

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 19
anno XVI del 21-27 maggio 2013
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

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

«Ora pensiamo
a reti di servizi
anti-sofferenza»

di **Simona Carli ***
Anna Ajello **

Le politiche in materia di cure palliative, di gestione e terapia del dolore, oggetto di attenzione costante nella programmazione regionale, hanno ricevuto ulteriore impulso dalla promulgazione della legge 38/2010. Una lunga preparazione della norma e l'attento lavoro di condivisione di principi etici e culturali, di sapere tecnici e scientifici, hanno poi disegnato un sistema integrato di servizi e di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, in grado di supportare la persona quando, a causa di una malattia a prognosi infuata o per essere a lungo sottoposta a dolore e sofferenza, vive uno dei momenti più difficili della sua esistenza.

Negli anni passati la Regione Toscana ha dato un contributo importante a questa preparazione e a questo lavoro, grazie alla Commissione di coordinamento per le azioni di lotta al dolore, anche con la riflessione e le sperimentazioni nate dalla Dgr 996/2000 "Linee guida assistenziali e indirizzi organizzativi per lo sviluppo della rete di cure palliative" e dalla Dgr 467/2007 "Approvazione del documento in materia di strutture residenziali di cure continue e ad alta complessità Hospices in Toscana".

Le scelte che intendiamo operare pensano a una fase nuova, fortemente orientata alla co-

CONTINUA A PAG. 2

CURE PALLIATIVE Il 27 maggio si celebra la Giornata del sollievo: al via la campagna

«Non più soli nel dolore»

Locandine, brochure e spot "personalizzabili" in tutte le Regioni

La Giornata del sollievo, celebrata a livello nazionale il 26 maggio, è in Toscana l'occasione per diffondere la campagna di comunicazione istituzionale del ministero della Salute e della Conferenza Stato-Regioni e Province autonome sulla legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". L'innovativa legislazione, che merita di essere conosciuta in maniera approfondita, è volta ad assicurare alla persona malata e alla sua famiglia il rispetto della dignità e dell'autonomia, un'adeguata risposta al bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza alle specifiche esigenze individuali e un sostegno adeguato sanitario e socio-assistenziale.

Le azioni di comunicazione volute dal ministero della salute e realizzata dalla Toscana, quale ente capofila, hanno l'obiettivo di colmare alcune carenze informative e dare maggiore visibilità a temi così importanti e delicati, che nella nostra Regione erano stati in parte affrontati con la campagna informativa denominata "Abbasso il dolore", promossa, nel tempo, in tutte le aziende sanitarie.

In considerazione del fatto che la legge 38 considera la terapia del dolore e le cure palliative nel loro insieme, risultava difficile restituire entrambi i temi in un claim di poche parole, "Non più soli nel dolore", e pertanto gli strumenti prodotti vanno considerati complessivamente nel loro sviluppo: dalla locandina, alla brochure, allo spot video.

I prodotti editoriali a diffusione nazionale sono personalizzabili in ogni singola realtà regionale con l'inserimento di numeri telefonici o di altro tipo di aggancio informativo. Il concept ha infatti un approccio valoriale che si presta a essere utilizzato in ogni realtà. Il messaggio scelto è volutamente rassicurante: si vuole esprimere sostegno, continuità delle cure, appropriatezza e dignità. Il tema della doppia anima delle cure palliative, fatte di "calore umano e scienza medica" è poi raccolto nel sommario del messaggio, a sottolineare l'approccio o-



stico e totale del dolore - uno dei capisaldi della legge - nonché a rimarcare l'umanità delle cure e l'accoglienza, ma anche a superare l'idea che palliativo significhi inutile, quando invece la definizione esatta deriva dalla parola in latino "pallium", cioè mantello, protezione. La proposta visual si basa su elementi grafici che rappresentano una casa, intesa sia come abitazione, che come struttura sanitaria, fatta di mattoni speciali: parole colorate che richiamano i concetti di famiglia, di quotidianità, ascolto e terapia, rete assistenziale; il riparo, l'abbraccio assumono un valore positivo, contenitivo di un dolore totale, condiviso e gestito con umanità. Parole e valori positivi che sono la parte fondante e che rimandano a una visione di malattia e di sofferenze vissute con speranza, dignità e umanità.

Una campagna di comunicazione, quindi, destinata a informare e diffondere nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con il fine di superare il pregiudizio relativo all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore, illustrandone il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona umana e al supporto per i malati e per i loro familiari.

Lo spot, in particolare centrato sulle cure palliative, è declinato con l'animazione della casa al cui centro si trova la persona malata con una molteplicità di figure di riferimento che gli ruotano attorno. I prodotti editoriali e video sono scaricabili dal sito regionale e sono personalizzati con il logo regionale e con il numero verde 800880101, attivo tutti i giorni della settimana. Le informazioni sulla rete assistenziale sono pubblicate all'indirizzo web www.regione.toscana.it/salute e il materiale cartaceo è in distribuzione alle aziende sanitarie nel mese di maggio.

Daniela Papini
Po Comunicazione
e marketing socio-sanitario
Direzione generale
Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

CRISI&SOLIDARIETÀ

Ticket, esenti i minori in affidamento

Agevolazioni per tutti i bimbi anche stranieri ospitati in strutture sociali

I minori in affidamento a strutture sociali, comunità e case famiglia e i minori stranieri "non accompagnati" dal prossimo 1° giugno non pagheranno il ticket sanitario. Lo ha deciso la Giunta che ha esteso l'esenzione dal ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e l'assistenza farmaceutica anche ai minori "temporaneamente fuori famiglia". Ad accompagnare il provvedimento la convinzione che sia necessario e giusto che i cittadini partecipino, in proporzione alle possibilità, al mantenimento di un sistema pubblico efficiente. «Non possiamo fingere di non conoscere la particolare situazione di fragilità in cui questi bambini si trovano e non possiamo fingere di non vedere le difficoltà contro cui lottano loro e chi di loro si occupa», ha commentato il presidente della Regione, Enrico Rossi. «La necessità economica non può farci dimenticare la solidarietà, specie quando al centro della questione ci sono dei minori». La delibera sancisce anche l'estensione dell'esenzione per i lavoratori cassaintegrati e in mobilità, oltre che per i lavoratori che hanno perso il posto in conseguenza della crisi economica.

CONTROCANTO

Ma il nodo della formazione è irrisolto

di **Domenico Gioffrè ***

Insegnare agli studenti di medicina che il dolore non è un prezzo da pagare sempre e comunque alla malattia. È questa la chiave di svolta nella lotta al dolore nelle forme acute della malattia, quando il dolore ha esaurito il suo messaggio diagnostico, ma ancora di più nelle patologie croniche quando il dolore stesso diviene una "malattia" da cu-

rare. Inserire nei curricula universitari la "medicina del dolore" è il vero nodo strategico per abbattere le barriere culturali che ancora ci impediscono di non considerare il dolore una conseguenza ineluttabile della malattia.

La nostra medicina improntata sulla missione del

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Estav e Ispo, obiettivi assegnati

La Giunta regionale ha individuato e assegnato gli obiettivi alle aziende sanitarie, agli Estav, alla Fondazione Gabriele Monasterio e all'Ispo ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2013. La delibera specifica i sistemi idonei a garantire efficacemente la misurazione e la valutazione delle performance e determina l'attribuzione del compenso aggiuntivo da stabilire in base al punteggio eventualmente spettante in ragione del raggiungimento degli obiettivi come il rispetto degli accordi di bilancio, la riorganizzazione del Ssr e i sistemi informativi e tecnologie informatiche. (Delibera n. 87 del 12/02/2013)

▼ Alimenti, approvato il piano residui

Approvato il "Piano regionale residui 2013: disposizioni per la ricerca dei residui negli animali e in alcuni prodotti di origine animale in attuazione al piano nazionale residui 2013". La Giunta ha ritenuto opportuno dare ulteriori e specifiche indicazioni operative ai fini della corretta esecuzione del Pnr 2013 in Regione Toscana, e fornire la programmazione dei campionamenti da effettuarsi annualmente durante la vigenza del piano nazionale, sulla base anche del numero di campioni stabiliti, suddivisi per azienda Usl. (Delibera 160 del 11/03/2013)

ALL'INTERNO

Se la filosofia cura la psiche

A PAG. 2

Empoli, scacco alle infezioni

A PAG. 3

Via alla casa eco-efficiente

A PAG. 6

PSICHIATRIA

Firenze sperimenta il counseling filosofico al Centro salute mentale



Filosofia del disagio psichico

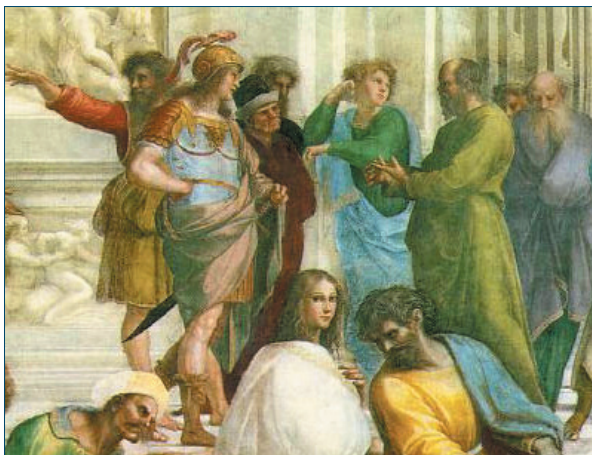
Dal 2010 presa in carico multidisciplinare dei pazienti e dei loro parenti

Da dieci anni si parla in Italia di filosofi che, lasciati da parte i libri, si occupano delle persone e dei loro disagi esistenziali. Criticata alla cieca da chi già opera in quei campi professionali, fraintesa dai più, questa innovativa attività - la consulenza filosofica - ha di sicuro molte potenzialità, ma certo necessita di sperimentazioni serie e attente. Come quella che è in corso dal 2010, con esiti più che interessanti, presso il centro di salute mentale del quartiere 4 di Firenze, sotto gli auspici della Asl e con il finanziamento della Regione Toscana: qui un filosofo consulente (con quindici anni d'esperienza in materia) è stato inserito nell'équipe multidisciplinare che si occupa della sofferenza psichica dei cittadini, allo scopo di comprendere come potesse arricchire il servizio e contribuire al lavoro complesso che vi viene svolto.

