

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 32-33 anno XIV del 6-12 settembre 2011 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

È l'unica strada per difendere l'universalismo

di Enrico Rossi *

Il Governo ci ha tagliato 66 milioni sulla Sanità e ci ha imposto di introdurre il ticket, dieci euro uguali per tutti. Noi non siamo d'accordo, perché crediamo, come diceva Don Milani, che non c'è nulla di più ingiusto che far parti uguali tra diseguali. Per questo abbiamo modulato l'intervento in base al reddito dei cittadini.

Oggi il 70% delle prestazioni viene assicurato in regime di esenzione. Queste esenzioni, per le patologie croniche, le malattie oncologiche, le malattie rare, per gli invalidi, gli infortunati sul lavoro e tanti altri, le abbiamo riconfermate tutte. In più abbiamo inserito tra gli esenti tutti coloro che hanno un reddito inferiore a 36.151,99 euro. Siamo partiti con l'autocertificazione, in base al reddito familiare annuo fiscale o in alternativa, e meglio ancora, in base dell'Isee, che rappresenta in modo migliore le effettive condizioni economiche di una famiglia. Vogliamo che l'Isee diventi in Toscana il punto di riferimento per la compartecipazione ai servizi sanitari.

Con questi interventi, del tutto nuovi a livello nazionale, diciamo che è possibile garantire lo stato sociale e il diritto alla salute per la parte più debole della popolazione, chiamando i cittadini della Toscana a partecipare in modo intelligente e condiviso allo sforzo di finanziamento del servizio sanitario. Ci siamo

CONTINUA A PAG. 2

COPAYMENT Al via dal 23 agosto la rimodulazione: previsti introiti per 66 milioni

Il ticket è in base al reddito

Tre fasce di compartecipazione per farmaci, visite ed esami, Tac e Rmn

I ticket aggiuntivi introdotti in Toscana su visite specialistiche ambulatoriali e farmaci sono modulati in base al reddito dei cittadini. Non riguarderanno gli esenti e non saranno pagati da coloro che hanno un reddito inferiore a poco più di 36mila euro. Questa la linea scelta dalla Regione Toscana che, a differenza di quanto imposto dal Governo - un ticket di 10 euro per tutto e per tutti indistintamente -, dal 23 agosto ha dato il via all'applicazione della manovra tutelando le fasce più deboli e stabilendo la somma da sborsare in base al reddito.

Secondo una stima della Regione le misure introdotte che riguardano la farmaceutica, specialistica, libera professione in intramoenia e prevenzione sui luoghi di lavoro, porteranno un introito annuo di circa 66 milioni di euro. Il ticket aggiuntivo, sia sulla specialistica ambulatoriale che sui farmaci, subentra se non vi sono esenzioni e riguarderà tre fasce di reddito (individuate rispetto a quello familiare o, in alternativa, Isee): la prima va da 36.151,98 a 70.000 euro; la seconda da 70.000,01 a 100.000 euro; la terza oltre i 100mila euro. Per reddito familiare fiscale si intende quello complessivo lordo, che risulta dalla dichiarazione dei redditi, pari al cumulo dei redditi del dichiarante, del coniuge non legalmente separato e dei familiari a carico, al lordo degli oneri deducibili.

Sia per farmaci che per le visite specialistiche ambulatoriali restano esclusi dal pagamento chi ha un reddito inferiore a 36.151,98 euro. Per quanto riguarda i farmaci saranno pagati 1, 2 o 3 euro a confezione (fino a un massimo di 2, 4, 6 euro per ricetta) a seconda che si rientri in una delle tre fasce. Per le visite specialistiche il ticket da pagare per ricetta sarà di 5, 10, e 15 euro, mentre per Risonanza magnetica e Tac il ticket sarà di 10, 24 e 34 euro. Per la libera professione (intramoenia), che viene trattata come un ambito di compartecipazione, a oggi non c'è alcun ticket aggiuntivo per la volontà di articolare un'intesa con tutte le organizzazioni sindacali mediche ed è stato eleva-

Si paga in base a quanto si guadagna			
	Da 36.151,98€ a 70.000€	Da 70.000€ a 100.000€	Oltre i 100.000€
Farmaci	1€ a confezione (fino a 2€ per ricetta)	2€ a confezione (fino a 4€ per ricetta)	3€ a confezione (fino a 6€ per ricetta)
Ticket aggiuntivo per ricetta per le prestazioni >€10	€ 5,00	€ 10,00	€ 15,00
Ticket aggiuntivo per prestazione Tc e Rmn	€ 10,00	€ 24,00	€ 34,00



