quanto emerge dal rapporto "Oasi 2013" del Centro ricerche sulla Gestione dell'assistenza sanitaria e sociale dell'Università Bocconi, che ha analizzato i cambiamenti in corso nella sanità italiana, con un approccio economico-aziendale.

«Su sei aziende sanitarie - spiega Giacomo Centini, direttore amministrativo dell'Aou senese e promotore del progetto

- tre sono toscane, Siena, Firenze e Massa Carrara, segno evidente che nel nostro territorio c'è una grande attenzione al miglioramento continuo e alla riduzione degli sprechi». Il metodo Lean, infatti, si propone di migliorare i processi di produzione attraverso la riduzione degli sprechi, favorendo la riduzione dei costi e dei tempi di produzione e realizzazione e una migliore qualità del servizio.

«Inoltre - aggiunge Centini - l'approccio Lean, nel quale abbiamo tanto investito sia in termini di progetti realizzati, sia

in termini di formazione del personale, si caratterizza anche per una forte attenzione alla riduzione della variabilità dei processi e alla riduzione dello stress e della frustrazione del personale coinvolto nelle attività». I risultati del metodo Lean possono essere sia immediatamente quantificabili, sia relativi ad aspetti intangibili della qualità del servizio reso come la riduzione delle probabilità di commettere errori, il miglioramento del clima organizzativo, l'incremento della soddisfazione del paziente.

«In questo primo anno - continua Centini - tra i risultati quantificabili abbiamo ottenuto, in medicina interna, la riduzione media delle degenze pari a 2,5 giornate e l'aumento del 9% delle dimissioni mattutine. Per quanto riguarda il pronto soccorso, la prima struttura dove abbiamo attivato la nuova organizzazione, abbiamo migliorato il percorso ortopedico, riducendo di 40 minuti medi la permanenza per il paziente, abbiamo aumentato la produttività degli ambulatori e i tempi di dimissione entro le 4 ore». Altri settori

dove sono stati ottenuti importanti risultati sono radiologia, malattie respiratorie, la gestione della logistica, con una riduzione del 30% dei materiali in giacenza.

«Il progetto - conclude Centini - che è portato avanti da un team dedicato chiamato «Goals», andrà avanti anche nel 2014 e porterà importanti miglioramenti anche nella riorganizzazione di tutta l'area chirurgica».

Ines Ricciato
ufficio stampa Aou Siena

LIVORNO

Al via la medicina sul territorio h24: generalisti e guardie lavorano nell'Aft

Ha preso il via il percorso che porterà alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale livornese, per il momento riguardante esclusivamente gli adulti, attraverso una nuova organizzazione di medici di famiglia e continuità assistenziale (ex guardia medica).

«La Regione Toscana - spiega Carlo Giustarini, direttore sanitario dell'Asl di Livorno - è stata fra le prime in Italia a tracciare la strada per un'assistenza territoriale in grado di rispondere alle mutate esigenze dei cittadini, migliorando la qualità delle prestazioni erogate dai medici di famiglia ed ex guardie mediche, contribuendo a ridurre i ricoveri, gli accessi impropri al pronto soccorso e migliorare le cure per i pazienti cronici. In un contesto economico e sociale come quello attuale è importante sottolineare che tale obiettivo si otterrà senza aumenti di spesa per i cittadini».

Per fare questo tutti i medici di famiglia e della ex guardia medica dell'Asl livornese, si sono aggregati in 10 grandi "gruppi", chiamati Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) guidati ciascuno da un medico

coordinatore eletto in questi giorni: 4 a Livorno, 1 a Collesalveti, 2 nella Bassa Val di Cecina, 2 nella Val di Cornia e 1 all'Elba.

L'Aft, una volta a regime, permetterà una nuova modalità di erogazione delle prestazioni di base, pur mantenendo il rapporto di fiducia fra medico e paziente, oggi in carico a una singola persona: in particolare la nuova organizzazione, anche attraverso la realizzazione di re-

ti informatiche comuni, permetterà ai medici non solo di avvalersi del supporto dei loro colleghi nell'erogazione dell'assistenza, ma anche di approfondire competenze

divenute importanti per il medico di medicina generale: dalle ecografie alle cure palliative fino alla medicina di iniziativa.