Dopo un cauto ambientamento, il filosofo - messosi al servizio degli psichiatri titolari dell'intervento terapeutico - ha avuto modo di lavorare con pazienti dalle diagnosi più diverse, mostrando in breve di poter non solo offrire un

valido contributo, ma anche operare su aspetti delicati che spesso sfuggono all'intervento degli altri operatori. Per non ripetere, inutilmente e immotivatamente, modalità proprie di altri operatori, il filosofo - così com'è solito fare nelle attività con non malati - ha svolto con gli utenti del servizio colloqui individuali, idealmente paritetici e con intenzionalità non terapeutiche, che cioè prendevano in esame le loro patologie solo per dare a queste un senso. Ciò per tener fede anche in questo contesto alla specifica finalità della filosofia, che è precipuamente quella di chiarire, arricchire e rendere coerente le visioni del mondo, facendone emergere i presupposti di significato e di valore, riorganizzandoli, trovandone alternative e rendendone consapevoli gli ospiti.

Certo, gli "ospiti" inviati al filosofo dagli psichiatri del centro di salute mentale sono di fatto anche "malati"; ma - anche prescindendo qui da un esame critico del paradigma terapeutico - un filosofo si muove con una lettura diversa dalla dicotomia sano/malato: egli si occupa comunque del pen-



Socrate nella Scuola di Atene (Raffaello)

siero del dialogante, sulla base del principio difficilmente contestabile che pensare meglio è condizione necessaria (ancorché non sempre sufficiente) per vivere meglio. E proprio questa differenza di sguardo rispetto ad altri professionisti è stata la chiave della proficua collaborazione con questi ultimi e dei frequenti esiti positivi: laddove gli altri operatori si prendono cura dello stato di salute, delle difficoltà relazionali, dei defi-

citi affettivi, della rieducazione, il filosofo si interessa al pensiero del paziente e ciò favorisce la sua comprensione di progetti terapeutici messi in atto dagli altri e una sua maggior adesione a essi. Oltre che con i pazienti, il filosofo ha operato con i loro parenti, spesso difficili da raggiungere per un servizio di salute mentale: in genere non portatori di patologie, i familiari sono tuttavia sempre partecipanti della sofferenza e talvolta ne

venivano sovrastati, incapaci di farsi una ragione di quel che ha colto il loro caro e, perciò, di contribuire anch'essi al processo terapeutico. I colloqui con il filosofo hanno avuto lo scopo di far loro sciogliere nodi complessi e letture pregiudiziali, ma anche di rintracciare aspetti dell'universo simbolico della famiglia (e quindi del paziente) che fossero sfuggiti alle letture eziologica e psicologica, così da poter comporre una più complessa interpretazione dell'identità e della figura del soggetto in cura, utile anche agli altri operatori. Infatti, gli esiti positivi di questo tipo di lavoro sono stati da un lato il superamento delle diffidenze dei familiari per il servizio (fenomeno che ostacola purtroppo con qualche frequenza il lavoro terapeutico) e una migliore e più integrata comprensione del complesso sistema culturale della famiglia da parte dei diversi operatori all'opera con il paziente.

Quest'ultimo è un ulteriore elemento positivo della presenza del filosofo in un centro di salute mentale: una figura dal profilo «eclettico» come la sua, capace di interfacciarsi e fungere da «traduttore»

e «tessitore» dei molteplici universi del discorso, si rivela molto utile nelle situazioni in cui le parti in gioco siano numerose e diversificate - cosa peraltro quotidiana in una realtà complessa com'è la salute mentale, nella quale giustamente operano una pluralità di professionisti con competenze disciplinari assai diverse. Se oggi si pensa a istituire gruppi di lavoro filosofico, con operatori e utenti, non si esclude di estendere un domani l'esperienza al carcere. Infine, se non è una diagnosi di per sé a reclamare l'intervento terapeutico, ma la sofferenza, avvertita o procurata, a renderlo necessario, risulta utile a tutti conversare con chi padroneggia l'arte della comprensione maieutica: un ulteriore modo per avere la meglio sullo stigma che minaccia il portatore di una diagnosi, specie se psichiatrica.

Gemma Brandi
Psichiatra psicoanalista
Responsabile Salute Mentale
Adulti Firenze 4
e Istituti di Pena
Neri Pollastri
Filosofo Consulente

IL PROGETTO ISPO SU DIETA, ATTIVITÀ FISICA E MAMMOGRAFIA

Alimentazione e ginnastica a difesa del seno

La ricerca scientifica ha identificato fattori potenzialmente modificabili, legati alle abitudini alimentari e di vita, che possono influenzare il rischio di sviluppare il tumore mammario, il più frequente nella popolazione femminile. Alimentazione e attività fisica sembrano influenzare anche una serie di indicatori di rischio per il tumore della mammella come la Densità mammografica. Questo indicatore radiologico esprime la quota di componente fibro-ghiandolare della mammella, che risulta opaca all'esame radiografico, e se elevata, oltre a ridurre la sensibilità dell'esame mammografico, rappresenta di per sé un fattore di rischio per questo tumore, anche tenendo conto di fattori di rischio noti legati alla storia riproduttiva e alla familiarità.

Studi condotti da Ispo nella popolazione fiorentina hanno mostrato che una dieta ricca in verdure e olio extravergine di oliva e povera in alcol e

un'attività fisica moderata, ma regolare, sono associati a una ridotta Densità mammografica e potenzialmente a un rischio minore di tumore. Lo studio degli effetti dei cambiamenti di stile di vita su questo e altri indicatori modificabili di rischio può aiutare a chiarire i meccanismi che portano allo svilupparsi del tumore e le basi delle azioni di prevenzione primaria; marcatori di rischio come la Densità mammografica elevata possono inoltre permettere di identificare soggetti a rischio aumentato a cui rivolgere prioritariamente campagne di prevenzione.

Ispo, con il supporto dell'Istituto toscano tumori e del ministero della Salute ha condotto uno studio sperimentale, approvato dal Comitato etico locale, per valutare l'effetto di un intervento di modifica delle abitudini alimentari e del livello di attività fisica sulla Densità

mammografica. Il progetto Dama (Dieta, attività fisica e mammografia), rivolto a donne fiorentine in post-menopausa con elevata Densità mammografica, ha coinvolto per 2 anni 234 donne sane, che sono state invitate a partecipare dopo aver eseguito una mammografia di screening. Sono state suddivise in modo casuale in 4 gruppi: al primo sono stati forniti solo consigli generali su un corretto stile di vita; al secondo è stato offerto un programma strutturato di modifica delle abitudini alimentari; al terzo è stato offerto un programma di incremento dell'attività fisica; al quarto sono stati offerti entrambi i programmi.

L'intervento alimentare prevedeva un'alimentazione ricca di verdura e frutta, cereali in chicchi e farine integrali, legumi, olio extravergine di oliva, un consumo ridotto di carni rosse, insaccati e alcol. Sono stati realizzati incontri di approfondimento su una corretta ali-

mentazione e un corso di cucina tenuto da cuochi esperti coadiuvati da operatori dello studio, presso la cucina della Sezione soci Coop Firenze Nord-Ovest. Sono stati prodotti materiali informativi e ricette ispirate alla tradizione toscana che verranno pubblicate in un agile volume pensato per un'ampia diffusione. Sul versante dell'attività fisica è stato proposto un programma di attività moderata giornaliera di un'ora, e un'ora la settimana di attività più intensa, con passeggiate collettive e sedute settimanali di ginnastica. Dopo 2 anni le partecipanti hanno eseguito una nuova mammografia di screening. All'inizio e alla fine dello studio sono stati raccolti dati alimentari e di stile di vita tramite questionari e campioni biologici che verranno utilizzati per studiare altri indicatori di rischio nell'ambito di un progetto in fase di avvio grazie a un finanziamento triennale di Airc.

