

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 43 anno XIV del 15-21 novembre 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.Toscana.it

PREVENZIONE

Varate le linee di indirizzo tra Regione e amministrazione penitenziaria

Carceri, strategia anti suicidi

Protocolli d'intesa territoriale per il sostegno alle fragilità e al disagio

Più sicurezza qualificando l'accoglienza

di Barbara Trambusti *

Un piano di accoglienza qualificata e una rete multiprofessionale di sicurezza per prevenire il rischio suicidio in carcere e gli atti di autolesionismo.

È uno dei percorsi imboccati dalla Regione Toscana per tutelare i cittadini detenuti e promuovere la salute: imprescindibile diritto da difendere rigorosamente al pari delle persone in stato di libertà.

Non è uno slogan, ma quello che la Giunta regionale sta sostenendo con impegno, tenacia e risorse proprie, per garantire la salute in ambito penitenziario, dove alle situazioni di ordinario disagio si sommano le emergenze del sovraffollamento e i tagli finanziari attuati dal Governo che influiscono pesantemente sul peggioramento delle condizioni igieniche dei locali e sulla stretta delle misure alternative alla detenzione.

Tra spazi ridotti e insalubri, carenza di personale di vigilanza, mancanza di percorsi educativi, si consumano le giornate dei detenuti. Condizioni di degrado umano, in cui l'ansia e la depressione determinano emergenze quotidiane che il servizio sanitario regionale deve fronteggiare insieme all'apparato penitenziario. Ogni suicidio in carcere è un evento critico per il sistema e una sconfitta per l'umanità intera.

La gravità del proble-

CONTINUA A PAG. 2

Linee guida condivise tra Regione Toscana e amministrazione penitenziaria per la prevenzione del suicidio in carcere. La Giunta le ha approvate con delibera n. 842 del 3 ottobre 2011. Le linee guida affrontano il problema mediante un sistema di misure di prevenzione, orientate a individuare e trattare con tempestività gli stati di disagio e di fragilità delle persone, favorire il contenimento e la diminuzione degli atti di autolesionismo e dei suicidi.

Si tratta di un fenomeno grave che rappresenta in carcere la terza causa di morte: in ambito penitenziario si verifica con frequenza 20 volte maggiore rispetto agli altri ambienti; il 61% dei casi di suicidio riguarda reclusi da meno di un anno; il 51,6% dei suicidi si verifica nei primi sei mesi di reclusione; il 17,2% nella prima settimana di reclusione; il 62% dei decessi per suicidio in carcere riguarda utilizzatori problematici di sostanze. La prevenzione del suicidio rappresenta quindi un'attività diretta a tutelare la salute e la vita delle persone detenute, che richiede di considerare l'insieme complesso dei fattori di rischio e le interazioni derivanti dai profili sanitari e sociali della popolazione ristretta e anche dalle problematiche situazionali dell'ambiente penitenziario.

Nel percorso di formazione delle linee di indirizzo regionali è stata sviluppata una ricerca accurata di tutti gli elementi e le correlazioni tra i fattori rischio caratterizzanti l'ambiente penitenziario e lo stato di detenzione: un lungo elenco di condizioni di disagio e di criticità, costituisce il frutto della condivisione istituzionale del sistema sanitario e di quello penitenziario sulle cause scatenanti gli atti di suicidio in carcere. Il riconoscimento reciproco delle ragioni e degli elementi motivazionali che favoriscono tali gesti rappresenta la base per affrontare il problema e si tratta di uno dei risultati della reale collaborazione fra due mondi profondamente diversi.



OBIETTIVO AUTOSUFFICIENZA

Ecco perché è bene donare il sangue

Campagna di comunicazione in collaborazione con Avis, Fratres, Anpas e Cri

Il 17 novembre al Centro espositivo di Lucca Fiere, nell'ambito della rassegna Dire e fare, sarà presentata la campagna di comunicazione sulla donazione di sangue, plasma e piastrine messa a punto dalla Regione Toscana di concerto con le associazioni di volontariato della donazione del sangue (Avis, Fratres, Anpas e Cri).

Con questa campagna la Regione Toscana, attraverso linguaggi e strumenti innovativi, vuole sensibilizzare alla donazione di sangue, plasma e piastrine il maggior numero possibile di cittadini giovani e meno giovani, italiani o migranti con l'augurio che la donazione di sangue possa essere un ulteriore fattore di integrazione per i nuovi cittadini che rappresentano oltre l'8% della nostra popolazione.

La promozione della donazione di sangue è tanto più importante in questo momento in cui i bisogni tendono costantemente a crescere ancor più della costante crescita delle donazioni. Ogni anno il Sistema trasfusionale toscano raccoglie oltre 240mila donazioni, con un costante incremento del 3% rispetto all'anno precedente, ma tale crescita è accompagnata da fattori come l'invecchiamento della popolazione, l'implementazione di nuove terapie, l'aumento dell'uso in patologie croniche che fanno sì che l'autosufficienza diventi sempre di più un obiettivo difficile da raggiungere.

Mediante appositi protocolli d'intesa territoriale, che devono essere sottoscritti localmente tra le direzioni delle Asl e degli istituti penitenziari, dovranno essere declinate le procedure dirette a perseguire in modo efficace gli obiettivi generali delle linee di indirizzo; tali procedure prevedono, per ogni presidio carcerario, un piano di accoglienza dei nuovi giunti con intervento multiprofessionale qualificato atto a individuare precocemente le necessità di assistenza di tipo infermieristico, specialistico, logistico e di sorveglianza.

Si tratta di un percorso ordinato su due livelli: il primo costituito dal triage medico infermieristico che individua i bisogni sociali, psicologici, psichiatrici, rileva gli elementi di rischio, formula le relative richieste, collabora con il personale dell'area trattamentale e stabilisce l'integrazione clinico-funzionale con l'organizzazione sanitaria dell'Asl; il secondo subentra nel caso siano individuate situazioni di rischio e/o particolare disagio, attraverso l'attivazione del gruppo multidisciplinare, composto da professionisti del servizio sanitario regionale e del sistema penitenziario, che procede con azioni di presa in carico del soggetto, identificazione dei fattori e problematiche psicopatologiche da monitorare, adozione di metodologie validate e condivise, stesura del piano personalizzato di assistenza e cura.

Completano il quadro degli interventi delle linee di indirizzo, il monitoraggio costante del rischio suicidio e degli eventi sentinella, che possono preludere al suicidio, e la formazione strutturata congiunta del personale sanitario e penitenziario.

Maria Rita Cacioli

Settore Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale
Direzione generale
Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

LINEE DI INDIRIZZO A PAG. 4-5 E 6

CONTROCANTO

«Osservare è meglio che sorvegliare»

di Franco Scarpa *

La condizione di detenzione comporta grave disagio sociale, perdita o allontanamento di legami affettivi, sospensione della propria esistenza e modifica delle regole che scandiscono il tempo e la quotidianità.

Gli operatori che lavorano in carcere hanno bene in mente, nella quotidiana attività, questo co-

stante rischio che si annida.

Le linee di indirizzo della Regione sono complesse e descrivono i molteplici nodi organizzativi e le tracce di intervento, dai percorsi di valutazione mirata alla formazione degli operatori, e puntano in particolar modo

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Non autosufficienza, fondi di fine anno

La Giunta regionale ha assegnato le risorse del fondo regionale per la non autosufficienza per novembre e dicembre 2011. Alle zone/distretto saranno assegnati circa 2,9 milioni per i restanti due mesi dell'anno 2011, alle Asl circa 14,6 milioni di euro di quote sanitarie aggiuntive per le Rsa, alle zone/distretto 1 milione di euro di contributo per il recupero di minori entrate da parte dei Comuni e delle Società della salute e risorse per circa 2,6 milioni di euro da utilizzare per persona non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni. (Delibera n. 894 del 24/10/2011)

Radiodiagnostica senza convenzioni

La Regione ha preso atto dei risultati economici e dello sviluppo organizzativo del Dipartimento interaziendale di radiodiagnostica, piattaforma di accordo tra aziende per l'innovazione e appropriatezza organizzativa. Inoltre è stata approvata l'implementazione dell'offerta e dal 1° novembre prevista l'internalizzazione della radiodiagnostica oggi erogata in convenzione: risparmio atteso circa 600mila euro tra il 2011 e il 2012. La Giunta ha anche autorizzato le aziende a gestire il minor costo per riquilibrare e revisionare l'offerta sanitaria. (Delibera n. 905 del 24/10/2011)

ALL'INTERNO

Montelupo "libera" l'Opg

A PAG. 2

Livorno e Pisa: lotta al diabete

A PAG. 3

Protesi retinica all'Aou pisana

A PAG. 7

GESTIONE

Dalla Giunta le linee di indirizzo per il superamento dell'ospedale psichiatrico



Montelupo "libera" l'Opg

Presenze già ridotte di 41 unità - Programma su tre livelli di intervento

La Regione Toscana ha varato, con una delibera recentemente approvata dalla Giunta, le linee di indirizzo per il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo, che prevedono il progressivo trasferimento nelle regioni di origine degli internati che provengono da fuori regione, l'avvio del percorso di dimissioni per gli ospiti che ne hanno i requisiti, e la loro accoglienza in strutture alternative, differenziate in tre livelli, in base alla complessità di intervento. Per queste operazioni, la giunta ha stanziato la cifra di 600mila euro, destinate alle Asl competenti territorialmente: la Asl 11 Empoli, dove ha sede l'Opg di Montelupo, ma anche tutte le altre Asl di provenienza dei 47 ospiti toscani di Montelupo.

La Toscana ha messo in atto da tempo tutti gli interventi previsti dal Dpcm del 2008, che sancisce il trasferimento delle funzioni sanitarie in tutte le istituzioni penitenziarie, Opg compresi, dal ministero della Giustizia al Ssn. Il supera-

mento dell'Opg di Montelupo è un obiettivo prioritario che la Regione si è data, portando avanti contemporaneamente gli interventi sulla struttura penitenziaria e un intenso programma di dimissioni: nel 2010 sono state dimesse 84 persone (di cui 28 pazienti toscani), nel 2011, 60 (di cui 20 toscani). Le linee di indirizzo da poco approvate consentono di proseguire su questa strada, con obiettivi chiari e tempi certi.