LE CATEGORIE DI ESENZIONE

Esente chi dichiara meno di 36mila euro

Esclusione anche per disabili, malati cronici e altre situazioni disagiate

Non dovranno pagare il ticket coloro che hanno un reddito inferiore ai 36mila euro, ma anche gli esenti. Gli esenti sono: gli assistiti affetti da patologia cronica e invalidante individuate dai decreti del ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal decreto del ministero della Sanità 279/2001 per i farmaci correlati alla patologia di esenzione, la valutazione è rimessa al medico prescrittore; gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia; gli invalidi per servizio; gli invalidi civili al 100% e i grandi invalidi per lavoro; i danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge 210/1992; le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari; i ciechi e i sordomuti; gli ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia; gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse purché indicato sulla ricetta; i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego e i familiari a carico; i lavoratori in mobilità e i familiari a carico; i lavoratori in cassa integrazione straordinaria e i familiari a carico; i lavoratori in cassa integrazione "in deroga".

to dal 10% (minimo applicabile) al 30% il costo della prestazione presa a riferimento per la determinazione della tariffa libero professionale.

Per le prestazioni specialistiche non pagherà il ticket chi avrà ricette di importo complessivo non superiore a 10 euro e i già esenti. Resta da aggiungere che, sempre relativamente alle visite specialistiche, dal 19 agosto è stata attuata una revisione parziale del nomenclatore tariffario, fermo dal 1997, per avvicinarlo alla media italiana. Le visite generali passeranno da 18,60 a 22 euro, quelle di controllo da 12,90 a 15 euro.

La cosa che cambia, tra specialistica e farmaceutica, è la modalità di autocertificazione del reddito: nel caso dei farmaci questa avverrà attraverso l'inserimento di codici specifici nella ricetta stessa (a seconda che si tratti di esenzione oppure di appartenenza a una fascia di reddito, sia familiare che equivalente Isee) e apposizione della firma dell'utente in uno spazio apposito; nel caso della specialistica il cittadino dovrà compilare e sottoscrivere una dichiarazione dove indicherà la fascia di reddito a cui appartiene, oppure, se la possiede, dovrà presentare l'attestazione Isee. Visto che si tratta di autocertificazione, chi evade il ticket in base a dichiarazione non veritiera subirà il recupero degli importi non pagati per le prestazioni erogate e la trasmissione degli atti all'autorità giudiziaria per le sanzioni previste. Il momento più burocratico dell'autocertificazione però verrà sostituito dai dati caricati sulla tessera sanitaria.

Per rendere più chiara ai cittadini l'introduzione dei nuovi ticket è stata realizzata una brochure, messo in funzione un numero telefonico dedicato da contattare per sciogliere qualsiasi dubbio, aperta una casella di posta elettronica e affisso locandine presso le aziende sanitarie locali, ambulatori e pronto soccorso con tutte le informazioni utili e necessarie.

Roberto Tatulli

IL TESTO DELLA DELIBERA A PAG. 4-5

CONTROCANTO

Così si aggrava l'errore del Governo

di Marco Carraresi *

Sono in molti a temere - e io sono fra costoro - che l'operazione decisa dalla Giunta regionale della Toscana sulla questione del ticket sanitario possa aggravare ulteriormente le scelte errate compiute in precedenza dal Governo nazionale. Perché si tratta di una misura che rischia di essere onerosissima e iniqua, soprattutto

se a pagarla saranno poi famiglie di condizione economica modesta, ma troppo "ricche" per rientrare nella fascia dell'esenzione. Siamo infatti proprio sicuri che qualche famiglia di operai o di impiegati non rischi di rientrare all'interno della fascia che anche la Regione Toscana ritie-

CONTINUA A PAG. 2

L'ACCESSO ALL'INDICATORE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA

L'«Isee» è un passepartout più facile ottenerlo

La Regione ha consigliato alle famiglie toscane di fare riferimento all'Indicatore della situazione economica equivalente, uno strumento destinato a diventare un punto di riferimento, sia per i servizi sanitari che per i Comuni.

Per ottenere l'attestazione Isee si può andare ai Caaf o scaricare i modelli compilabili sul sito web della Regione. Inoltre per i cittadini toscani che hanno già attivato la Carta sanitaria elettronica (Cse) e che vorranno ottenere l'attestazione Isee attraverso il sito dell'Inps non avranno bisogno di chiedere un nuovo pin. Basta andare sul sito dell'Inps (www.inps.it) selezionare nella sezione «Ser-

vizi on-line» - «Al servizio del cittadino» e scegliere la modalità «Autenticazione con Cns». Un motivo in più per i cittadini toscani per attivare la Carta sanitaria elettronica (<http://www.regione.toscana.it/cartasanitaria>) destinata a diventare uno strumento sempre più utile in numerosi settori della vita quotidiana. Per qualsiasi informazione, si può contattare il numero di telefono dedicato ai ticket creato dalla Regione (055/4385901, tutti i giorni dalle 8 alle 20), scrivere a ticket.sanita@regione.toscana.it, oppure a partire da martedì prossimo 30 agosto, anche il numero telefonico messo a disposizione dall'Inps (055/2378111 dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 15).