La fase operativa del progetto Dama è appena terminata e sono in corso le analisi specifiche. I dati preliminari indicano che gli interventi hanno prodotto cambiamenti sia a livello alimentare che per quanto riguarda l'esercizio fisico.

Anche se i benefici che derivano da un'alimentazione e da uno stile di vita corretto sono noti, trasformare queste conoscenze in indicazioni trasferibili nella vita di tutti i giorni non è facile. I materiali e i programmi testati nell'ambito dello studio Dama possono offrire un contributo alla messa a punto di strategie di prevenzione primaria rivolte alla popolazione generale e a gruppi specifici.

Giovanna Masala
Domenico Palli
Epidemiologia molecolare
e nutrizionale
Daniela Ambrogetti
Prevenzione Secondaria-Screening
Ispo - Firenze

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

“guarire” mostra i suoi confini davanti all'impossibilità di assolvere ai suoi compiti di allungare la vita, non di rado, oltre ogni limite. Dalle malattie non sempre si guarisce. Il “curare” va oltre il “guarire”. Entra più in profondità nella sfera della dignità della persona malata che abbiamo il dovere morale, prima che l'obbligo legislativo, di liberarla dal dolore nella vita e alla fine della vita, quando la medicina della cura deve prendere il posto della medicina della guarigione. Il tempo di convivenza con le malattie croniche negli ultimi anni si sta allungando notevolmente. L'esperienza di malattia e con essa la qualità della vita diventa gravosa da sopportare. La legge 38 del marzo 2010 che

sancisce il diritto all'accesso ai servizi Terapia del dolore e delle Cure palliative, se nel suo iter ministeriale ha compiuto tutti i passi necessari per la sua applicabilità su tutto il territorio nazionale, in realtà non ha ancora fatto registrare grandi passi avanti. Poche le Regioni che hanno recepito le direttive ministeriali. Tra queste la Toscana.

L'articolazione in centri di riferimento hub per la cura del dolore complesso, spoke per l'intervento ambulatoriale e aggregazioni funzionali territoriali per il primo step del medico di base con competenze di terapia analgesica, la rete delle cure palliative sia in regime residenziale, gli hospice, ma soprattutto al domicilio, non fanno parte ancora

del sistema salute di questo Paese. Siamo ancora agli ultimi posti in Europa nell'impiego degli oppioidi forti anche se l'approvazione della legge 38 nel nostro Paese ha fatto registrare promettenti incrementi spalmati a macchia di leopardo ma con gravi differenze tra Centro-Nord e Regioni del Sud, queste ultime con dati sconcertanti. Curiamo il dolore a seconda delle latitudini. Parafrasando un aforisma di Pascal possiamo affermare che «la terapia del dolore ha le sue latitudini che la sofferenza delle persone malate non possiede».

* Responsabile
di Cittadinanzattiva-Tribunale
per i diritti del malato
della Regione Toscana

Ora pensiamo ... (segue dalla prima pagina)

struzione di reti di servizi sia per le cure palliative che per la terapia del dolore, in età adulta e pediatrica, che abbiano una operatività reale nei diversi setting assistenziali in cui si articolano, secondo criteri di appropriatezza e continuità assistenziale. Tra le scelte organizzative si colloca la creazione di specifiche strutture per il governo della rete assistenziale di cure palliative, della rete assistenziale di terapia del dolore e della rete specifica per i pazienti in età pediatrica, sia a livello regionale che a livello aziendale.

In questa prospettiva, riteniamo di particolare importanza la formazione integrata degli operatori delle reti, per la quale abbiamo recentemente predisposto alcuni progetti regionali, e stiamo

lavorando inoltre a un sistema di valutazione che, agli strumenti consueti di misurazione, offra spazio e considerazione alla persona, in quanto malato, cittadino, familiare. Ci sembra fondamentale infine, favorire l'informazione dei cittadini sulle modalità di accesso alle prestazioni e ai programmi di cura, di cui sono esempio, almeno così ci auguriamo, la campagna “Non più soli nel dolore” e l'istituzione di un call center che offra alla persona informazioni e supporto nel percorso di cura e nel disagio psicologico che tante volte è costretta ad affrontare.

* Dirigente Settore Ospedale
e Governo clinico
** Settore Ospedale
e Governo clinico

SSR AI RAGGI X Empoli: il sistema di sorveglianza dell'Asl registra il minimo storico

Malattie infettive, calo record



Nel 2012 numeri dimezzati grazie anche alle vaccinazioni ai nuovi nati

L'analisi delle notifiche di malattie infettive trasmesse dai medici e pediatri di famiglia e dai vari specialisti ospedalieri nel 2012 evidenzia nell'Asl 11 il minimo storico da quando, nel 1991, è stato attivato il nuovo sistema di sorveglianza. Sono state, infatti, solo 383 le malattie infettive segnalate contro le 735 del 2011. Il considerevole calo è essenzialmente dovuto alla netta riduzione dei casi di varicella conseguente dell'introduzione della vaccinazione, che a partire dal 2010 è offerta a tutti i nuovi nati. Anche le altre malattie prevenibili con vaccinazione si mantengono su livelli estremamente bassi: nel 2012 non si è verificato nessun caso di tetano, di morbillo, un solo caso di pertosse e due di rosolia e di epatite B, tutti in soggetti non vaccinati. Da segnalare che l'unico caso di pertosse ha colpito un neonato che ha dovuto essere ricoverato in ospedale, e che uno dei casi di rosolia ha interessato una donna in gravidanza.

Tutto ciò conferma ancora una volta la bontà delle politiche vaccinali, ma anche l'importanza di mantenere alto il livello di attenzione su questo fondamentale strumento di Sanità pubblica. Riguardo alle malattie per le quali non sono disponibili vaccini o comunque non sono in atto programmi, i dati sono sostanzialmente sui livelli degli anni precedenti. I nuovi casi di tubercolosi sono stati 15, in media con quanto rilevato negli ultimi cinque anni, e hanno interessato quasi esclusivamente stranieri provenienti da Paesi dove la malattia è ancora ad alti livelli di endemia. Tutti i casi di tubercolosi sono stati indagati da parte della unità operativa Igiene e Sanità pubblica, e sono state controllate 86 persone tra conviventi e contatti: di queste, 27 sono state inviate a percorsi diagnostico-terapeutici di secondo livello, e in 14 casi è stata avviata la terapia preventiva.

A inizio 2012 si sono, inoltre, verificati 4 casi di epatite C acuta in un gruppo di giovani adulti coinvolti in un episodio di tossicodipendenza occasionale con scambio di siringa. Tra le tossinfezioni alimentari, sostanzialmente stabili le notifiche di salmonellosi non tifoidee, a dimostrazione di un adeguato controllo della filiera alimentare. Sono stati comunque segnalati cinque piccoli focolai epi-

demici di tossinfezioni alimentari, che hanno coinvolto complessivamente 49 persone. In 4 casi erano implicati esercizi pubblici ed è stata attivata l'indagine da parte del Settore alimenti e veterinaria.

Relativamente a meningiti e malattie invasive batteriche, nel 2012 non si è verificato alcun caso di meningite meningococcica, mentre si sono registrati 2 casi di meningite pneumococcica e una sepsi di origine ignota che ha provocato il decesso di una donna di 66 anni. Pur senza evidenziare criticità dal punto di vista epidemiologico, si evidenzia ancora la necessità di migliorare la copertura vaccinale per meningococco e pneumococco nei soggetti con patologie a rischio (asplenic, diabetici, immunodepressi ecc.), mentre risulta evidente che con l'introduzione della vaccinazione nei nuovi nati i casi di malattia invasiva da meningococco C si sono praticamente azzerati. Sono stati, inoltre, segnalati 6 casi di legionellosi, patologia il cui lieve aumento negli ultimi anni è attribuibile essenzialmente a una maggiore accuratezza diagnostica.

Per quanto concerne le patologie parassitarie cutanee, sono stati notificati 28 casi di scabbia con piccoli focolai a livello familiare. Tra le malattie di importazione, si è registrato un caso di febbre tifoide contratto in Madagascar. Le malattie a trasmissione sessuale risentono di evidenti limiti di notifica: nel 2012 sono stati comunque segnalati 4 casi di sifilide.

In sintesi, il quadro epidemiologico delle malattie infettive nell'Asl 11 non mostra particolari preoccupazioni. Ciò non deve però fare abbassare il livello di attenzione su tutte quelle pratiche preventive ormai dimostrate ampiamente efficaci, innanzitutto le vaccinazioni (sia dei bambini che degli adulti e soprattutto dei soggetti con patologie a rischio), ma anche gli interventi di prevenzione ambientale e l'attenzione all'adozione delle comuni norme igieniche e dei corretti comportamenti per prevenire possibili contagi.

a cura di
Maria Antonietta Cruciata
Ufficio stampa Asl 11 di Empoli

PROGRAMMA «ODONTOIATRIA SPECIALE»

Cure ai denti per i disabili bisognosi

L'Asl 11 ha attivato di recente il percorso «Odontoiatria speciale» per disabili con basso grado di collaborazione, per i quali affrontare una seduta odontoiatrica può essere problematico. Adottando, invece, un approccio assistenziale che tiene conto delle specificità del paziente, sarà possibile gestirla in maniera appropriata.