Nel 2010, a fronte di una degenza media di 175 persone all'interno dell'Opg, sono state attuate dimissioni per un totale di 84 persone (ampiamente superiore all'obiettivo di 48 indicato dal Dpcm), di cui 28 pazienti toscani, inviati per il 65% in comunità terapeutica, per il 25% al domicilio proprio o dei familiari, per il 10% in residenze sociali. Nel 2011 sono stati dimessi complessivamente oltre 60 pazienti, di cui 20 toscani; i non toscani hanno fatto ritorno nei propri territori di residenza. Questo lavoro di dimissione ha consentito di ri-



L'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo

ridurre le presenze da oltre 165 (registrate alla fine del 2010) a 124 (dato del 20 settembre 2011). Negli altri Opg del territorio nazionale sono presenti 5-6 utenti che risultano residenti in Toscana, per i quali sono previsti il rientro nella Asl di provenienza, la valutazione della condizione sanitaria e l'attivazione del percorso più adatto. Dopo il passaggio delle competenze, la Asl 11 di Empoli ha arricchito la dotazione

organica dell'Opg con ulteriori 9 unità di personale: 2 psicologi, 2 infermieri, 2 operatori socio-sanitari, 2 educatori professionali, 1 medico specialista psichiatra.

Entro il 2011 dovranno essere stipulati tutti gli accordi necessari con le diverse Regioni, per il rientro degli internati nelle rispettive regioni di provenienza. Il trasferimento dovrebbe avvenire entro la fine del 2012. Per quanto riguarda gli

internati toscani, sarà avviato fin da subito un programma di dimissioni per i 19 pazienti ritenuti dimissibili, con un percorso sanitario personalizzato, che può prevedere, a seconda dei casi, il rientro a domicilio, oppure l'invio in una comunità terapeutica. Qualunque sia il percorso proposto, sarà definito e condiviso attraverso uno stretto raccordo con i Dipartimenti di salute mentale territoriali, che prenderanno in carico il paziente e ne seguiranno il reinserimento sociale. Questa fase dovrà concludersi entro il 31 gennaio 2012. In attesa della definizione di questi percorsi, il sistema di accoglienza viene organizzato su tre diversi livelli di intervento, in base alla situazione sanitaria e giuridica delle persone:

- un primo livello, che riconduce gli utenti al circuito ordinario dei Dipartimenti di salute mentale, con attività ambulatoriale e domiciliare, attività semi-residenziali, residenziali e di ricovero;

- un secondo livello, con l'invio in strutture intermedie, o di media sicurezza, come la Resi-

denza Le Querce a San Pietro a Sollicciano (Firenze), con 8-10 posti letto, o la Residenza Tiziano ad Aulla (Massa), con 20 posti letto; quelle toscane sono tra le poche strutture psichiatriche residenziali in Italia e costituiscono un tramite tra lo stato di internamento-detenzione e la libertà;

- un terzo livello, con percorsi di cura e riabilitazione in misura di sicurezza detentiva, come la struttura denominata "Casa del Drago", nel comune di Montelupo Fiorentino.

Per i pazienti toscani che non hanno ancora maturato lo status di dimissibili, è prevista la realizzazione di una struttura con caratteristiche di alta intensità assistenziale, individuata nella cosiddetta sezione Ambrogiana, nell'attuale edificio dell'Opg di Montelupo, che sarà adeguatamente ristrutturata e resa completamente autonoma dal restante complesso edilizio. La struttura - circa 30 posti letto - avrà una completa gestione sanitaria.

Lucia Zambelli
Agenzia Toscana Notizie



GUIDA «NAVIGATORI INDIPENDENTI»: ADDIO ALLE ABITUDINI PERICOLOSE

"Navigatori indipendenti. Una guida sicura", a cura del Coordinamento enti ausiliari Regione Toscana (Ceart), pagg. 20, distribuzione gratuita

Un breve depliant che mette in luce il progetto "Navigatori indipendenti", portato avanti dal Coordinamento enti ausiliari Regione Toscana (Ceart). Il coordinamento, che ha il compito di accompagnare quei soggetti che hanno sviluppato varie forme di dipendenza da sostanze sia illegali che legali, con il coinvolgimento delle autoscuole e dei consulenti automobilistici, punta a creare sinergie operative per implementare e specificare le informazioni che si offrono ai patentandi. Nelle pagine vengono descritti i risultati di una ricerca che ha elaborato la percezione del rischio associato all'uso di sostanze tra gli iscritti alle scuole guida del territorio regionale toscano. Tra questi emerge il titolo di studio e quali si ritengono percentualmente le cause che di più hanno incidenza sui sinistri: assunzione di farmaci, fumare alla guida, mangiare o bere alla guida, assunzione di alcol, sonnolenza, distrazione, guida con il cellulare, cattiva manutenzione delle strade. Nel depliant presenti anche i fattori che influiscono

nel decidere di assumere il rischio e a cosa viene associato, come coraggio, sfida o trasgressione.

I SERVIZI TERRITORIALI IN TOSCANA: STORIA DELLE SOCIETÀ DELLA SALUTE

"Società della salute. L'evoluzione dei servizi territoriali in Toscana. Mettere insieme soggetti e competenze per avvicinare i servizi alle persone", pagg. 10, Centro stampa Giunta Regione Toscana

Organizzazione, rete, siti web delle Società della salute racchiusi in poche pagine per descrivere competenze, funzioni e il futuro della salute di un territorio. "L'evoluzione dei servizi territoriali in Toscana" illustra con estrema precisione la mission delle 25 Sds della Toscana, soggetti pubblici costituiti volontariamente da Comuni e Asl di riferimento. Spiegati i tre filoni di attività: promozione della salute, governo della domanda e organizzazione dell'offerta del sistema di assistenza sociale e socio-sanitaria. Nelle Sds lavorano professionisti, operatori sanitari e sociali, del terzo settore e del volontariato; insieme elaborano i piani integrati di salute e costruiscono il sistema locale dei servizi, perseguendo una integrazione a livello politico-istituzionale, direzionale e professionale.

«CODICE ROSA»: UNA TASK FORCE A TUTELA DELLE CATEGORIE DEBOLI

"Codice rosa. Il magico effetto dominio", a cura di Giuseppe Meucci con la collaborazione di Vittoria Doretta e Giuseppe Coniglio, pagg. 117, 18,00 euro, Pacini editore

Mettere luce su un fenomeno diffuso nella nostra società, ma ancora oggi tragicamente nell'ombra. È questo quello che cerca di fare il libro, scritto per documentare un'innovazione realizzata a tutela delle categorie più deboli della popolazione esposte a episodi di violenza, e raccontare del "Codice rosa" e della task force interistituzionale a esso collegata. Raccolti anche i casi di cronaca raccontati, senza filtro e quindi particolarmente drammatici, che mettono in risalto non solo le vittime e gli aggressori, ma anche il lavoro degli operatori sanitari, investigatori e magistrati che hanno dato vita a questo progetto. Una seconda parte del libro, più tecnica, dove si analizzano e spiegano i compiti del gruppo di lavoro, mostra i risultati del primo anno di attività, con il numero di persone coinvolte, la distribuzione sul territorio degli eventi, e anche i primi 6 mesi del 2011 con i codici rosa identificati e attenzionati.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

sulla prevenzione e sul concetto di "presa in carico" delle persone a rischio, tramite programmi individuali e procedure di sorveglianza e controllo.

In ogni istituto lo sforzo congiunto tra direzione e Asl dovrà consentire il superamento della terminologia e delle modalità di "sorveglianza" di vario livello, vigente in carcere, per definire sistemi più adeguati di "osservazione" e "attenzione" verso le persone a rischio.

L'obiettivo in ogni sede sarà l'individuazione di corrette modalità di integrazione delle risorse dei due sistemi, il personale penitenziario e il personale sanitario.

Il processo di valutazione del rischio suicidario darà i suoi risultati se la comunicazione tra gli

operatori sarà sempre più fluida e coerente, per consentire una piena conoscenza dello stato di salute psichica e delle eventuali determinanti, personali e socio-familiari, che incidono su di esso.

Sarà essenziale facilitare le forme di comunicazione con la persona detenuta per coglierne i segnali premonitori e le varie componenti, che nel carcere sono tenute a occuparsi delle persone detenute e dei loro problemi, dovranno condividere le informazioni e le procedure di intervento: il gesto di addio alla vita non è sempre un segno di malattia psichica, ma è spesso dettato dalla solitudine esistenziale e dal vuoto che essa determina.

È perciò necessario che ogni operatore si adoperi a fornire la

collaborazione possibile per accrescere gli strumenti e le possibilità di intervento. Le linee di indirizzo rappresentano forse il più importante banco di prova su cui si confrontano due organizzazioni, il carcere e il sistema sanitario, orientate al comune interesse di conservare la salute, e la vita, delle persone detenute.

La prevenzione del suicidio è il tema che maggiormente coinvolge fattori connessi alla salute, nonché alla cura, e fattori sociali e ambientali. Il dialogo instaurato a livello centrale deve proseguire a livello locale per realizzare azioni efficaci, perché nessuno possa dire «si poteva evitare».

* Psichiatra e direttore Uoc «Salute in carcere», Asl 11 Empoli

Più sicurezza qualificando ... (segue dalla prima pagina)

ma in termini di salute pubblica, aggravata dalla frequenza maggiore con cui il suicidio si verifica rispetto agli altri ambienti, ha determinato l'esigenza di approntare uno strumento diretto a garantire misure idonee alla prevenzione, partendo dalla valutazione dell'insieme complesso dei fattori di rischio e delle interazioni derivanti dai profili sanitari e sociali della popolazione ristretta nonché dalle problematiche situazionali dell'ambiente carcerario.

Le linee di indirizzo per la prevenzione del suicidio in carcere sono state approvate di recente dalla Giunta regionale e si inseriscono nel quadro più generale degli interventi per la qualità della salute dei detenuti per il biennio 2011-2012 previsti con

apposita delibera del maggio scorso, fra cui ricordiamo il protocollo, già approvato, per la presa in carico dei minori, interventi sul disagio psichico, il rischio clinico, la formazione congiunta, la Sanità d'iniziativa e la Carta dei servizi nonché l'attivazione dei percorsi di valutazione della performance del Mes da attivare all'interno del carcere, a ribadire, ancora una volta, che dal punto di vista sanitario non deve esserci alcuna differenza fra cittadino recluso e cittadino libero, perché la salute è un diritto per tutti.