La figura della ex guardia medica si integrerà completamente con i medici di famiglia: ogni Aft avrà i propri medici che garantiranno la continuità dell'assistenza e ciascuno di loro arriverà a conoscere gli assistiti grazie proprio all'utilizzo di sistemi informatici condivisi.

Pierpaolo Poggianti
ufficio stampa Asl 6 Livorno

EMPOLI

Alimentazione, questa sconosciuta: stili di vita da imparare e conoscere

Alimentazione corretta, dieta, corretto stile di vita, se ne sente parlare ogni giorno, ma la realtà è che c'è ancora molta confusione riguardo a queste tematiche. Lo dimostrano i risultati dei questionari raccolti ed elaborati dagli operatori dell'unità operativa igiene degli alimenti e nutrizione dell'Asl 11 in occasione delle giornate Obesity Day e In-Forma 2013.

Sono stati 48 i cittadini, di cui 36 donne e 12 uomini, con un'età compresa tra i 9 e i 75 anni, con differenti titoli di studio e professionalità (il 42% era pensionato), che hanno risposto a una serie di domande sul loro stile di vita. È emerso che

Il 47% di obesi su un campione tra 9 e 75 anni

il 47% degli utenti è in sovrappeso, il 19% in obesità, mentre il restante in condizione di normopeso. Le persone non sempre possiedono una corretta percezione del proprio stato: degli intervistati in sovrappeso il 24% aveva sovrastimato o sottostimato la propria valutazione, il 47% era, invece, coerente con il proprio stato.

Dalle interviste è emerso che 9 persone si rivolgerebbero ai centri ospedalieri per intraprendere una dieta o una modifica delle proprie abitudini alimentari, 19

chiederebbero al proprio medico curante, 2 utilizzerebbero la medicina alternativa e il resto farebbe da sé. La maggior parte degli intervistati inizierebbe - così come sarebbe corretto fare - con il ridurre le porzioni di tutti i principi alimentari senza escluderne neppure uno. D'altra parte è consistente, però, il numero di coloro che abolirebbero i farinacei. Infatti, è opinione largamente diffusa che la soluzione più semplice per dimagrire sia proprio quella di eliminare pane e pasta, come a volte viene, purtroppo, consigliato da alcuni sedicenti nutrizionisti. Una piccola parte delle persone intervistate inizierebbe con il mangiare solo verdura o abolirebbe i condimenti.

Il 60% degli intervistati è contrario all'utilizzo di farmaci per dimagrire, mentre il 35% si rivolgerebbe eventualmente a un dietologo per una possibile prescrizione. Dai dati raccolti emerge che ben il 75% degli utenti non effettua o esercita poca o pochissima attività fisica contro il 23% che ha dichiarato di fare qualche attività sportiva.

Maria Antonietta Cruciata
ufficio stampa Asl 11 Empoli

PISA

Diabete di tipo 2: speranze di cura da un nuovo studio sulle cellule beta

Arriva dall'Università e dall'azienda ospedaliero-universitaria di Pisa una nuova speranza per la cura del diabete di tipo 2, il più diffuso, che colpisce il 90% dei circa 3,5 milioni di individui in Italia e dei 400 milioni malati nel mondo.

Uno studio condotto dai ricercatori pisani - che sarà pubblicato sulla prestigiosa rivista internazionale «Diabetologia», che lo ha anche selezionato tra quelli di maggior rilievo del nu-

mero - dimostra infatti che la ridotta quantità di insulina nel diabete di tipo 2 sembra essere dovuta non solo alla morte delle cellule beta, come generalmente ritenuto, ma soprattutto al fatto che molte di tali cellule, pur vive, non riescono a produrre l'insulina, con conseguente aumento delle concentrazioni di glucosio nel sangue e sviluppo del diabete.