Il servizio di odontoiatria speciale dell'Asl 11 ha tre ambiti di intervento: la prevenzione - strumento principe della presa in carico dei disabili -, nel tentativo di ridurre l'incidenza delle patologie odontoiatriche più elevata a causa delle maggiori difficoltà nel compimento delle normali manovre di igiene; le cure ambulatoriali che costituiscono una modalità obbligata di valutazione del grado di collaborazione, la definizione del percorso terapeutico e le cure possibili, applicando il metodo della progressiva desensibilizzazione; le cure in sedazione profonda o in anestesia generale, che il dentista mette in atto per effettuare la terapia. I destinatari del progetto sono, dunque, i disabili bisognosi di cure odontoiatriche (che per grave disabilità della comunicazione o psicomotoria non collaborano) e i soggetti anziani affetti da demenza.

L'attività prevista segue un preciso calendario. Il servizio è iniziato con un programma di promozione della salute orale e di screening, che prevede una seduta al mese nelle strutture residenziali-semiresidenziali. Per questo un medico dentista si è recato, nei giorni scorsi, per

la prima volta nella residenza socio-assistenziale di piazza San Rocco a Empoli con lo scopo di visitare le persone che la frequentano, valutare le loro necessità di cure e conseguentemente con lo scopo di indirizzarli all'attività ambulatoriale di odontoiatria speciale oppure direttamente all'attività chirurgica di sala. Successivamente si è tenuta la prima seduta ambulatoriale (frequenza quindicinale), e in seguito la prima seduta di odontoiatria in anestesia generale nelle sale operatorie dell'ospedale di Empoli, con programmazione ogni terzo giovedì del mese. L'accesso al servizio avviene mediante la presenza del dentista nelle strutture residenziali di volta in volta visitate, oppure direttamente da parte del cittadino previa telefonata al numero del call center dedicato. Merita, inoltre, ricordare che l'attività odontoiatrica dell'Asl 11 è articolata in tre aree specialistiche: conservativa, protesica, ortodontica, e che è svolta nelle strutture aziendali e nelle residenze socio-assistenziali come servizio domiciliare strutturato. Collaborano, inoltre, con l'azienda, tramite apposita convenzione alcune strutture private del comprensorio: Eumetica Srl di Castelfiorentino, Centro medico odontoiatrico Andromeda di Empoli, Bioart Srl di S. Miniato Basso. Tali strutture erogano prestazioni odontoiatriche alle stesse condizioni degli ambulatori pubblici in termini di compartecipazione alla spesa, garantendo così un effetto calmierante sul mercato dell'offerta odontoiatrica.

PROCEDURE SEMPLIFICATE ALL'OSPEDALE SAN GIUSEPPE

Dichiarazione di nascita e scelta del pediatra subito in ospedale

Dove viene fatta la dichiarazione di nascita? quanto tempo si ha a disposizione per farla? quali documenti portare? La procedura per svolgere queste pratiche relative a una nuova nascita è molto semplice per i bambini nati all'ospedale "San Giuseppe" di Empoli. La dichiarazione di nascita, infatti, può essere fatta direttamente in ospedale, entro tre giorni dal parto, rivolgendosi all'Ufficio dichiarazioni nascite dell'ospedale in viale Boccaccio a Empoli. Passati tre giorni dalla nascita la dichiarazione non può essere resa in ospedale, ma deve essere fatta entro 10 giorni dalla nascita nel Comune di residenza dei genitori oppure nel Comune dove è avvenuta la nascita.

La mancata dichiarazione di nascita entro i 10 giorni successivi alla nascita, comporta una segnalazione al procuratore della Repubblica in base all'articolo 31 del Dpr 395/2000.

La dichiarazione di nascita effettuata in ospedale sostituisce la dichiarazione di nascita resa all'ufficiale di stato civile. L'atto viene trasmesso dall'ospedale al Comune di residenza dei genitori per la registrazione senza che sia necessario nessun ulteriore adempimento.

I documenti necessari per fare la dichiarazione

di nascita sono l'attestato di nascita rilasciato dall'ostetrica e i documenti di identità in corso di validità dei dichiaranti (es. carta di identità, passaporto). Nel caso di figli nati da genitori sposati fra di loro, la dichiarazione può essere resa (firmata) da uno solo dei genitori. Il bambino risulterà figlio sia del padre che della madre.

Nel caso di figli nati da genitori non sposati tra loro, il bambino risulterà figlio solo di chi ha fatto la dichiarazione di nascita se la dichiarazione di nascita viene firmata da uno solo dei genitori. Se, invece, la dichiarazione di nascita viene resa da entrambi i genitori, il bambino risulterà

figlio sia del padre che della madre.

Nel caso in cui la madre fosse impossibilitata a recarsi presso l'ufficio, l'operatore dell'ufficio preposto alle dichiarazioni di nascita, si recherà presso il reparto di ostetricia per il completamento della pratica. La richiesta potrà essere rivolta a voce e senza nessuna particolare formalità al personale sanitario. Se il neonato è assistito nell'Asl 11, è possibile iscrivere il bambino al Servizio sanitario nazionale e scegliere il pediatra di famiglia contestualmente alla dichiarazione di nascita. I bambini da 0 a 6 anni sono obbligatoriamente assegnati a un pediatra di fiducia.

SAN MINIATO: IL PROGETTO «MOVIMENTO È SALUTE» NELLE SCUOLE PRIMARIE

Contapassi e multe morali, bimbi nemici della sedentarietà

Un progetto di sensibilizzazione all'attività fisica per il mantenimento di un buono stato di salute rivolto agli alunni delle scuole primarie di San Miniato e ai loro genitori. Si chiama «Movimento è salute», il progetto che, promosso dall'educazione alla salute del Dipartimento prevenzione dell'Asl 11 di Empoli, dalla Società della salute Valdarno Inferiore e dal Comune di San Miniato, ha previsto tra le sue nuove attività il contapassi e la multa morale.

Oltre 100 bambini delle primarie «Dante Alighieri» di San Miniato Basso, «Giusti» de La Scala e «Galilei»

di Ponte a Egola, che partecipano al Pedibus, hanno contato i passi che compiono quotidianamente da casa a scuola e durante il tempo libero, e multato simbolicamente gli automobilisti indisciplinati che, avendo parcheggiato sul marciapiede o sulle strisce pedonali, hanno impedito il passaggio sicuro della carovana dei piccoli lungo il percorso per arrivare a scuola.

Ogni bambino è stato, quindi, dotato del gilet catari-frangente caratteristico del «Pedibus», del contapassi, un piccolo strumento agganciato alla cintola in grado di

misurare il movimento giornaliero compiuto da chi lo indossa, e del blocchetto di fogli rosa per stimolare il senso di responsabilità e di correttezza degli automobilisti negligenti.

L'educazione alla salute del Dipartimento prevenzione dell'Asl 11, inoltre, ha realizzato e consegnato a ogni bambino un facile manuale per l'uso del contapassi e il quadernino dei passi, dove ciascuno può annotare il tipo di movimento fatto, la quantità di passi effettuata, acquisendo la consapevolezza dell'attività fisica svolta durante la giornata. Già dal-

lo scorso anno, queste scuole primarie di San Miniato partecipano al «Pedibus», il progetto di mobilità sicura casa-scuola composto da una carovana di bambini che si muovono a piedi con un autista ad aprire la fila e un controllore a chiuderla, lungo un tragitto che prevede delle fermate prefissate a orari stabiliti e un capolinea. Tali scuole, inoltre, hanno aderito al progetto stretching in classe che prevede, nel corso dell'orario scolastico, momenti dedicati allo svolgimento di esercizi di stiracchiamento. Stretching in classe è un progetto che coinvolge oltre

2.500 alunni delle primarie nei 15 comuni dell'Asl 11.

Movimento è salute: l'attività fisica fa bene all'organismo, migliora l'umore, il funzionamento dei muscoli e delle articolazioni, fa guadagnare in salute. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità i bambini e gli adolescenti dovrebbero fare almeno un'ora di movimento al giorno per un buon sviluppo psico-fisico. In Italia la sedentarietà, come il sovrappeso e l'obesità, sono in continuo aumento nella popolazione e, in special modo, nei più giovani.

Muovendosi a piedi, inol-

tre, si fa guadagnare salute anche all'ambiente. Dall'indagine effettuata dall'educazione alla salute dell'Asl 11 «La mobilità tra casa e scuola» (a cura di Alberto Silva e altri - agosto 2011), che ha coinvolto oltre 1.000 bambini del territorio, è emerso che se 100 bambini, che abitano a una distanza inferiore a 1 km dalla scuola, vanno a piedi (nei 200 giorni dell'anno scolastico) fanno risparmiare l'immissione di 320 kg di benzene e di 4,8 tonnellate di anidride carbonica all'anno, riducendo notevolmente altresì il traffico, gli incidenti e le polveri sottili.