* Settore Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale, Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Diabetologia livornese e Scuola di specializzazione di Pisa si alleano

Partnership contro il diabete



Gli specializzandi avranno compiti assistenziali oltre alla formazione

È stata firmata una nuova convenzione tra la scuola di specializzazione in endocrinologia e malattie del metabolismo dell'Università di Pisa e l'Asl 6 di Livorno che riconosce il reparto livornese di Diabetologia guidato da Graziano Di Cianni, come "struttura collegata" alla rete formativa della scuola. «Si tratta - spiega Di Cianni - di un importante traguardo per il nostro reparto che viene riconosciuto come adatto da un punto di vista strutturale, tecnologico, organizzativo e assistenziale per la formazione dei medici in specializzazione. Dall'Università di Pisa arriveranno dunque forze fresche e motivate che ci permetteranno di tenere sempre aperto un canale con uno dei centri di formazione più importanti di tutta la Regione. Gli specializzandi parteciperanno alla totalità delle attività sanitarie erogate permettendo a loro di fare esperienza e ai nostri professionisti di confrontarsi con dei giovani di indubbia qualità». «Di questo - aggiunge Cianni - oltre all'azienda non posso che ringraziare il professor Stefano Del Pra-

Più servizi negli ambulatori di Bassa Val di Cecina e Val di Cornia

La diabetologia livornese aumenta i propri servizi ed estende la propria rete alle zone sud. In queste settimane, infatti, è stata ampliata l'offerta di ambulatori diabetologici sia per la Bassa Val di Cecina che per la Val di Cornia con un numero di sedute quasi raddoppiato. Ma l'ampliamento dell'offerta non sarà solo quantitativo, si allargherà, infatti, anche la varietà dei servizi garantiti con giornate dedicate specificatamente al diabete gestazionale, la forma sviluppata dalle donne durante la gravidanza, e al piede diabetico, una delle

complicanze più frequenti e con pesanti ricadute su qualità di vita e salute dei pazienti. Cecina e Piombino diventano così protagoniste della riorganizzazione del percorso per il paziente diabetico con un'assistenza cosiddetta di secondo livello. Nel dettaglio l'attività specialistica diabetologica sarà garantita per circa 20 ore settimanali con ambulatori dedicati alla diabetologia generale, ma anche al piede diabetico e al diabete gestazionale. A breve saranno attivati anche altri servizi dietologici e dedicati al diabete giovanile (tipo 1).

dotti dedicati a gestanti e bambini, alla nuova organizzazione basata sulla Sanità di iniziativa, ma anche la recente estensione di una rete diabetologica uniforme su tutto il territorio aziendale hanno portato a un salto di qualità che è stato riconosciuto anche da un soggetto esterno e qualificato come l'Università di Pisa». «Le nuove normative universitarie - conclude Calamai - prevedono scambi sempre più intensi tra le facoltà e gli ospedali del territorio. Quello che abbiamo sottoscritto spero possa essere il primo passo di una collaborazione sempre più stretta con l'ateneo pisano. Del completamento del complesso percorso che è stato necessario per arrivare alla stipula della convenzione dobbiamo ringraziare in particolare anche il professor Mario Petrini, preside della facoltà di Medicina e chirurgia, che ha sostenuto e incoraggiato il nostro iter permettendoci di arrivare a un livello qualitativo mai raggiunto».

A cura di Pierpaolo Poggianti

to, direttore del Dipartimento di diabetologia e malattie del metabolismo dell'università di Pisa nonché vicepresidente dell'Associazione europea per lo studio del diabete e Paolo Vitti, direttore della Scuola di specializzazione in endocrinologia dell'Università di Pisa, una delle massime autorità in campo nazionale e internazionale del proprio settore che hanno voluto darci questa opportunità coinvolgendo la nostra struttura nelle atti-

vità di formazione universitaria».

La convenzione riguarderà la formazione nella cura del diabete per gli iscritti alla scuola di specializzazione. In particolare il nuovo accordo prevede che i medici specializzandi oltre a partecipare a tutte le attività sanitarie erogate, assumano gradualmente compiti assistenziali fino all'esecuzione di interventi sotto le direttive del tutor assegnato. «Con questa convenzione il reparto di Diabeto-

logia - dice il direttore generale dell'Asl 6 di Livorno, Monica Calamai - ottiene il meritato riconoscimento per tutto quanto fatto in questi ultimi mesi». «Il percorso avviato, intrapreso e condiviso con la direzione aziendale - aggiunge il manager - ha cercato di rilanciare il settore per invertire quella tendenza che, negli anni precedenti, aveva portato a fughe importanti verso strutture di altre aziende. Tale tendenza, grazie ai servizi intro-

ACCORDO DELL'ASL 6 CON «FARMA.LI»

Il ticket ora si paga anche nelle farmacie comunali

Il ticket a Livorno si può pagare nelle farmacie comunali. La novità è frutto dell'accordo stipulato tra Asl 6 e «Farma.Li» che introduce per le farmacie comunali la possibilità di riscuotere non solo i ticket come quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, ma anche le somme dovute per le prestazioni sanitarie svolte in libera professione intramuraria (intra-moenia).

«Si tratta di un nuovo e importante passo avanti - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'azienda

Usl 6 di Livorno - da parte della Direzione per avvicinare sempre più la Sanità ai cittadini e rendere gli accessi alle prestazioni sempre più facili e veloci. Il cittadino da lunedì potrà così non solo beneficiare della grande capillarità sul territorio delle farmacie comunali, ma anche sfruttare la familiarità che questi luoghi hanno soprattutto per le persone più anziane. Si potranno così evitare code e spostamenti con tutto vantaggio per gli uten-

ti». Dopo una prima fase sperimentale la riscossione è stata allargata a tutte le farmacie comunali, ampliando di 9 unità gli sportelli dedicati al pagamento dei ticket sanitari. «I cittadini avranno a disposizione una grande opportunità a due passi da casa - dice Luca Cei, direttore amministrativo dell'azienda UsL 6 - In questo modo si evidenzia ulteriormente il processo di decentramento e facilitazione che sta portando la Sanità sempre più a

portata di tutti i cittadini. Il nuovo modo di pagamento, si va ad aggiungere a quelli recentemente introdotti come la nuova rete di casse automatiche sempre attive all'interno delle strutture dell'azienda sanitaria o il pagamento tramite le ricevitorie aderenti al circuito Lottomatica, che con il sovrapprezzo previsto per tale servizio permettono di pagare il ticket dovuto già in oltre 26mila tabaccai su tutto il territorio nazionale».

L'accordo sancisce la collaborazione sempre più stretta fra azienda UsL 6 e farmacie comunali iniziata con il protocollo d'intesa triennale stipulato lo scorso anno per sviluppare in modo sinergico le attività rivolte alla tutela della salute dell'individuo e della collettività. «Con questo nuovo servizio - dice Alessio Poli, amministratore unico di Farma.Li - si completa l'offerta di servizi al cittadino prevista nel protocollo sottoscritto alla fine del

2010. I cittadini possono ora pagare anche i ticket nelle farmacie comunali, in quella di piazza Grande da subito e progressivamente in tutte le altre. Ricordo inoltre che già ora è possibile prenotare gli esami e stampare i referti grazie ai sistemi "totem" in quattro farmacie comunali e che stiamo procedendo a strutturare, fra i primi in Italia, un nuovo sistema di servizi che diminuisce la burocrazia per il cittadino all'interno di tutte le strutture pubbliche legate al Sistema sanitario nazionale».

TELERADIOLOGIA

Livorno e Viareggio: corsie a un "click" di distanza

Gli ospedali di Livorno e Viareggio sono distanti solo un "click" grazie alla nuova convenzione che prevede la possibilità per l'azienda sanitaria livornese di poter fare, in tempo reale, consultazioni neurologiche ai pazienti di Viareggio attraverso l'invio di immagini in altissima definizione.

«Si tratta - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'azienda UsL 6 di Livorno - non solo di un nuovo servizio messo a disposizione dei cittadini della Toscana, ma anche di un importante riconoscimento del valore e della qualità della nostra Unità operativa di neurochirurgia. Il futuro del sistema sanitario è sempre più legato all'integrazione dei servizi e in questo la teleradiologia ricoprirà un ruolo determinante che permetterà di risparmiare tempo nelle diagnosi e quindi di salvare vite umane».

L'accordo è stato salutato con soddisfazione anche da Giancarlo Sassoli, direttore generale dell'Asl 12 di Viareggio intervenuto alla conferenza stampa di presentazione dell'accordo. «Il territorio della Versilia - dice Sassoli - presenta uno dei tassi più elevati di accessi per traumatologie. Non avendo una Neurochirurgia è per noi determinante poter contare su consulenze immediate che ci permettano valutazioni, in tempo reale, di altissimo livello. Questa nuova convenzione riduce le distanze fra i

professionisti delle due aziende permettendo di arricchire e potenziare i servizi di ambedue le realtà».

I risultati positivi dell'accordo si sono subito fatti sentire. «Il servizio è partito dai primi di maggio - illustra Andrea Belardinelli, direttore Unità operativa innovazione e sviluppo dell'Asl 6 -, ma sono già stati circa 150 i pazienti per i quali si è ricorsi alla teleradiologia per l'invio di esami, principalmente Tac, ma anche risonanze magnetiche. In tutti questi casi sono bastati pochi minuti per una consultazione a distanza senza bisogno di trasferire in urgenza il materiale diagnostico o addirittura il paziente. Il numero di immagini inviate varia molto a seconda del problema e si va dalle cento fino alle seicento per le casistiche più complesse».

«Prima di queste possibilità fornite dalla telemedicina - ricorda Rolando Gagliardi, direttore del dipartimento di Chirurgia specialistica dell'azienda sanitaria livornese - l'unico modo per trasferire referti era quello di stamparli e mandarli con le ambulanze. Una volta arrivati venivano valutati e, se era il caso, si decideva per il trasferimento del paziente. Adesso, oltre al notevole risparmio di non mandare mezzi da un ospedale all'altro, il tempo di attesa viene drasticamente ridotto permettendo di intervenire più celermente sul paziente».