«Questa ricerca - sintetizza Piero Marchetti, che ha coordinato il gruppo di lavoro composto da numerosi ricercatori e clinici - può modificare il nostro modo di pensare alle cause del diabete di tipo 2, aprendo le porte a nuove possibilità di prevenzione e cura della malattia. Finora le ricerche hanno gene-

ralmente osservato che, in questa forma di diabete, molte cellule beta del pancreas (che producono insulina) appaiono non più presenti, e si è sempre ritenuto che così fosse in quanto tali cellule erano morte. Nei nostri laboratori, applicando tecniche più approfondite, quali la microscopia elettronica e la valutazione diretta della secrezione di insulina, abbiamo evidenziato che molte delle cellule beta che sembravano morte sono in realtà vive, anche se incapaci di funzionare normalmente».

La scoperta appare di particolare interesse perché al momento, pur essendo molti i farmaci a disposizione per la cura del diabete, i risultati della terapia sono ancora parziali. «Alla luce dello studio - conclude Marchetti - potremmo riuscire a capire quali sono i meccanismi molecolari che causano il cattivo funzionamento delle cellule beta e ottimizzare le terapie, in modo da ripristinare la normale produzione di insulina, e così prevenire, curare e forse guarire il diabete di tipo 2».

Emanuela Del Mauro
ufficio stampa Aou Pisa

Nascono dieci aggregazioni funzionali territoriali

IN BREVE

VIAREGGIO

Partirà a metà del prossimo mese di aprile il progetto dei nuovi parcheggi dell'ospedale Versilia. Un intervento aggiudicato, tramite gara dell'Estav, alla Gpe Servizi Integrati Srl di Milano che gestirà la fase sperimentale della durata di otto mesi. Le caratteristiche dell'intervento sono state presentate nel corso di una conferenza stampa in cui è stato spiegato come finalmente sarà affrontato un problema nato, in pratica, con l'ospedale e che negli ultimi anni ha generato critiche, segnalazioni e proteste. La riorganizzazione prevede, in sintesi: 50 posti totalmente gratuiti a fianco del pronto soccorso; 322 posti totalmente gratuiti nella zona lato via Arginvecchio; 239 posti a pagamento dove, però, la prima mezz'ora sarà totalmente gratuita.

LUCCA

I collaudi del Nuovo Ospedale di Lucca saranno terminati entro la fine del mese di marzo. Ad annunciarlo è il direttore generale dell'azienda Usl 2 di Lucca Antonio D'Urso dopo il nuovo incontro con il Concessionario. «Finalmente - sottolinea D'Urso - il Concessionario, pur riservandosi, ha assicurato che i collaudi del Nuovo Ospedale di Lucca termineranno entro il mese di marzo. Da quel momento, inizierà la fase propedeutica all'entrata in esercizio dell'Ospedale che dovrebbe quindi poter avvenire progressivamente nel mese di aprile, preceduta dall'inaugurazione. Prima di indicare la data precisa di attivazione del San Luca, attendo la comunicazione di conferma della fine dei collaudi da parte del Concessionario».

PISTOIA

All'Ospedale San Jacopo di Pistoia è stato realizzato "il parcheggio rosa" dedicato alle donne in gravidanza e alle neo-mamme: sette posti sono stati riservati in prima fila alle future mamme all'ingresso dell'ospedale e altrettanti sono presenti nel parcheggio dei dipendenti. Questa una delle novità che confermano l'attenzione posta sulle politiche di genere e sulle piccole attenzioni che fanno una grande differenza. Nelle ultime settimane l'Asl 3 ha avviato la formazione per attivare il codice rosa, ma ha anche istituito il Centro di Studi salute e genere, che si occuperà della sensibilizzazione degli operatori sanitari e della loro formazione, nell'ottica di riconoscere le differenze nella malattia tra uomo e donna, che presentano una sintomatologia, un decorso, una prognosi e una risposta farmacologica differenti.

SIENA

Publicato il Codice etico e di comportamento dell'Asl 7 di Siena, atto per la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche presso l'Autorità nazionale anticorruzione. Sul sito web e nella intranet aziendale sono stati inseriti i testi affinché possano formulare eventuali proposte o integrazioni. Tutti i soggetti coinvolti hanno potuto leggere e integrare il documento fino a fine febbraio e sono state prese in considerazione tutte le proposte. Alla fine del procedimento, presa visione di commenti e integrazioni, i due codici saranno approvati ed entreranno definitivamente in vigore: il Codice di comportamento è un documento obbligatorio; il Codice etico è un documento facoltativo a cui i dipendenti intendono attenersi.



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