DOCUMENTI

La Giunta vara gli indirizzi per l'assegnazione degli obiettivi 2013 alle aziende sanitarie sul corretto uso di medicine e medical device

Farmaci e dispositivi: il risparmio con appropriatezza

Spesa fissata a 1,563 miliardi - Dalle liste di trasparenza almeno il 72% delle prescrizioni - Tutti i limiti per tipologia di sostanza

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 201/2013 della Regione su «Individuazione e assegnazione obiettivi alle aziende sanitarie toscane per farmaci e dispositivi medici per l'anno 2013»

LA GIUNTA REGIONALE

Vista Legge regionale 27 dicembre 2012, n. 81, "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria", art. 3 "Budget economici per la farmaceutica e i dispositivi medici" che prevede la definizione dell'obiettivo di contenimento della spesa per l'anno 2013 per i farmaci e i dispositivi medici;

Vista la delibera Giunta regionale Toscana n. 138/2011 avente a oggetto "Linee di indirizzo per l'acquisizione e la gestione di talune categorie di farmaci e dispositivi medici per le Aziende sanitarie della Toscana";

Vista la delibera Giunta regionale Toscana n. 379/2012 che prevede l'istituzione di un Gruppo tecnico regionale per l'adozione di linee di indirizzo per l'adozione di linee di indirizzo per l'appropriatezza dell'impiego dei dispositivi medici e l'uso razionale delle risorse;

Visto il decreto n. 2752/2012 con il quale sono stati individuati i componenti del Gruppo tecnico regionale per l'adozione delle suddette Linee di indirizzo;

Vista la delibera Giunta regionale Toscana n. 1234/2012 con la quale sono state adottate Linee di indirizzo relative alle procedure regionali di acquisizione e gestione di dispositivi medici a favore delle Aziende sanitarie toscane;

Vista la delibera Giunta regionale Toscana n. 1235/2012 avente a oggetto l'approvazione

Sanità Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore
ROBERTO TURNO

comitato scientifico
Eduardo Majno
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 19 del 21-27 maggio 2013 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
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

Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie e alle Aree Vaste e relativo piano operativo;

Vista la delibera Giunta regionale Toscana n. 754/2012 che contiene azioni di indirizzo alle Aziende sanitarie e agli enti del Servizio sanitario regionale (Ssr), attuative del Dl 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Ssr;

Vista la delibera Giunta regionale Toscana n. 250/2012 avente a oggetto "Terapia farmacologica in oncologia: istituzione di un gruppo di lavoro regionale per l'adozione di linee di indirizzo";

Vista la delibera Giunta regionale Toscana n. 251/2012 avente a oggetto "Impiego di farmaci antivirali per uso sistemico: istituzione di un gruppo di lavoro regionale per l'adozione di linee di indirizzo";

Considerato che la spesa farmaceutica convenzionata netta relativa all'anno 2012, rilevata dalle Distinte contabili riepilogate inviate mensilmente dalle aziende Usl al competente Settore regionale, è stata, a livello regionale, pari a 502,4 milioni di euro;

Considerato che la spesa per farmaci somministrati nelle strutture sanitarie e per farmaci erogati direttamente o in Distribuzione per conto di cui alla nota Prot. N. AOO-GRT/143471/Q.90.70 del 23/05/2008, al netto di vaccini, di plasmaderivati da lavorazione del plasma raccolto presso le Sstt e gas medicali diversi da ossigeno, è stata, a livello regionale, pari a 640,6 milioni di euro;

Considerato che la spesa per dispositivi medici risultante dai preconsuntivi Ce 2012, inviati dalle Aziende sanitarie al competente Settore regionale, è stata, a livello regionale, pari a 492,5 milioni di euro;

Vista la nota Prot. N. AOO-GRT/156921/Q.90.70 trasmessa in data 21 febbraio 2012 alle Aziende sanitarie con la quale si individuano gli indicatori di appropriatezza per l'anno 2012;

Visti i risultati raggiunti a novembre 2012, riportati nell'apporto monitoraggio e comunicati ai direttori generali con nota Prot. N. AOOGRT/49930/Q.90.70 del 20 febbraio 2013;

Considerati i risparmi che le Aziende avrebbero potuto realizzare, su base annua, se si fossero attestate al miglior valore registrato fra le Aziende per le categorie di farmaci oggetto di monitoraggio, riportati nelle singole tabelle allegate alle note di cui al paragrafo precedente;

Ritenuto che, attraverso appropriati interventi, tutte le Aziende possono recuperare una percentuale non inferiore al 50% della somma dei risparmi nelle singole categorie di cui alla nota Prot. N. AOOGRT/49930/Q.90.70 del 20 febbraio 2013;

Ritenuto di dover provvedere, come previsto dalla delibera Giunta regionale Toscana n. 87/2013 avente a oggetto "Individuazione e assegnazione obiettivi alle aziende sanitarie, agli Estav, alla Fondazione Gabriele Monasterio e all'Ispo ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2013", all'assegnazione degli obiettivi alle Aziende sanitarie per l'anno 2013, per farmaci e dispositivi;

Valutate le economie derivanti dalle scadenze brevettuali registrate nell'anno 2012 e quelle stimabili dalle scadenze brevettuali dell'anno 2013, previste dal Dm del 14 gennaio 2013 del ministero dello Sviluppo economico;

Considerato che nell'anno 2013, il numero ricette in regime convenzionale è valutabile, sulla base dell'andamento degli ultimi due anni, invariante rispetto all'anno 2012 e che il costo medio delle stesse, al lordo delle economie derivanti da quanto riportato ai paragrafi precedenti, è previsto stabile per l'anno 2013;

Considerato che l'aggravio di spesa derivante dall'immissione in commercio di nuove entità chimiche nonché dall'allargamento delle indicazioni di registrazione di talune specialità medicinali, è valutabile in 12 milioni di euro;

Considerato che la spesa per farmaci somministrati nelle strutture sanitarie e per farmaci erogati direttamente o in Distribuzione per conto di cui alla nota Prot. N. AOO-GRT/143471/Q.90.70 del 23/05/2008, al netto di vaccini, di plasmaderivati da lavorazione del plasma raccolto presso le Sstt e gas medicali diversi da ossigeno, è stata, a livello regionale, pari a 640,6 milioni di euro;

Considerato che la spesa per dispositivi medici risultante dai preconsuntivi Ce 2012, inviati dalle Aziende sanitarie al competente Settore regionale, è stata, a livello regionale, pari a 492,5 milioni di euro;

Vista la nota Prot. N. AOO-GRT/156921/Q.90.70 trasmessa in data 21 febbraio 2012 alle Aziende sanitarie con la quale si individuano gli indicatori di appropriatezza per l'anno 2012;

Visti i risultati raggiunti a novembre 2012, riportati nell'apporto monitoraggio e comunicati ai direttori generali con nota Prot. N. AOOGRT/49930/Q.90.70 del 20 febbraio 2013;

Considerati i risparmi che le Aziende avrebbero potuto realizzare, su base annua, se si fossero attestate al miglior valore registrato fra le Aziende per le categorie di farmaci oggetto di monitoraggio, riportati nelle singole tabelle allegate alle note di cui al paragrafo precedente;

Ritenuto che, attraverso appropriati interventi, tutte le Aziende possono recuperare una percentuale non inferiore al 50% della somma dei risparmi nelle singole categorie di cui alla nota Prot. N. AOOGRT/49930/Q.90.70 del 20 febbraio 2013;

regionale e in ogni singola Azienda Usl, su base annua, almeno il 72% del totale delle confezioni erogate in regime convenzionale;

2) Inibitori della pompa acida (ATC=A02BC) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale e in ogni singola Azienda Usl, entro il limite di 18 unità posologiche all'anno per assistito pesato;

3) Inibitori della HMG CoA reduttasi (Statine), (ATC=C10AA)

3.1 Per gli inibitori della HMG CoA reduttasi (codice ATC=C10AA) erogati tramite le farmacie territoriali, in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 92% del totale delle unità posologiche del gruppo C10AA;

4) Adesione alla terapia a base di inibitori della HMG CoA reduttasi associati e non associati, (ATC=C10AA e C10BA)

4.1 Dei pazienti trattati con Inibitori della HMG CoA reduttasi associati e non associati, a livello regionale e in ogni singola Azienda, minimo il 45% deve essere trattato con almeno 290 unità posologiche all'anno;

4.2 La percentuale dei pazienti trattati con farmaci a base di inibitori della HMG CoA reduttasi associati e non associati, con prescrizioni superiori a 420 unità posologiche all'anno non deve superare il 2% dei pazienti

5) Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni (ATC=C10B)

5.1 L'impiego dei farmaci Sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni (ATC=C10B) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale e in ogni singola Azienda Usl, entro il limite di 30 unità posologiche per 100 abitanti (popolazione pesata) all'anno;

6) Inibitori selettivi della serotonina (ATC=N06AB)