Consulti neurologici a distanza con l'invio di immagini hi-tech

Il progetto per le isole parla "europeo"

Innovazione, tecnologia e telemedicina sono le tre parole chiave del progetto «Sanità delle isole minori della Provincia di Livorno» presentato, alcune settimane fa, al X Convegno nazionale Anspi sull'isola della Maddalena in Sardegna. «Il progetto promosso dall'Asl 6 - dice Antonio Scirè, presidente dell'Associazione nazionale Sanità nelle piccole isole (Anspi) - è innovativo e caratterizzato da tecnologie all'avanguardia con finalità di ridurre le distanze geografiche e i tempi d'intervento. L'Elba è l'isola più grande dell'arcipelago toscano con caratteristiche uniche, ma è anche vero che, in questa fase, si sta realizzando una riorganizzazione dei modelli e dell'offerta dei servizi sanitari che nascono in riferimento al sistema sanitario regionale toscano. I progetti devono sempre tener conto dei vincoli economici ma devo anche garantire modelli standard di qualità ai cittadini isolani. Il lavoro presentato al ministero della Sanità nei giorni scorsi, grazie all'interessamento di Fabrizio Oleari, direttore del Dipartimento comunicazione e prevenzione, ha riscontrato un grande interesse tanto da essere stato portato anche in visione nell'Ue. Il progetto potrebbe essere applicato, infatti, non solo alle isole della provincia livornese o italiane, ma anche alle isole dell'Unione europea». Innovazione, tecnologia, telemedicina, trasporti sono i concetti chiave sui quali ha insistito la presentazione fatta da Andrea Belardinelli, direttore del Dipartimento innovazione e tecnologia, e Donatella Paggiacci, responsabile dell'offerta territoriale della Val di Cornia, in qualità di delegati dell'azienda a presentare al convegno il nuovo modello organizzativo sanitario. «Su queste basi è fondamentale lavorare - hanno ricordato - per ridurre i tempi d'intervento e superare le barriere geografiche, senza tralasciare l'importanza della formazione del personale sanitario come punto fondamentale per tutti quegli operatori che si trovano a operare sulle isole in situazioni di emergenza e criticità».

DOCUMENTI

Il testo delle linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere messo a punto in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria



Contro la disperazione che uccide dietro le sbarre

Protocolli d'intesa con le Asl per l'accoglienza e la valutazione del rischio - Previsti interventi psicologici e spazi riabilitativi

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito il testo della delibera regionale n. 842 proposta dalla direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale e approvata dalla Giunta il 3 ottobre recante le linee di indirizzo per la prevenzione del suicidio in carcere.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Dlgs 230/99, "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419", con il quale è stato avviato un graduale processo di trasferimento dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari dal ministero della Giustizia al Servizio sanitario nazionale;

Richiamata la Lr n. 64/05, "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana", che stabilisce che la Regione Toscana, garantisce ai detenuti e agli internati nelle carceri toscane, i livelli essenziali di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, alla pari degli individui in stato di libertà;

Preso atto della legge n. 244/2007 (Finanziaria 2008), che sancisce (ai commi 283 e 284 dell'articolo 2) il transito definitivo al Sistema sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal ministero della Giustizia;

Preso atto del Dpcm del 1° aprile 2008, nel quale sono riportate le "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità penitenziaria";

Visto il Piano sanitario regionale 2008/2010 che prevede al punto 5.6.2.7, fra gli obiettivi specifici, le

azioni da intraprendere per "La salute in carcere";

Dato atto che il Piano sanitario regionale resta in vigore, ai sensi dell'art. 142-bis della Lr 24 febbraio, n. 40 e del comma 1 dell'art. 104 della Lr 29 dicembre 2010, n. 65, fino al 31 dicembre 2011;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1153 del 14 dicembre 2009 che approva il protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e il ministero della Giustizia, siglato in data 27 gennaio 2010, con il quale sono stati definiti gli ambiti di collaborazione istituzionale e la cornice di riferimento degli interventi finalizzati al miglioramento della qualità della vita dei detenuti e internati presenti negli istituti penitenziari toscani;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 67 del 25 gennaio 2010 che approva, nell'allegato C, il protocollo d'intesa, tra la Regione Toscana, il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (Prap) e il Centro di giustizia minorile della Toscana e Umbria, siglato in data 27 gennaio 2010, relativo alla definizione delle forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 441 del 30 maggio 2011 che approva le linee di intervento prioritarie in materia di Sanità penitenziaria per il biennio 2011-2012, prevedendo espressamente al punto 2 - lettera A dell'allegato 1, l'obiettivo specifico di "Prevenzione del rischio suicidario";

Obiettivo: focus sui bisogni d'ingresso dei detenuti

Rilevata la necessità di garantire il raggiungimento di tale obiettivo, attraverso la puntuale definizione delle modalità di accoglienza multidisciplinare e professionale qualificata, in grado di individuare con tempestività i bisogni in ingresso dei detenuti, nonché gli stati di disagio emergenti tra gli stessi durante la detenzione;

Viste le linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, redatte dalla direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale in accordo con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e con la collaborazione di esperti delle aziende Usl della Toscana;

Ritenuto che l'attuazione delle predette linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere, sia funzionale al raggiungimento dell'obiettivo n. 2 - lettera A, previsto dalla delibera della Giunta regionale n. 441/2011;

Ritenuto di approvare le linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere, contenute nell'allegato A, facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto di attivare un monitoraggio puntuale, per la verifica dell'applicabilità delle linee di indirizzo sopra richiamate, su almeno due istituti pe-

nitenziari toscani da individuare con apposito successivo atto;

A voti unanimi,

DELIBERA

1. di approvare le linee di indirizzo sulla prevenzione del suicidio in carcere, contenute nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, poiché funzionale al raggiungimento dell'obiettivo n. 2 - lettera A, previsto dalla delibera della Giunta regionale n. 441/2011;

2. di attivare un monitoraggio puntuale, per la verifica dell'applicazione delle linee di indirizzo sopra richiamate;

3. di incaricare il competente settore della direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, di dare la massima diffusione al documento di cui al punto 1 e di porre in essere gli atti necessari per l'attivazione del monitoraggio di cui al punto 2;

4. di precisare che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

ALLEGATO A

La prevenzione del suicidio in carcere: linee di indirizzo

Introduzione

Il suicidio è un fenomeno grave che rappresenta un problema di salute pubblica. In ambito penitenziario si verifica con maggiore frequenza rispetto agli altri ambienti, pertanto è necessario che in carcere siano adottate misure idonee di prevenzione.

La prevenzione del suicidio rappresenta un'attività diretta a tutelare la salute e la vita delle persone detenute, che richiede di considerare l'insieme complesso dei fattori di rischio e le interazioni derivanti dai profili sanitari e sociali della popolazione ristretta e anche dalle problematiche situazionali dell'ambiente penitenziario.

Le presenti linee di indirizzo sono state elaborate dal gruppo di lavoro costituito presso la direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana, per affrontare il problema relativo al rischio di suicidio in carcere mediante un sistema di misure di prevenzione orientate a individuare e trattare con tempestività gli stati di disagio e di fragilità delle persone, favorire il contenimento e la diminuzione degli atti di autolesionismo e dei suicidi.

Partendo dall'evidenza che la condizione di detenzione, costituisce di per sé un fattore di maggior rischio relativo al suicidio, è ribadito il principio che la privazione della libertà personale non deve portare alla perdita di altri diritti, tra cui quello alla salute e che il trattamento penitenziario deve sempre assicurare il rispetto della dignità umana, senza discriminazioni di nazionalità, razza, sesso, condizioni economiche e sociali, opinioni politiche e religiose.

Nel percorso di formazione del presente documento è stata sviluppata una ricerca accurata di tutti gli elementi e le correlazioni tra i fattori di rischio caratterizzanti l'ambiente penitenziario e lo stato di detenzione. Quello che superficialmente può

apparire un mero elenco di condizioni di disagio e di criticità, costituisce invece il frutto della condivisione istituzionale del sistema sanitario e di quello penitenziario sulle cause scatenanti gli atti di suicidio in carcere. Il riconoscimento reciproco delle ragioni e degli elementi motivazionali che favoriscono tali gesti rappresenta la base per affrontare il problema e si tratta di uno dei risultati della reale collaborazione di due mondi profondamente diversi che la Regione Toscana si è impegnata a coordinare nel percorso di dialogo e integrazione finalizzato a garantire la salute dei cittadini detenuti, quale diritto fondamentale da tutelare alla pari delle persone in stato di libertà.

1. Premessa

La recente delibera della Giunta regionale toscana n. 441 del 30 maggio 2011, recependo tra gli obiettivi

Il 61% dei casi riguarda reclusi da meno di un anno

eventuali percorsi terapeutici.

È quindi necessario sviluppare una riflessione che porti alla comune individuazione delle migliori strategie e procedure per la gestione appropriata, a tutto campo, del rischio suicidario in carcere, tenendo presente che il suicidio non riguarda necessariamente solo i portatori di sofferenza psichica, condizione comunque largamente diffusa. La carcerazione - e comunque l'avvio di un procedimento penale - costituisce infatti di per sé un fattore stressante acuto, destinato talora, quando la persona non riesce ad adattarsi allo status di indagato e recluso, a diventare cronico.

Queste considerazioni inducono a ritenere che serva, prima di tutto, un diverso modo di accogliere chi viene recluso e la presenza di un gruppo multidisciplinare e professionalmente qualificato, in grado di individuare con competenza i bisogni in ingresso e in secondo luogo - ma non meno importante - attuare le migliori modalità di osservazione e di intervento rispetto alle problematiche emergenti durante la carcerazione, con la definizione degli aspetti di esclusiva competenza di ciascuno dei due soggetti istituzionali, di quelli di

comune intervento, delle procedure e modelli protocollari e comunicativi atti a raggiungere l'obiettivo che ci si prefigge.

2. Il suicidio in carcere

Il suicidio nelle carceri è al momento attuale un grave problema di salute e rappresenta la terza causa di morte. Nel nostro Paese, nel 2009, i suicidi "ufficiali" sono stati 2.986 (643 donne e 2.343 uomini), con un tasso di 4,9 su 100.000 persone.

L'Italia si colloca, fra i Paesi europei con i minori livelli di suicidalità (media europea 10,3 su 100.000).

Il rischio di suicidio è più elevato per le persone in stato di detenzione, rispetto alla popolazione generale, con un rapporto 20 volte maggiore. Il tasso annuo di suicidi, registrato negli istituti di pena italiani, nel 2009 è pari infatti a 116,5 su 100.000 detenuti.

La carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità che induce ai gesti autoaggressivi, chiari, inequivocabili segnali del grave stato di disagio, di malessere in cui i detenuti si vengono a trovare e a vivere.

Possiamo parlare in tal senso di una specifica "vulnerabilità bio-psico-sociale" della popolazione detenuta rispetto a quella generale.

La maggior parte dei suicidi in carcere ha luogo nel primo periodo di detenzione, secondo i dati emersi da uno studio condotto negli anni 2003-2004:

- 61% dei casi di suicidio riguarda reclusi da meno di un anno;
- 51,6% dei suicidi si verifica nei primi sei mesi di reclusione;
- 17,2% nella prima settimana di reclusione.

Il 62% dei decessi per suicidio in carcere riguarda inoltre utilizzatori problematici di sostanze.

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

3. Il carcere

3.1. L'organizzazione del carcere e le sue criticità

L'attuale situazione del carcere costituisce di per sé un elemento di rischio da tenere in considerazione ai fini dell'elaborazione dei possibili interventi tesi alla prevenzione del suicidio. Alcuni di questi aspetti, possono essere così individuati:

- il sovraffollamento delle carceri, giunto a livelli mai osservati nel passato (nel 2011 si registra un incremento del 38% rispetto alla capienza regolamentare negli istituti della Toscana);
- la carenza delle presenze del personale di polizia penitenziaria (-28,7% in media) e dell'area educativa (-34,3% degli educatori previsti) che provocano rispettivamente una contrazione dei posti di servizio e dei livelli di sicurezza degli istituti, una minore presa in carico individualizzata dei detenuti da parte dell'area educativa e delle figure professionali che a detta area afferiscono;

- il contenuto budget per le mercede (diminuito negli ultimi quattro anni del 16% circa a fronte dell'aumento della popolazione detenuta di oltre il 37%) e la conseguente riduzione dell'attività lavorativa che viene svolta dai detenuti per periodi di tempo sempre più ridotti;
- la contrazione progressiva del budget assegnato all'amministrazione penitenziaria per le opere di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture, ridotto negli ultimi anni del 47%, con grave difficoltà di qualificare i livelli igienico-sanitari imposti dalle stesse normative nazionali per gli spazi di vita, validi anche in carcere;

- il maggior turnover negli istituti penitenziari con particolare riferimento alle Case circondariali (Cc) e/o sezione circondariali di Case penali, dei grandi centri urbani della regione che accolgono persone sottoposte a misure detentive con custodia cautelare breve;
- le procedure, che devono essere riviste, e se necessario modificate, con l'individuazione di presidi più adeguati, con minor fonte di rischio, e che di seguito si elencano:

- i fornelli a gas concessi alle persone recluso sono causa di molti decessi, anche preterintenzionali, in soggetti alla ricerca di effetti stupefacenti;
- l'uso eccessivo di alcol, dove ancora consentito, costituisce anch'esso la causa di molti eventi critici;
- gli spostamenti determinati da opportunità disciplinari, o di altra natura, che, laddove possibile, dovrebbero tenere conto maggiormente delle esigenze di salute;
- la concentrazione di soggetti di difficile gestione e ad alto rischio suicidario, nei Centri di osservazione psichiatrica regionali (Cc Firenze Solliciano e Cc Livorno), provenienti dagli istituti di tutto il territorio nazionale;
- le assegnazioni da parte della Autorità giudiziaria al Centro di osservazione psichiatrica, ritenuto alla stregua di un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc), per persone che,

Piena sinergia con l'assistenza sociale territoriale

tratte in arresto, presentino problemi psicopatologici acuti;

- le valutazioni peritali, che designano il futuro penitenziario di un soggetto indagato portatore di sofferenza psichica, che talvolta si discostano dalla realtà del disagio della persona reclusa, accertata nel corso della prolunga presa in carico psichiatrica che ha luogo in carcere;
- la frequenza del turn-over tra gli operatori sanitari e la necessità di una loro adeguata formazione che favorisca la conoscenza del contesto organizzativo del carcere;
- la valutazione della incompatibilità alla detenzione quando ricorrono condizioni di salute che determinano persistenza di danno nei confronti della persona detenuta.

3.2. Fattori situazionali penitenziari

Questi fattori, fortemente individuali, possono determinare l'incremento della spinta autolesiva, agendo su uno stato di vulnerabilità già condizionato dagli elementi descritti precedentemente. Se ne ricordano i principali:

- il trovarsi a tradire la propria parte, nel ruolo di collaboratori di giustizia o pentiti;
- il ritenersi vittima di un giudizio iniquo e/o offensivo;
- l'essere collocato in isolamento;
- l'asimmetria o il conflitto tra le esigenze della persona con la tempistica giudiziaria e le regole penitenziarie;
- le notizie traumatiche che arrivano dall'esterno, spesso dalla famiglia, senza che sia talora possibile predisporre un filtro adeguato;
- la mancanza di relazioni affettive e sessuali;
- la carenza di contatti con la famiglia o le persone affettivamente importanti per il detenuto, aggravata laddove il detenuto non ottiene i permessi.

3.3. Aspetti socio-sanitari

Le ineguali carenze socio-sanitarie dell'attualità richiedono un tempestivo intervento per superarne le criticità e spingono a favorire:

- un'integrazione con gli Uffici di esecuzione penale esterna (Uepe) e i servizi di assistenza sociale territoriale per aumentare la capacità di risposta ai bisogni socio-familiari delle persone;
- la creazione di spazi dove sia possibile una sufficiente sorveglianza sanitaria infermieristica, adeguata anche nella distribuzione di farmaci;
- l'adeguamento del numero degli psicologi della salute mentale agli standard esterni. Gli psicologi non dovrebbero essere solo adibiti all'accoglienza e alla valutazione dei nuovi giunti ma anche occuparsi, secondo i criteri organizzativi che ciascun Dipartimento di salute mentale (Dsm) si darà, della presa in cura di soggetti con rilevanti turbe psichiche e a rischio di comportamenti auto o eterolesivi.

4. La prevenzione del suicidio in carcere

L'elaborazione del profilo suicidario deve basarsi su strumenti e criteri

ricognosciuti validi dalla comunità scientifica per la popolazione generale e di quelli attinenti la specificità dell'ambiente penitenziario.

Citiamo i principali studi che definiscono i fattori di rischio comuni a tutta la popolazione.

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità in generale i fattori di rischio variano per continenti e Stati diversi, secondo variabili culturali, sociali ed economiche. I disturbi psichici sono associati al 90% dei suicidi, in particolare depressione, schizofrenia, disturbi della personalità. Sono inoltre segnalati come fattori di rischio l'abuso di sostanze, l'alcolismo (tra il 5-10% di chi è dipendente si toglie la vita), le malattie fisiche croniche e dolorose, il cancro e la positività all'Hiv in primis, i disturbi neurologici.

Tra i fattori ambientali si riscontrano con significativa frequenza problemi di relazione e familiari, violenze subite, lutti, divorzi e separazioni, eventi traumatici subiti di recente, solitudine. Influiscono in modo rilevante anche condizioni economiche, tracolli finanziari, povertà, disoccupazione, emigrazione.

Per quanto riguarda gli specifici rischi connessi al contesto penale e penitenziario, particolare attenzione è posta a:

- persone al primo arresto - è da porre attenzione verso quanti provengono dalle camere di sicurezza, accompagnati dalle Forze dell'ordine che hanno operato l'arresto;
- persone alla prima detenzione - l'incarcerazione è nella "Holmes/rabe's social readjustment rating scale" al quarto posto nella classifica degli eventi più stressanti;
- persone in attesa di giudizio - il dato è del 38,2% nel 2002 tra i suicidi;

- persone sottoposte a isolamento - i provvedimenti di isolamento, disposti per esigenze giudiziarie, per sanzioni disciplinare, o per esigenze di sicurezza, richiedono la visita medica quotidiana, per valutare la capacità di sopportarne il regime, e il colloquio da parte di un componente del gruppo di osservazione e trattamento e della Polizia penitenziaria (comma 7 dell'art. 73 Dpr 230/00). Per quanto concerne l'isolamento disposto per motivi sanitari, dovuti all'esigenza di salvaguardare la salute individuale e collettiva, precauzionale o in attesa di ricovero in struttura ospedaliera adeguata, esso va realizzato presso le stanze di degenza dell'area sanitaria (comma 1 dell'art. 73 Dpr 230/00), con la garanzia dei necessari controlli e presenze continuative, ove possibile, degli operatori sanitari;
- stili comportamentali - i suicidi sono più frequenti tra coloro che meno socializzano con gli altri detenuti, in assenza di ragioni esplicitate, o, al contrario, esprimono più frequentemente eteroaggressività, sintomo di instabilità del controllo degli impulsi;
- particolari avvenimenti - trasferimenti ad altro carcere, sopravvenuta condanna, disgrazie familiari rappresentano ulteriori fattori stressanti come anche la mancanza di sessualità e affetti;
- persone con lunghe condanne - detenuti condannati a pene lunghe o

nella fase immediatamente successiva alla comunicazione dell'esito del processo;

- persone affette da gravi patologie fisiche a esito infausto.

5. Obiettivo

Il presente documento costituisce lo strumento condiviso tra la Regione Toscana e il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (Prap), contenente le linee d'indirizzo unificate del ministero della Giustizia e del Sistema sanitario e la cornice entro la quale dovranno essere stipulati appositi Protocolli d'intesa territoriali tra le direzioni delle aziende Usl competenti territorialmente e le direzioni degli istituti penitenziari insistenti nel medesimo territorio.

L'obiettivo è coerente con quanto prevede l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome (Rep. n. 102/Cu del 20 novembre 2008) e richiede il Tavolo di consultazione permanente per la Sanità penitenziaria presso la Conferenza unificata (Governo italiano - Presidenza del Consiglio dei ministri) composto dai ministeri competenti e dalle rappresentanze delle Regioni e delle autonomie locali). Il fine ultimo è quello di applicare con maggiore forza i protocolli, perseguendo con una sinergia più efficace, gli obiettivi condivisi individualmente dagli stessi.