6.1 L'impiego dei farmaci Inibitori selettivi della Serotonina (ATC=N06AB) erogati in regime convenzionale o in erogazione diretta o in DPC, deve essere mantenuto, a livello regionale e in ogni singola Azienda Usl, entro il limite di 30 Dosi definite giornaliere (Ddd) per mille abitanti ab die;

6.2 Gli inibitori selettivi della serotonina, erogati in regime convenzionale, a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 90% del totale delle unità posologiche dei gruppi C09C e C09D;

11) ACE inibitori non associati e associati (ATC=C09A, C09B)

11.1 Per gli ACE inibitori non associati (codice ATC=C09A) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 90% del totale delle unità posologiche dei gruppi C09A e C09B;

11.2 Per gli ACE inibitori associati (codici ATC=C09C e C09D) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 90% del totale delle unità posologiche dei gruppi C09C e C09D;

12) Derivati diidropiridinici (ATC=C08CA)

12.1 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.2 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.3 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.4 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.5 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.6 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.7 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.8 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.9 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.10 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.11 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.12 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.13 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.14 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.15 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.16 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.17 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.18 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.19 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.20 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.21 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.22 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.23 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.24 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.25 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.26 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.27 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.28 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.29 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.30 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.31 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.32 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.33 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.34 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.35 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.36 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.37 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.38 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.39 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.40 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.41 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.42 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.43 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.44 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.45 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.46 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.47 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.48 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.49 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.50 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.51 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.52 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.53 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.54 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.55 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.56 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.57 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA;

12.58 Per i derivati diidropiridinici (codice ATC=C08CA) erogati in regime convenzionale, i farmaci a base di molecole non coperte da brevetto devono rappresentare, su base annua, a livello regionale ed in ogni singola Azienda Usl, in termini di unità posologiche erogate, almeno il 95% del totale delle unità posologiche del gruppo C08CA

SOSTENIBILITÀ

La Regione aderisce al progetto Ue promosso dal Comune di Padova



«Eco Courts» cambia le case

Obiettivo: ridurre il metabolismo urbano con azioni di risparmio energetico

Con la crisi che corre è una buona idea riconsiderare i nostri consumi. I grossi danni all'ambiente provengono dalla produzione delle industrie e dai servizi, ma anche i cittadini consumatori possono fare moltissimo. È infatti nelle nostre città, e in particolare negli edifici a uso abitativo, che si consuma il 30% dell'energia totale erogata a livello nazionale. L'Italia è il secondo Paese europeo per uso pro capite di acqua al giorno, pari a 340 litri per abitante. I rifiuti di casa rappresentano il 55-60% dei rifiuti prodotti nelle città, e secondo l'Istat nelle nostre case si consumano sempre più energia elettrica e gas. Il nodo di ogni politica di contenimento dei consumi, e al tempo stesso di prevenzione del disastro ambientale conseguente, lo si scioglie in città, anzi a casa nostra. Nelle abitazioni private si possono fare

molte cose, e molto significative.

Da qui l'idea di Eco Courts (www.life-ecocourts.it) un progetto europeo che si prefigge lo scopo di promuovere, valorizzare e premiare questi primi passi, di farne conoscere i percorsi, di seguirne la direzione virtuosa, di consigliarne l'esempio. Per questi motivi, e in coerenza con quanto indicato nel Piano di indirizzo per la tutela dei consumatori e degli utenti, la Regione Toscana ha aderito al progetto promosso dal Comune di Padova, che ne è capofila. Gli altri partners sono la Regione Emilia-Romagna, Legacoop, Finabita (l'Agenzia nazionale di servizi di Ancab, l'Associazione Cooperative di abitanti aderente a Legacoop), e Ancc-Coop (Associazione nazionale cooperative di consumatori).

Il progetto Eco Courts parte dall'idea che gli edifici che ospitano i

cittadini siano il luogo ideale dove avviare iniziative di gestione sostenibile delle risorse, riducendo consumi e spese a vantaggio di tutta la comunità. I condomini sono un luogo di aggregazione che può stimolare azioni collettive in grado di contribuire al benessere ambientale e sociale. Il progetto punta a razionalizzare i consumi di acqua ed energia e a ridurre la produzione di rifiuti. L'iniziativa si basa sulla realizzazione e applicazione di un kit di strumenti informativi e interattivi per la gestione eco-efficiente degli alloggi e dei condomini (tutorial), disponibile on line per i cittadini e le famiglie che aderiranno al progetto. Il kit consente di misurare i propri consumi e fornisce consigli su possibili azioni di risparmio da intraprendere, tra le quali ogni famiglia potrà scegliere.

Qualche esempio? In cucina il sistema meno costoso per cuocere i cibi è il gas. I "fornelli a induzione" presentano svariati vantaggi dal punto di vista energetico se abbiamo pannelli fotovoltaici, ma sono costo-

si e necessitano di batterie di pentole "ad hoc". Le classi di efficienza energetica sono ormai necessarie su tutti gli elettrodomestici (dal forno alla lavatrice) e sono uno strumento importante di risparmio. Ma l'efficienza energetica non si riduce ai comportamenti che ognuno tiene in casa propria e va estesa alle parti comuni. Anche gli ascensori possono essere ecologici e utilizzare sistemi meccanici ed elettromeccanici all'avanguardia. La coibentazione del tetto e le coperture "a cappotto" delle mura esterne portano risultati eccellenti di isolamento termico: le spese di installazione sono medio/alte ma la suddivisione tra i condomini permette un investimento meno gravoso.

Si può risparmiare anche in giardino o nella corte condominiale, utilizzando lampade a risparmio energetico o a pannelli solari per l'illuminazione e installando una stazione per la creazione di compost dai rifiuti del giardino. Può essere una buona idea anche l'installazione di contenitori adibiti alla raccolta differenziata dei rifiuti. Altra idea per risparmiare sull'innaffiamento delle piante del giardino è l'applicazione di un sistema a goccia computerizzato impostato direttamente dai condomini senza l'intervento di un giardiniere. Altri consigli utili si possono trovare sulla parte del sito del progetto dedicata al tutorial (www.cortilecologici.it) e nell'"Agenda del condominio" che è stata distribuita gratuitamente a Terra Futura.

pagina a cura di
Cristian Iozzelli
settore Tutela dei consumatori e degli utenti, Politiche di genere e di promozione delle pari opportunità
Regione Toscana

Kit interattivi per la gestione eco-efficiente

L'agenda del perfetto condomino

L'ultima riforma del condominio risaliva al 1942, in piena guerra. Non occorre molto per capire che nel mondo di Internet qualche ritocco alle vecchie norme era necessario. Il Parlamento ha finalmente approvato la nuova riforma, che entrerà in vigore il prossimo 17 giugno e presenta diverse novità sostanziali.

Le principali sono contenute nell'agenda del condominio, un prodotto editoriale realizzato dal settore Tutela dei consumatori e degli Utenti della Regione Toscana con i fondi del progetto Eco Courts. Uno strumento di facile consultazione, comprensibile anche dai non addetti ai lavori, diviso in due sezioni: nella prima si fa il punto sui nuovi diritti e doveri dei condomini, cercando di spiegare, attraverso lo schema del glossario, come gestire al meglio i rapporti con i vicini di casa alla luce delle nuove norme.

La seconda parte dell'agenda è dedicata al condominio sostenibile e vuole dare la spinta per creare situazioni e soluzioni per un vivere "insieme" migliore, improntato al rispetto reciproco e al rispetto per l'ambiente, in quanto bene comune. L'obiettivo è quello di stimolare il buon senso, la praticità e l'amore per l'ambiente che ci accoglie, facendo leva sulla fantasia e la buona volontà. Un percorso virtuale, con i consigli del tutorial di Eco Courts relativi ai vari ambienti di uso comune (dalla corte condominiale al tetto) e personale, come l'interno dell'appartamento.

L'agenda è stata distribuita presso lo stand della Regione Toscana all'interno della manifestazione Terra Futura, in programma dal 17 al 19 maggio alla Fortezza da Basso.

L'ecologia trova casa

Eco Courts ha fatto tappa a Firenze, all'interno della manifestazione Terra Futura. Sabato 18 maggio alle 10 si è tenuto il workshop "La gestione ecologica delle abitazioni e dei condomini di Eco Courts: fare rete tra cittadini, enti locali e cooperative".

Durante la mattinata è stata presentata l'esperienza di una delle cooperative di abitanti che stanno attuando un proprio piano di azione condiviso. La tavola rotonda sarà inoltre l'occasione per un confronto con altri progetti incentrati sulla sostenibilità abitativa e su come è possibile fare rete tra esperienze di risparmio testate sul territorio.

Il workshop era rivolto ai cittadini, ai membri del Coordinamento A21L, agli amministratori di condominio, alle imprese e alle amministrazioni locali. Il programma della mattinata ha previsto un dibattito sulle strategie e soluzioni per risparmiare risorse insieme, sull'esperienza di riqualificazione energetica di un condominio fiorentino e sul network italiano del vivere sostenibile.

Così si proteggono i consumatori

Anche quest'anno partiranno i corsi di formazione sulla tutela dei consumatori, a cura dell'omonimo settore della Regione Toscana. Nati nel 2011 per dare un supporto agli Urp regionali, per consentire di dare una prima risposta di qualche efficacia alle numerose istanze provenienti dalla cittadinanza, verranno ora riproposti, a partire dal mese di giugno anche a ulteriori fruitori. Tra questi, gli Urp delle amministrazioni provinciali e comunali, le associazioni di volontariato e la rete dei Paas, i Punti per l'accesso assistito ai servizi on line, che offrono un servizio gratuito ai cittadini e sono dotati di risorse tecnologiche e telematiche.

Per le iscrizioni gli organismi interessati potranno inviare i nominativi degli operatori dedicati all'indirizzo e-mail: infoconsumo@regione.toscana.it. In alternativa si potrà scaricare e compilare il modulo di iscrizione in formato excel dal sito www.progettoinfoconsumo.it. Per la data di Firenze le iscrizioni si chiudono il 15 maggio, per le altre province c'è qualche giorno di tempo in più.

I corsi sono gratuiti, hanno una durata di 8 ore (h. 9,00-13,00 e 14,00-18,00 nella stessa giornata) e si terranno presso le seguenti sedi nelle date indicate:

30/05 - Firenze c/o Regione Toscana, Pal. Cerretani, p.zza Unità n. 1 (p. I st. 114);
11/06 - Pisa c/o Cam. Commercio, p.zza V. Emanuele II n. 5
20/06 - Carrara c/o Cam. Commercio, via VII Luglio n. 16;
27/06 - Grosseto c/o Cam. Commercio, via Adda n. 129;
04/07 - Arezzo c/o Cam. Commercio, via L. Spallanzani n. 25

IN PISTA AZIONI EDUCATIVE ANTI-VIOLENZA, SPORTELLI LEGALI GRATUITI, PERCORSI DI ORIENTAMENTO AL LAVORO

Pari opportunità: bando da 95mila euro per 12 progetti

La Regione Toscana dichiara, nel preambolo alla Lr 16 del 2 aprile 2009 sulla cittadinanza di genere, che intende rimuovere ogni ostacolo che impedisca il pieno raggiungimento della parità di genere nell'ambito sociale, culturale ed economico.

La legge mette in campo un coerente insieme di interventi dedicati a conciliare i tempi di vita e i tempi di lavoro. Tra questi interventi va segnalata la valorizzazione del ruolo propositivo e progettuale delle associazioni territoriali che intervengono nello specifico ambito della parità di genere. A tal fine la Regione predispone un bando an-

nuale, e nei giorni scorsi è stata approvata la graduatoria del bando 2012, il quarto dall'emanazione della legge, col decreto dirigenziale n. 1180/2013.

Il bando ha messo a disposizione circa 95mila euro e ha tra i suoi obiettivi la diffusione e l'attuazione del principio di pari opportunità uomo-donna, la valorizzazione della figura femminile, l'equa distribuzione delle responsabilità familiari, la promozione della condizione femminile socio-economica e contrastare le discriminazioni di genere e la violenza sulle donne.

Sono state ammesse a partecipare le associazioni iscritte ai registri regionali del Volontariato o delle Aps il cui statuto o atto costitutivo prevede, anche alternativamente: la diffusione e l'attuazione del principio di pari opportunità fra donna e uomo; la promozione e la valorizzazione della condizione femminile; l'aiuto alla tutela in giudizio nel caso di violazione dei diritti.

Sono risultati finanziabili, in base alle risorse disponibili, 12 progetti, con un contributo massimo previsto per ciascun progetto di 8.000 euro. Gli interventi hanno una

distribuzione territoriale che interessa, sostanzialmente, tutto il territorio regionale.

Alcuni di questi progetti si occuperanno di sensibilizzare le giovani generazioni con laboratori nelle scuole, realizzati col coinvolgimento degli insegnanti, o presso i centri di aggregazione giovanile, sulle tematiche relative al principio di pari opportunità, alla lotta alla violenza di genere e agli stereotipi di genere per un'equa distribuzione dei carichi familiari (Arezzo, Firenze, Grosseto, Livorno, Pisa, Pistoia, Siena). Altre azioni riguarderanno donne vittime

di violenza: si parlerà del sostegno a chi l'ha subita due volte (nell'infanzia e da adulta da parte del marito) con percorsi di uscita che pongono l'attenzione agli effetti della violenza a medio e lungo termine (Firenze); ci si occuperà del reinserimento lavorativo di donne utenti dei centri antiviolenza, case rifugio e centri di ascolto (Lucca); verrà aperto uno sportello legale gratuito per donne vittime di violenza in vista della realizzazione di un centro antiviolenza (Massa Carrara).

Un altro progetto punta a favorire la promozione e la

valorizzazione della condizione femminile socio-economica, con un corso di artigianato sartoriale per donne immigrate implementato con incontri con uno psicologo del lavoro e con un percorso di orientamento al lavoro (Arezzo).

Un'altra iniziativa mira a favorire l'equa distribuzione delle responsabilità familiari uomo-donna, attraverso un corso di economia domestica rivolto prevalentemente agli uomini (ma anche a giovani coppie), che verranno accompagnati verso una presa di coscienza delle complessità del lavoro domestico affinché siano resi più disponibili a condurlo (Massa Carrara).

AREZZO*In vigore le nuove procedure per la prenotazione degli esami radiologici*

Codice priorità su Tac e Rm



Medici generalisti e specialisti dovranno motivare la tempistica richiesta

All'Asl 8 di Arezzo dal 2 maggio sono pienamente operative le nuove procedure per la prenotazione di Tac e Risonanze magnetiche per "classi di priorità", nate dalla necessità di fronteggiare il continuo aumento delle richieste secondo modalità prescrittive (quelle vecchie) che non consentono di differenziare il tempo di attesa in base all'effettiva necessità. Una situazione che si riscontra un po' ovunque in Italia, ma che nella realtà aretina

assume connotati ancora più evidenti. Si pensi che a fronte di una media nazionale di 71 esami ogni mille abitanti (71,3 la media regionale), nella nostra provincia si registra una media di 83,1 esami ogni mille abitanti. Nel 2012 sono state eseguite 28.800 Rm e 42.678 Tac.

Da qualche giorno chi prescrive l'esame (Mmg o specialista), ha l'obbligo di motivare clinicamente la richiesta dell'esame, rapportando, di fatto, il tempo di attesa alla dia-

gnosi formulata, secondo quattro specifiche classi di priorità: Urgente (esame da eseguire entro 72 ore); Breve (entro 10 giorni); Differibile (entro 60 giorni) e Programmabile (senza limite di giorni). «Le nuove modalità di prenotazione - spiegano alla Asl - garantiranno tempi di attesa adeguati a ogni specifica patologia e in base alla priorità clinica, consentendo così di avviare più rapidamente anche eventuali trattamenti terapeutici che si rendessero necessa-

ri. Al contempo, sarà possibile ridurre prestazioni inappropriate e duplicazioni di esami».

Le classi di priorità vengono applicate esclusivamente al momento della prima prescrizione. Diverso, invece, il percorso per i controlli successivi. Se l'impegnativa non indica la priorità, l'operatore del Cup prenoterà la prestazione richiesta applicando la classe "P", cioè programmabile senza limite di attesa. Analogamente, se il medico non indica

nella prescrizione il tipo di accesso (primo contatto o contatto successivo/controllo), la prestazione sarà prenotata come "controllo": questi ultimi sono di norma programmabili e quindi non rientrano nelle classi di priorità, salvo che il medico non riscontri un aggravamento tale, da giustificare l'inserimento nel percorso "prioritario".

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

VIAREGGIO

L'Ospedale della Versilia potenzia strutture e attrezzature oculistiche

Nonostante la difficile situazione economica e i vari tagli alle spese, nel Reparto oculistico dell'ospedale Versilia sono avvenuti alcuni cambiamenti che hanno elevato i già alti standard della struttura diretta da Andrea Vento. Da alcuni mesi, in seguito a una ristrutturazione che ha permesso di ottenere un numero congruo di ambulatori per le varie attività, nel reparto è stata creata ex novo una sala di "attesa pediatrica" dove i piccoli pazienti possono attendere il loro turno di visita.

Questa sala è fornita di arredamento adatto; sedie e tavolino, un televisore e numerosi giochi per bambini. In questo ambiente, estremamente accogliente, i bambini possono giocare e rimanere in ambito "protetto". Oltre a questa innovazione strutturale, il reparto oculistico, grazie all'ausilio degli operatori del Servizio informatico, si è dotato di un programma agganciato al Cup che consente di registrare ogni prestazione (visita, intervento, trattamento laser, esami diagnostici) di ogni paziente afferente per cui, quando il sistema sarà perfettamente a regime, sarà possibile avere a

disposizione la storia clinica oculistica di tale paziente senza bisogno di cartelle e fogli vari. Tutto il materiale potrà essere trovato semplicemente cliccando sul nome del paziente.