I Protocolli d'intesa territoriali, sottoscritti tra le direzioni delle aziende Usl e degli istituti penitenziari dovranno:

- a) definire le modalità e la tempistica dei colloqui di primo ingresso da parte del sanitario, con riferimento alla Carta dei servizi di ogni singola articolazione locale, nel rispetto del disposto dell'ordinamento penitenziario e sulla base del modello organizzativo di valutazione multidisciplinare da adottare nell'accoglienza (nuovi giunti dalla libertà e dai trasferimenti), nonché nella presa in carico e monitoraggio del trattamento dei soggetti a rischio;
- b) definire modalità efficaci di comunicazione tra l'area sanitaria e la direzione dell'istituto (e per essa l'area della sicurezza e l'area educativa) in ordine alla valutazione - sia all'ingresso in istituto sia durante la detenzione - di un eventuale rischio autolesionistico e agli interventi che il sanitario reputa necessari definendo, di conseguenza, congiuntamente alla direzione dell'istituto, le azioni e la presenza da parte degli operatori delle diverse aree secondo le specifiche competenze di ciascuno;
- c) individuare gli indicatori di rischio, cui possono riferirsi gli operatori sanitari e/o quelli penitenziari, e le procedure da seguire da parte degli operatori penitenziari per informare tempestivamente l'area sanitaria nell'eventualità di una emergente criticità;
- d) prevedere l'utilizzo di una modulistica uniforme per la valutazione dei nuovi giunti, la presa in carico, il monitoraggio e l'ascolto dei casi a rischio;
- e) definire, alla luce del passaggio

definito conseguentemente i criteri, le risorse umane e le procedure di esecuzione delle disposizioni di sorveglianza che è possibile realizzare nel singolo istituto, con dettagliate precisazioni relative agli adempimenti che le varie forme di sorveglianza (penitenziaria e sanitaria) comportano;

g) definire puntualmente le procedure per la presa in carico dei soggetti a rischio, sia per la parte sanitaria che per quella penitenziaria. Questo deve avvenire nelle varie fasi del decorso: accoglienza, presa in carico e trattamento congiunto. Occorre inoltre facilitare l'integrazione fra i due sistemi, quello sanitario e quello penitenziario, procedendo a un progressivo adeguamento agli standard territoriali esterni riguardo le modalità di intervento;

h) prevedere, in applicazione dell'art. 16 del Protocollo d'intesa sottoscritto il 27 gennaio 2010, provvedimenti per facilitare, sia a livello regionale che a livello locale, la partecipazione alle iniziative di formazione, informazione e confronto all'interno dei sistemi e fra i sistemi (benchmarking), così da affrontare in maniera integrata il trattamento di situazioni a rischio;

i) individuare e realizzare, per ciascun istituto, le forme migliori di trattamento integrato. L'istituzione del gruppo di intervento obbligatorio di sostegno (di seguito los);

j) definire e realizzare idonee situazioni logistiche che facilitino l'umanizzazione delle azioni previste, sia trattamentali che di ascolto;

k) individuare e rimuovere le situazioni ambientali e la disponibilità di strumenti di possibile autolesionismo, sperimentando modalità diverse di gestione di oggetti o strumenti consentiti dal regolamento penitenziario (per esempio sostituire i fornelli a gas con idonei sistemi di cottura fonti di minor rischio);

l) individuare gli appositi percorsi di osservazione psichiatrica, nell'ambito delle strutture delle aziende Usl e/o per Area vasta, avendo in debito conto le procedure e le strutture già esistenti in ambito regionale. È essenziale che questi percorsi siano utilizzati prioritariamente per detenuti provenienti da istituti della Toscana.

(continua a pagina 6)

Legenda	
Cc	Casa circondariale
Dap	Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria
Dsm	Dipartimento di salute mentale
Grc	Gestione rischio clinico
Prap	Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria
Sert	Servizi tossico-alcol-dipendenze
Spdc	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
Ssr	Servizio sanitario regionale
Uepe	Uffici esecuzione penale esterna
Usl	Unità sanitaria locale

Sanità Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Beatrice Sassi
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 43 del 15-21 novembre 2011 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

► (segue da pagina 5)

6. Linee di indirizzo per la prevenzione e presa in carico

Il Protocollo di intesa territoriale tra la direzione dell'istituto e dell'azienda Usl dovrà contenere specifiche procedure sui seguenti punti.

6.1. Screening/valutazione all'ingresso

Si deve realizzare in ogni presidio carcerario un piano di accoglienza qualificato, che preveda un assessment multiprofessionale e la creazione di un adeguato percorso interno per tutti i nuovi giunti, in particolare per i soggetti che risultano a rischio di suicidio.

Analogamente devono essere individuate azioni, condivise tra l'area sanitaria e quella trattamentale, che consentano, compatibilmente con le decisioni del magistrato, l'accesso ai percorsi di uscita dal carcere per i residenti nel territorio dove insiste l'istituto. L'obiettivo è quello di intervenire a favore delle persone detenute sofferenti e avviarle, ove possibile, a percorsi di reinserimento, sotto il profilo sociale e sanitario, coinvolgendo le istituzioni preposte.

L'accoglienza dei nuovi giunti si articolerà su due livelli e dovrà prevedere:

Primo livello - un triage medico-infermieristico all'arrivo, cui partecipino, ove possibile, anche infermieri con esperienza nella salute mentale pubblica, che individuino l'esistenza di bisogni sociali, psicologici, psichiatrici e formulino le relative richieste. Il triage deve disporre di strumenti valutativi e di liste procedurali che possano consentire, al bisogno, anche con la collaborazione del personale dell'amministrazione penitenziaria debitamente formato, di cogliere gli elementi di rischio, affrontando dall'incontro strutturato. Il Servizio nuovi giunti, attivo in alcuni istituti, deve disporre di una interfaccia con il Servizio sanitario, favorendo la collaborazione tra il personale sanitario e quello trattamentale. L'attività degli psicologi deve essere orientata verso una piena integrazione clinico-funzionale con l'organizzazione sanitaria dell'azienda Usl.

L'obiettivo della valutazione attivata nel primo livello è quello di individuare precocemente interventi di tipo terapeutico, specialistico, logistico e di sorveglianza.

Secondo livello - nel caso si siano evidenziate situazioni di rischio e/o di particolare disagio, laddove non sia necessario il ricovero ospedaliero, dovrà essere attivata la prima possibile, e con le debite modalità organizzative, la valutazione specialistica e l'attivazione di un gruppo multidisciplinare composto da figure professionali appartenenti al Ssr e al sistema penitenziario. Il gruppo multidisciplinare dovrà elaborare la presa in carico del soggetto e la stesura di un piano personalizzato di assistenza/cura.

I professionisti dovranno disporre di strumenti di valutazione del rischio di suicidio e per l'identificazione dei fattori e delle problematiche psicopatologiche che richiedano attenzione.

A tale scopo si segnalano, per un'omogeneità di raccolta dei dati, strumenti validati quali:

- **Mini** (Mini international neuropsychiatric interview),

- **Sas** (Suicide assessment scale) di B. Stanley (1986),

- **Checklist di Arboleda-Florez** - 1989, per il controllo del rischio.

6.2. Presa in carico dei soggetti a rischio e procedure di sorveglianza

Deve essere favorita la presa in carico dei bisogni psicopatologici, che si esprimono nella carcerazione, da parte della struttura aziendale responsabile del territorio in cui il carcere insiste.

La presa in carico e la gestione da parte della salute mentale dei soggetti che presentano un profilo di rischio suicidario si basa, indicativamente e previa valutazione dei singoli aspetti personali e contestuali, sui seguenti passi:

• stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica;

• indicare per ognuna delle persone considerate a rischio le misure di sorveglianza e i controlli, attuabili dal personale penitenziario e sanitario, più adeguate alle condizioni di rischio della persona;

• individuare il luogo più adatto alla cura all'interno del carcere di assegnazione, o di altro istituto penitenziario della regione che presenti condizioni compatibili con l'obiettivo della garanzia della salute del detenuto;

• sviluppare un piano di trattamento sanitario specifico;

• promuovere l'aderenza al piano di trattamento sanitario verificando la effettiva collaborazione del paziente alle prescrizioni farmacologiche e terapeutiche. Devono essere facilitate le forme di somministrazione diretta, e controllata, della terapia da parte del personale sanitario;

• tenere contatti con i familiari, quando possibile e opportuno, da parte degli operatori dell'area educativa e sanitaria;

• rivalutare costantemente il rischio di suicidio e l'efficacia e adeguatezza delle misure di sorveglianza, sanitarie e penitenziarie, adottate nei confronti del paziente;

• monitorare le condizioni psicopatologiche e la risposta alla terapia allo scopo di individuare in tempo utile le situazioni di emergenza/urgenza così da intervenire prontamente ed evitando i ritardi connessi al mancato o parziale riconoscimento dell'urgenza del problema.

I Protocolli di intesa territoriale dovranno inoltre prevedere:

- interventi psichiatrici e psicologici ambulatoriali, collocati il più possibile vicino alla cella del paziente, così da evitare le difficoltà e i ritardi nelle visite. La richiesta di interventi specialistici è attivata dai medici di medicina generale (medico incaricato e medici di integrazione dell'attività sanitaria), professionisti che rappresentano un importante fattore di intercettazione e prima valutazione e screening del disagio delle persone detenute e del bisogno di intervento. Non è peraltro escluso un accesso diretto agli specialisti, per situazioni di emergenza che fossero considerate tali dal personale del Servizio sanitario regionale (Ssr) (medici di guardia, infermieri, educatori, assistenti sociali del Ssr). Gli accessi di tale personale dovranno essere disciplinati da apposite procedure condivise tra la direzione e l'azienda Usl;

- spazi riabilitativi nei quali operino educatori sanitari e che accolgano persone portatrici di sofferenza psichica, a favore delle quali costruire un percorso di uscita attraverso la frequenza di attività e l'assegnazione di forme di lavoro tutelate, durante il soggiorno in carcere. Creazione all'interno del carcere di programmi riabilitativi, anche lavorativi, mirati e progetti di sostegno lavorativo per i soggetti da reinserire in loco;

- interventi di segretariato sociale nella fase di accoglienza e comunque di presa in carico sociale delle questioni previdenziali e di tutela che riguardano la popolazione reclusa, a cura del volontariato e del terzo settore;

- le modalità di richiesta di provvedimenti di sorveglianza, attivata dal medico, contenente la motivazione e le eventuali prescrizioni riguardo agli specifici fattori di rischio;

- programmi individuali di sorveglianza sanitari e/o penitenziari attuabili nei confronti delle persone a rischio. A tale riguardo è necessario definire una nuova e più adeguata terminologia da utilizzare nella stesura di istruzioni operative o protocolli di sorveglianza personalizzati, mirati sugli aspetti specifici che possono contraddistinguere i rischi della singola persona.