Andrea Vento, direttore dell'Unità operativa, ha così commentato: «Sono veramente soddisfatto e ringrazio la Direzione per averci dato la possibilità di migliorare il servizio offerto all'utenza. È mia ferma intenzione allargare la registrazione degli esami dei pazienti a tutto il territorio, cosicché sia possibile creare una rete di informazioni oculistiche che dai vari ambulatori distrettuali possano afferire al Reparto oculi-

In arrivo microscopio tridimensionale per la microchirurgia

stico. Prestissimo dovremmo avere un nuovo tipo di microscopio operatorio tridimensionale che ci aiuterà in sala operatoria nei vari interventi di microchirurgia oculare. Spero vivamente che, nonostante la spending review in atto in tutti i campi, nel prossimo futuro ci diano la possibilità di continuare a lavorare al meglio per la soddisfazione del paziente.».

Stefano Pasquinucci
Ufficio stampa
Asl 12 Viareggio

SIENA

Nuovo trial di Fase II alle Scotte su pazienti con Sindrome di Rett

Ha preso il via al Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena una nuova sperimentazione di fase 2 per la cura della Sindrome di Rett, realizzata dall'Uoc Neuropsichiatria infantile, diretta da Joussef Hayek. «Si tratta - spiega Hayek - di uno studio sugli effetti di una nuova molecola antiossidante con azione specifica nei mitocondri, che è stata somministrata a un gruppo campione di dieci bambine affette da questa

rara e devastante patologia neurologica su base genetica. Allo stesso tempo ad altre dieci bambine, affette dalla stessa patologia, di età e gravità simili, è stato somministrato un farmaco con effetto placebo. Dalla sperimentazione ci aspettiamo risultati molto importanti per migliorare la qualità della vita delle bambine, in particolare crediamo che ci possano essere notevoli progressi neuromuscolari nel camminare e afferrare oggetti e nella diminuzione delle crisi convulsive».

Il gruppo di professionisti che si occupa della sperimentazione è composto dalla psicologa clinica Barbara Montomoli, dal neuropsichiatra Roberto

Canitano, dal neonatologo Claudio De Felice, dal farmacista Silvano Giorgi e dalle ricercatrici Cinzia Signorini, Silvia Leoncini, Alessandra Pecorelli, Gloria Zollo e dalla professoressa Lucia Ciccoli, da tempo impegnati nella ricerca di livello internazionale sulla Rett. «Il trattamento con il farmaco - continua Hayek - durerà sei mesi, ed entro altri sei mesi potremo avere i risultati definitivi. Abbiamo ricevuto

Protocollo per dieci soggetti: risultati entro un anno

numerose richieste da parte di genitori di bambine Rett che manifestano la volontà di far partecipare le proprie figlie allo studio, il nostro desiderio sarebbe di dare una risposta a tutti ma il protocollo sperimentale prevede un numero definito di soggetti». Lo studio è stato presentato al Congresso nazionale dell'Associazione italiana Rett il 17 e 18 maggio, a Roma. «Desidero ringraziare - conclude Hayek - il personale del reparto di Neuropsichiatria Infantile, impegnato nella complessa gestione della sperimentazione».

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou Siena

PRATO

Chirurgia laser: partnership di ricerca con il Bascom Palmer Eye di Miami

Jean-Marie Parel, direttore dell'Ophthalmic biophysics center del Bascom Palmer Eye Institute of Miami, ha attivato una borsa di studio per attività di ricerca e la ricercatrice Heather Durkee, Biomedical Engineer dal settembre 2013, per un anno, supporterà l'attività di ricerca nel campo della chirurgia laser sperimentale e delle microscopie avanzate nell'Unità operativa oculistica dell'ospedale di Prato, diretta da Ivo Lenzetti,

e nell'Istituto di fisica applicata del Cnr a Firenze. La borsa di studio rientra nell'ambito della collaborazione fra l'Uo di oculistica, l'Istituto di Fisica applicata e il più importante istituto di ricerca oftalmologica degli Stati Uniti d'America che in questi anni ha prodotto avanzamenti significativi nel campo della chirurgia corneale, attraverso la messa a punto di tecnologie innovative e di nuove tecniche chirurgiche già in fase di applicazione sui pazienti dell'Oculistica di Prato.

La collaborazione con l'Università di Miami risale al 2004 con la progettazione del laser a diodi. Nel 2005 all'Unità operativa di Oculistica di Prato, per la prima volta al mondo fu effet-

tuato un trapianto lamellare di cornea con tecnica innovativa per la quale furono utilizzate esclusivamente due tecnologie laser. L'intervento fu possibile grazie all'investimento dell'Asl 4 che acquistò un Laser a femtosecondi per i tagli corneali e un Laser a diodo per le suture nell'ambito del progetto "Optowel" di ricerca avanzata condotto dall'Unità operativa Oculistica dell'Asl 4 in collaborazione con il Bascom Palmer Eye Institute University of Miami e con l'Istituto di Fisica applicata del Cnr di Firenze.

Borsa di studio annuale per biomedical engineer

I risultati scientifici sono stati presentati ai più importanti congressi e hanno riscosso interesse a livello internazionale.

L'arrivo della ricercatrice del Bascom Palmer nell'ospedale di Prato testimonia come l'Unità operativa di oculistica sotto la guida del dottor Ivo Lenzetti, con l'apporto significativo di molte professionalità e la dotazione di strumentazioni sofisticate di ultima generazione, sia polo di attrazione per la ricerca in campo internazionale.

Vania Vannucchi
Ufficio stampa Asl 4 Prato

IN BREVE

▼ PISTOIA

Dai primi giorni di maggio a tutti i bambini che nascono al Punto Nascita del presidio ospedaliero di Pistoia sarà donata una maglietta ufficiale della Pistoiese a misura di bambino. L'iniziativa, nel quadro del progetto "Benvenuto Pistoiese", si chiama "Pistoiese nato" e si pone l'obiettivo di accogliere tutti i piccoli che verranno al mondo a Pistoia, con la maglia e i colori della città. Il tutto per manifestare accoglienza nella comunità e valorizzare le peculiarità del territorio. Il progetto si è sviluppato per il desiderio della Pistoiese di accrescere l'attaccamento alla città e l'interesse verso il vessillo arancione e si è realizzato grazie alla collaborazione di un'importante ditta locale che ha messo a disposizione le magliette per i neonati e alla sponsorizzazione di una nota azienda vivaistica. Lo scorso anno nel punto nascita pistoiese sono nati 1.200 bambini.

▼ LIVORNO

Sono stati 13.157 gli utenti che nel 2012 si sono rivolti al servizio di pronto soccorso di Portoferraio e circa un terzo di queste si è concentrato nel picco estivo quando la presenza turistica incrementa e porta a picchi di circa 70 accessi giornalieri. A rendere noti questi dati è Angelo Testa, direttore del pronto soccorso elbano che ammette la complessità di gestire una struttura che viaggia a due velocità molto diverse, quella estiva e quella invernale. «Fra qualche settimana - dice Testa - comincerà un lungo tour de force che si concluderà in settembre e che porterà quasi al raddoppio degli accessi. È una situazione alla quale oramai siamo rodati e abituati e che gestiremo grazie anche ai probabili rinforzi del personale. Sarebbe comunque riduttivo considerarci come un reparto con funzionamento esclusivamente estivo».

▼ EMPOLI

Ventuno lavoratori dell'Asl 11 di Empoli con profili professionali di infermiere e collaboratore amministrativo, individuati per far parte delle squadre di emergenza dell'azienda sanitaria, hanno ottenuto la qualifica di addetto antincendio ai sensi del decreto ministeriale 10/03/98. L'attività formativa del personale è stata organizzata e condotta da personale del Servizio di prevenzione e protezione aziendale, del Dipartimento tecnico e dell'Agenzia per la formazione dell'Asl 11. Viva soddisfazione è stata manifestata anche dai partecipanti al corso mettendo in evidenza l'importanza di un'esperienza formativa di questo tipo, incentrata sul miglioramento della cultura della sicurezza come bene comune di un'organizzazione. La direzione dell'Asl 11 si congratula con i professionisti dell'azienda per l'ottimo risultato.

▼ LIVORNO/2

Ha preso servizio dal primo maggio scorso Elisa Dimitri, la seconda delle tre donne medico che andranno a rinforzare l'offerta sanitaria garantita dalla sezione di Anestesia e rianimazione dell'Elba coordinata da Riccardo Margheri. «Si tratta - spiega Paolo Tamberi, Responsabile del presidio ospedaliero di Portoferraio - di un cammino intrapreso dall'azienda che si concluderà tra un mese. A metà giugno arriverà infatti anche la terza anestesista e grazie a questi nuovi acquisti riusciremo finalmente a coprire tutte le 24 ore della rianimazione, cosa fondamentale per quest'isola. Da luglio quindi il team della Rianimazione sarà composto da ben 7 elementi». Inoltre è previsto anche l'arrivo di un nuovo chirurgo per potenziare l'offerta della chirurgia, con un notevole salto di qualità nell'offerta sanitaria.



NON PIÙ SOLI NEL DOLORE

Cure palliative, un riparo sicuro
di calore umano e scienza medica

La legge 38/2010 tutela l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.



Regione Toscana



Ministero della Salute
www.salute.gov.it