Si descrivono le modalità di sorveglianza cui si deve far riferimento:

A) la presenza attiva della polizia penitenziaria nei reparti, secondo le indicazioni e le circolari dell'amministrazione penitenziaria, e con istruzioni finalizzate ai controlli associate a un programma di visite del medico internista e dello specialista, e di controlli da parte di altro personale delle professioni sanitarie ove presenti;

B) la sorveglianza continuativa h. 24 a vista su specifica disposizione della Magistratura o dell'istituto (per motivi disciplinari) sarà praticata 24 ore su 24 ore dalla polizia penitenziaria. A essa, secondo le valutazioni specialistiche psichiatriche, dovrà essere associato un adeguato protocollo di controlli sanitari come descritto in precedenza. Se tale sorveglianza è richiesta dal sanitario, laddove possibile in base all'organizzazione dell'istituto, potrà essere valutata la collocazione (o il ricovero) in stanze di degenza in locali dell'area sanitaria dove sia possibile effettuare la diretta sorveglianza da parte del personale azienda Usl.

C) Laddove non sia possibile procedere alla adeguata sorveglianza e presa in carico sanitaria è necessario programmare e ricorrere alle strutture di ricovero esterno (Spdc).

Protocolli operativi specifici, individualizzati sui singoli casi, saranno attivati nei casi di astensione dall'alimentazione e/o dalle bevande, nei quali siano previsti controlli medici quotidiani e specialistici psichiatrici secondo necessità.

Saranno previsti inoltre interventi a garanzia della continuità assistenziale e specialistica tra interno ed esterno, con particolare riferimento a Dsm e Servizi tossico-alcol-dipendenze (Sert), anche in previsione del ritorno in libertà della persona individuata a rischio.

Le procedure e i protocolli operativi individuati devono essere condivisi tra parte sanitaria e parte penitenziaria (area sicurez-

za e area educativa), per rispondere alle esigenze di sorveglianza sanitaria e/o penitenziaria.

6.3 Il monitoraggio e la gestione del rischio

Il problema del rischio suicidio e degli eventi sentinella, che possono preludere al suicidio, deve essere adeguatamente monitorato con strumenti epidemiologici, che verranno definiti con atti successivi, e opportunamente contestualizzato, mirando soprattutto a un confronto tra le rilevazioni sanitarie e quelle penitenziarie per giungere a un sistema di rilevazione unico e condiviso. Le aziende sanitarie dovranno sviluppare procedure per implementare nelle strutture sanitarie, definite per gli istituti penitenziari, le indicazioni degli atti regionali che riguardano la Gestione del rischio clinico (Grc) con specifico riguardo alle seguenti delibere della Giunta regionale:

- n. 101/09 che istituisce il sistema Simes di monitoraggio degli eventi sentinella,

- n. 1287/04 per individuare facilitatori Grc o Clinical risk manager per le strutture complesse.

Dovrà essere stimolata in ogni istituto, e prevista con specifici obiettivi nelle strutture complesse, la realizzazione di audit sulla Gestione del rischio clinico e rassegne M&M su eventi sentinella, incluso il tentato suicidio, o sui dati degli eventi critici raccolti. Gli audit potranno prevedere una valutazione congiunta con la direzione del carcere che favorirà la partecipazione attiva del personale delle varie aree interessate.

In caso di suicidio devono essere disponibili procedure definite per la raccolta e messa a disposizione di tutti della documentazione sanitaria e amministrativa dell'evento, che prevedano la raccolta delle informazioni necessarie all'analisi del fatto, per garantire il monitoraggio dei casi a rischio, l'individuazione di azioni preventive, l'analisi delle situazioni organizzative e di ogni altra condizione che può influire sul fenomeno.

In coerenza con quanto prevede il punto D) dell'Accordo applicativo dell'art. 7 del Dpcm 1° aprile 2008 (rep. 102 della Conferenza unificata del 20/11/2008), il Protocollo sottoscritto dovrà prevedere che il coordinamento di tutte le azioni descritte, sia affidato al direttore dell'istituto che agirà d'intesa con il responsabile di presidio designato dall'azienda Usl.

7. La formazione

Si ritiene necessario riservare a questi temi uno specifico progetto di formazione del personale penitenziario e del personale sanitario. Il programma formativo deve essere elaborato in collaborazione con i competenti uffici della formazione del Prap e implementato in tutte le sedi di istituto.

Deve essere riservata una specifica formazione, e un'attenzione decisiva, sulla comunicazione in tre specifici ambiti:

• comunicazione delle osservazioni pertinenti raccolte al momento dell'arresto, durante la traduzione e nelle fasi processuali;

• comunicazione tra le profes-

sionalità che lavorano in istituto; • comunicazione con la persona detenuta individuata "a rischio".

In particolare devono essere implementate forme di comunicazione strutturata tra il personale penitenziario e il personale infermieristico, medico e psicologico che lavora nell'istituto, sia al fine di valutare congiuntamente gli elementi di rilievo colti nell'interazione con il paziente, riconoscere e prestare attenzione ai segnali comunicativi indicatori di rischio, sia per la definizione congiunta di procedure di intervento in relazione ai casi specifici che possono presentarsi.

Devono essere inoltre individuate e implementate modalità strutturate di trasmissione dell'informazione al cambio di turno, per garantire che le informazioni rilevanti non vadano perdute.

È opportuna inoltre una formazione del personale sanitario e carcerario sui temi della manipolazione suicidaria e sulla pericolosità intrinseca di tali atti (tentati suicidi ma anche atti autolesivi meno determinati) la cui evoluzione può sfuggire al controllo del soggetto stesso.

In caso di tentativo di suicidio il personale sanitario e di polizia penitenziaria, per quanto di propria competenza e nel rispetto dei rispettivi ruoli istituzionali, deve essere istruito a delimitare l'area e a prestare il primo soccorso.

Il piano formativo deve comprendere le procedure di pronto soccorso e devono essere disponibili in ogni presidio e facilmente raggiungibili, i mezzi salvavita per l'emergenza. ●

Note

1. Fonte dati: Eures su dati Istat 2009

2. Manconi L. et al. (2004), "Cosi si muore in galera - 2° Rapporto sui suicidi nelle carceri romane e italiane" in: www.abuondiritto.it

3. Fonte Prap - dati riportati da Ansa e diffusi dal Provveditore durante la cerimonia in occasione della festa della polizia penitenziaria il 9 giugno 2011 a Firenze

4. Recenti decisioni della Magistratura stabiliscono che «anche le affezioni di natura psicopatologica, qualora siano alla base della malattia afferente alla sfera psicologica, ovvero ne aggravino la sintomatologia e il decorso, sono idonee a giustificare l'applicazione del differimento della pena» e che «non conta se le esigenze cautelari sono eccezionali: il detenuto va ricoverato agli arresti in ospedale nel caso in cui non ci sia un carcere attrezzato per assisterlo nella sua malattia, purché la malattia sia grave, oppure attivare misure alternative alla detenzione in Istituto». Trib. sorv. Milano (3 febbraio 2010) e sentenza n. 8493 del 3 marzo 2011, sesta sezione penale della Cassazione.

5. Manconi L. et al. (2004), "Cosi si muore in galera - 2° Rapporto sui suicidi nelle carceri romane e italiane" in: www.abuondiritto.it

6. "La prevenzione del suicidio nelle carceri", Who 2007

7. Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Provveditorato regionale e Centro giustizia minorile della Toscana e Umbria relativo alla definizione delle forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario - 27 gennaio 2010 (art. 16 Programmi di formazione congiunta)

La valutazione specialistica sarà multidisciplinare

PISA

Impianto unico al mondo su un paziente affetto da retinite pigmentosa

Prima protesi alla retina



Il complesso intervento permette il recupero parziale della vista

A Pisa è stato effettuato con successo il primo impianto al mondo di protesi retinica su un paziente affetto da retinite pigmentosa. Si tratta della prima operazione chirurgica di questo tipo portata a termine dopo la chiusura della fase di sperimentazione, durata più di 9 anni, che ha evidenziato un'ottima tollerabilità del dispositivo nell'occhio umano e promettenti risultati da un punto di vista funzionale. In pratica il dispositivo impiantato, denominato "Argus II" e messo a punto nei laboratori della Se-

cond sight medical products in California, è in grado di ripristinare una parziale capacità visiva in pazienti affetti da malattie degenerative della retina che causano una cecità quasi completa in entrambi gli occhi. L'intervento, ad altissima complessità, è stato effettuato da Stanislao Rizzo, direttore del reparto di Chirurgia oftalmica dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana e dal suo staff. Si tratta del primo impianto di protesi retinica approvata per l'uso nella Comunità europea.

L'operazione è durata meno di 4 ore e

si è svolta senza complicazioni. Fra 2 settimane, il tempo necessario all'occhio per ristabilirsi completamente dalla chirurgia, il dispositivo sarà attivato e calibrato per la funzione visiva del paziente. Da quel momento anche la riabilitazione prenderà il via permettendo al paziente di ottenere i migliori risultati possibili in termini di visione funzionale. In pratica, questa nuova protesi retinica è costituita da minuscoli elettrodi collegati alla retina del paziente, che captano dei punti del messaggio visivo, attraverso una teleca-

mera molto piccola. Gli elettrodi dialogano con la retina compromessa dell'occhio malato traducendo un modello primitivo di possibilità di vedere qualcosa, come oggetti che si spostano nell'ambiente, e poterli riconoscere.

«Sono molto soddisfatto che il nostro ospedale possa offrire in Italia il primo trattamento approvato disponibile per le persone non vedenti affette da retinite pigmentosa. La medicina può ora fare qualcosa per i non vedenti», ha detto Rizzo. L'équipe di Second sight ha poi

fatto visita al prestigioso centro universitario EndoCas (Center for computer assisted surgery), diretto da Franco Mosca, che ha sede sempre a Pisa, all'interno dell'ospedale di Cisanello, e ha annunciato una collaborazione con i laboratori di EndoCas, sponsorizzato fra gli altri dalla Fondazione Arpa presieduta da Andrea Bocelli, nota per sostenere la ricerca sulle malattie dell'apparato visivo.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

EMPOLI

L'area amministrativa dell'Asl 11 verso la certificazione di qualità

L'intera area amministrativa dell'Asl 11 di Empoli ha presentato la sua candidatura per la certificazione di qualità Iso 9001. Nei giorni scorsi alcuni funzionari della società italiana di certificazione Bureau veritas si sono recati nei locali del centro direzionale dell'Asl 11 di Empoli per una prima valutazione del processo di certificazione di qualità secondo la norma Uni En Iso 9001. I funzionari della Bureau veritas hanno svolto quindi la propria attività con riferimento a quelle che sono state identificate come le funzioni qualificanti del dipartimento stesso, formulando un giudizio molto articolato e complessivamente positivo.

Il loro giudizio contiene anche alcune indicazioni decisamente utili nell'ambito del percorso di certificazione, che avrà un'ulteriore fase di importante sviluppo nei prossimi mesi, anche in considerazione dell'obiettivo, fissato dalla direzione aziendale, del conseguimento della certificazione di qualità entro la fine dell'anno 2011.

Per il raggiungimento di

questi primi risultati si devono ringraziare i Responsabili di assicurazione qualità (Raq) di dipartimento che con il supporto del dipartimento Agenzia per la formazione, hanno guidato, con grande impegno e competenza, l'attività del dipartimento finalizzata alla costruzione di un idoneo sistema di qualità, ricordato al generale sistema di qualità aziendale. Il ringraziamento viene esteso a tutto il personale amministrativo e al comitato di dipartimento che è stato motore di questo percorso.

L'obiettivo è arrivare al «bollino» entro fine anno

Il riconoscimento della certificazione sarà non solo un

trattamento importante da conquistare con l'impegno di tutti gli operatori, ma anche un punto di partenza per migliorare costantemente tutti i settori di competenza dell'area amministrativa. Dare il proprio meglio per ottenere la certificazione di qualità contribuisce a migliorare i servizi rivolti al cittadino, sempre più protagonista del sistema sanitario.

Maria Antonietta Cruciani
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

LIVORNO

Rosignano Solvay: pronta l'intesa per la nuova Casa della salute

Presentato il protocollo d'intesa per la realizzazione della Casa della salute, il nuovo distretto sanitario che sorgerà in un'area di proprietà comunale nella zona del Casalino a Rosignano Solvay. «Si tratta di un traguardo importante - ha detto il sindaco del Comune di Rosignano Marittimo, Alessandro Franchi - perché chiude un percorso nato oltre quindici anni fa con la chiusura del vecchio ospedale. Adesso crediamo di poter avviare le procedure di gara entro la fine del 2012 per poter avere l'opera in funzione entro circa 4 anni».

Il protocollo sarà firmato anche da Sds e sindacati

Il protocollo d'intesa sarà sottoscritto oltre che dal Comune di Rosignano Marittimo e Asl 6 di Livorno anche dalla Società della salute e dai sindacati con i quali è stato condiviso il percorso per l'individuazione anche dei servizi che saranno offerti all'interno della struttura. «Nel nuovo distretto saranno concentrate - dice Paolo Lucchesi, direttore della Società della salute della Bassa Val di Cecina - le attività attualmente erogate in via Savonarola a Cecina e in via A. Moro a Rosignano, ma non solo. L'edificio avrà tre piani, uno di questi però, è momenta-

neamente da destinare in modo da poter essere più flessibili nel dare risposte sanitarie adeguate a quelle che saranno le future esigenze».

L'idea alla base del nuovo distretto segue quelle che sono le indicazioni provenienti dalla Regione Toscana di costruire percorsi e servizi sempre più sinergici e razionali per poter diventare un vero punto di riferimento per i cittadini. Così convivranno non solo aspetti sanitari, ma anche ambulatoriali, sociali, amministrativi e magari anche altri che si aggiungeranno con il tempo. «Il nuovo distretto - dice Monica Calamai, direttore generale dell'Asl 6 di Livorno - sarà una struttura moderna con caratteristiche tali da renderlo uno snodo fondamentale tra i servizi sanitari offerti dall'ospedale e quelli del territorio. Si è arrivati qui grazie a un percorso condiviso con i più importanti soggetti di riferimento del territorio. La soddisfazione, quindi, è anche per il lavoro di squadra svolto grazie al prezioso contributo della Società della salute».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

AREZZO

Emergenza: funziona il sistema scelto a Sestino e Badia Tedalda

Da quattro mesi nelle difficili aree montane di Badia Tedalda e Sestino è in vigore un accordo con le locali Misericordie per il servizio di supporto al 118. Un accordo che a parere dell'azienda sanitaria e delle stesse Misericordie sta fornendo risultati importanti in termini di sicurezza della popolazione. La prova del fuoco, anche se sarebbe più giusto dire "del ghiaccio", si avrà nei prossimi quattro mesi, quando le condizioni meteorologiche rendono a volte proibitive le possibilità di soccorso nei tempi dovuti. Ma quanto sperimentato dal 1° luglio a oggi rappresenta una valida base per poter affermare che il modello individuato rappresenta oggi la formula più adeguata per questo territorio.

Per dodici ore al giorno c'è sempre una ambulanza pronta a intervenire ma, nelle stesse ore, in caso di richiesta di soccorso, la centrale del 118 sia per codici maggiori che minori attiva l'ambulanza più vicina anche se non è in servizio. Così come previsto dall'accordo a suo tempo firmato dal direttore del 118 Massimo Mandò con i presidenti delle due Misericordie, Mauro Bartolini e Luciano Crescentini, dietro le in-

dicazioni della centrale che coordina gli interventi, per i codici maggiori l'ospedale di riferimento è quello di Sassocorvaro, nelle Marche. Per la stessa ragione di distanza, c'è un accordo con la Asl marchigiana per far intervenire, in caso di necessità, un medico dell'emergenza territoriale sempre da Sassocorvaro, con una enorme riduzione del tempo di intervento, questo solo per i casi di massima emergenza, arresto cardio-respiratorio o paziente non cosciente.

Si tratta comunque, statisticamente, di pochissimi casi all'anno (intorno a 10-15 codici rossi). E come spesso accade, la soluzione migliore nei casi gravi resta l'elicottero. Il Pegaso utilizza già regolarmente la pista di atterraggio realizzata a Sestino, per la quale sono in corso le pratiche anche per la abilitazione al volo notturno. Solo il maltempo potrebbe a quel punto far scegliere l'ambulanza come mezzo di trasporto. In definitiva questi primi quattro mesi hanno dato risultati importanti e di grande soddisfazione nella assistenza ai cittadini.

Da quattro mesi in vigore l'accordo Misericordie-118

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IN BREVE

▼ EMPOLI

Anche le scuole e le istituzioni del territorio dell'Asl 11 hanno aderito ad "A come acqua", la sesta edizione della settimana di educazione allo sviluppo sostenibile indetta dalla Commissione italiana dell'Unesco, che si è svolta dal 7 al 13 novembre. "Le memorie dell'acqua. L'odissea di due atomi di idrogeno e di uno di ossigeno" è il titolo del progetto cui hanno partecipato oltre 1.900 studenti delle scuole del territorio. Il progetto, promosso dall'Educazione alla salute e dall'unità operativa Ambiente e salute del Dipartimento prevenzione dell'Asl, ha previsto una serie di iniziative per la sensibilizzazione verso la fonte di vita e di benessere più importante del pianeta e la diffusione delle conoscenze sui fattori che lo minacciano e i modelli virtuosi di uso e di consumo.

▼ SIENA

L'Asl 7 di Siena istituisce un corso di formazione per operatore socio-sanitario di 1.000 ore per 30 partecipanti. Le domande di ammissione devono essere inviate entro il 23 novembre e la prova di selezione si svolgerà il 28 dicembre. Al corso possono partecipare, in sovrannumero, i cittadini stranieri in possesso di un titolo dell'area sanitaria conseguito all'estero e non riconosciuto dal ministero della Salute, previa verifica della conoscenza della lingua italiana. Il corso prevede l'alternanza fra formazione in aula e contestualizzazione operativa attraverso esercitazioni pratiche in laboratorio e attività di tirocinio. Sul sito web dell'Asl 7 di Siena è possibile scaricare i bandi e il fac-simile della domanda.

▼ LIVORNO

Dopo il successo della prima edizione del novembre 2010, Comune di Livorno e Asl 6 lanciano anche quest'anno la campagna di sensibilizzazione "Forse non sai che..." per far conoscere i rischi del diabete e imparare a evitarli attraverso una giusta alimentazione e una regolare attività fisica. Battere la malattia sul tempo è possibile: diagnosi precoce, prevenzione, stile di vita corretto, consapevolezza ed educazione possono fermarlo. Fino al 19 novembre saranno coinvolte le scuole, proiettati filmati, consegnati questionari ai ragazzi per indagare sulle loro abitudini alimentari e realizzati dibattiti. Il 17 novembre, al Mercato centrale, medici, infermieri della divisione Diabetologia e responsabili dell'Agdal eseguiranno controlli glicemici e forniranno informazioni utili sulla dieta.

CALENDARIO



MASSA E CARRARA

L'Asl di Massa e Carrara organizza il convegno «La prevenzione del suicidio in ospedale», che intende sensibilizzare il personale sanitario sui rischi di comportamenti suicidari dei pazienti ricoverati. Per info: 0585657516, formazione@usl1.toscana.it



PISTOIA

Presso la sala formazione dell'Asl a Ponte Buggianese si terrà il convegno «Teoria e pratica in salute mentale VIII ciclo: i rapporti tra servizi di salute mentale e medici di medicina generale». Obiettivo: sviluppare pratiche che favoriscano la partecipazione degli utenti ai percorsi. Per info: 0572771522, e.coli@usl3.toscana.it



SIENA

«Il dolore inutile e il ruolo dell'équipe curante. Quale integrazione per contenere la sofferenza» è il titolo del convegno che si terrà a Santa Maria della Scala a Siena. L'evento è organizzato dall'associazione Quavio con il partenariato di Aous e Asl 7. Per info: 0577219049, quavio@quavio.it



Regione Toscana

Piano Promozionale Comunicazione

L'INFLUENZA È ALLE PORTE. DIFENDITI COL VACCINO.

Anche quest'anno, durante il periodo autunnale il Servizio Sanitario della Toscana mette gratuitamente a disposizione delle persone con più di sessantacinque anni e di tutte quelle di qualsiasi età, con patologie a rischio, un vaccino antinfluenzale efficace e sicuro.

In più, coloro che superano i sessantacinque anni, potranno usufruire, sempre gratuitamente, di due dosi di Vitamina D3, essenziale per prevenire l'osteoporosi. Per difenderti dalle complicanze dell'influenza e per mantenerti in salute, parlane con il tuo medico che saprà consigliarti se e quando fare la vaccinazione e sull'opportunità di assumere, se occorre, la vitamina D3.

Servizio Sanitario della Toscana
La salute prima di tutto.