ALL'INTERNO

Pescia: ricoveri col bollino Iso

A PAG. 3

Tutti i diritti di «Fido»

A PAG. 6

Siena battezza il nuovo Dea

A PAG. 7

ONCOLOGIA Studio sulle donne toscane conferma l'importanza della prevenzione



Stili di vita prima medicina

Alcol, peso e inattività influiscono sull'incidenza dei tumori al seno

Il 13 luglio scorso sul «Journal of the National Cancer Institute», la prestigiosa rivista medica dell'Istituto nazionale dei tumori americano di Bethesda, sono stati pubblicati i risultati di un lavoro scientifico che descrive un nuovo modello per stimare l'impatto potenziale di una serie di cambiamenti dello stile di vita in senso preventivo sulla probabilità per le donne di sviluppare un tumore al seno. Il modello è stato validato in un ampio gruppo di 10mila donne toscane.

Ricerca sul «Journal of the National Cancer Institute»

Lo studio è stato condotto da un gruppo di ricercatori italiani dell'Istituto di biometria dell'università di Milano (Adriano Decarli) e dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologia (Ispo) della Regione Toscana, insieme a dei ricercatori americani. Sono stati sviluppati numerosi modelli per stimare le probabilità di una donna di sviluppare

la malattia, a partire dal modello di Gail (dal nome dello statistico che lo ha sviluppato e che è anche uno degli autori di questa pubblicazione), basandosi sulla combinazione individuale di fattori non modificabili quali l'età, la storia familiare di tumore al seno, la storia personale di biopsie al seno e aspetti della storia riproduttiva. La maggior parte dei modelli sono stati sviluppati utilizzando dati e stime derivanti dalla popolazione americana. Oggi sappiamo che vi sono anche fattori potenzialmente modificabili, legati allo stile di vita, che possono influenzare lo sviluppo di questo tumore, il più diffuso nella popolazione femminile, tra cui il peso eccessivo in post menopausa, il consumo di alcol e la scarsa attività fisica, e si può ipotizzare che interventi "preventivi" volti a ridurre questi fattori nella popolazione potrebbe-

ro tradursi in una riduzione quantificabile dell'incidenza di questo tumore.

In questo studio, il gruppo coordinato da Mitchell H. Gail ha sviluppato un modello utilizzando stime di rischio associate a una serie di fattori sia non modificabili che modificabili provenienti da uno studio caso-controllo italiano con più di 5mila donne condotte negli anni '90. Queste stime sono state applicate alle donne della coorte «European prospective investigation into cancer and nutrition» (Epic) di Firenze, un ampio studio prospettico che ha coinvolto oltre 10mila donne sane residenti nelle aree di Firenze e Prato. Le donne toscane sono state seguite nel tempo per identificare tutti i tumori e hanno fornito all'inizio del progetto dettagliate informazioni individuali; la disponibilità di questi dati insieme a quelli forniti dal Registro tumori toscano, hanno consentito la realizzazione del progetto.

Gli autori hanno stimato quanto un intervento di modifica di alcune caratteristi-

che legate allo stile di vita quali il peso corporeo, il consumo di alcolici e il livello di attività fisica, potrebbe ridurre il rischio assoluto di tumore della mammella in donne con diversi livelli di rischio. In media nella nostra popolazione il rischio per una donna di 65 anni di sviluppare un tumore al seno nei 20 anni successivi (tra i 65 e gli 85 anni di età) risulta del 6,5% (65 casi ogni 1.000 donne, circa 1 caso ogni 15 donne).

La modifica dei fattori legati allo stile di vita (alcol, peso e inattività) potrebbe portare a una diminuzione di circa l'1,6%, in altri termini a una riduzione del rischio di circa un quarto in questa fascia di età. Questa riduzione può apparire relativamente modesta a livello individuale, ma si tradurrebbe a livello di popolazione generale in una riduzione importante dei casi di tumore: in una popolazione di 1 milione di donne una riduzione del rischio di circa 1,6% si tradurrebbe in 16.000 casi di tumore in meno.

Lo stesso modello è stato applicato a gruppi di donne della stessa età ma che, già in partenza, si presentavano con una probabilità di sviluppare un tumore al seno più alta o per storia familiare positiva per tumore al seno (rischio nei 20 anni: 13,8% riduzione stimata 3,2%) o per la presenza di più fattori di rischio non modificabili (rischio nei 20 anni: 18,6% riduzione stimata 4,1 per cento). La riduzione del rischio dopo una modifica dello stile di vita in questi sottogruppi a rischio più elevato, comporterebbe una riduzione del rischio più consistente ma, data la ridotta consistenza numerica delle donne con queste caratteristiche all'interno della popolazione generale, la riduzione del numero assoluto dei nuovi casi sarebbe minore.

Gli autori concludono che questo studio e il modello proposto, possono for-

nire informazioni rilevanti per le donne sulle diverse strategie per la riduzione del rischio che si possono implementare, modificando i comportamenti, e mette in evidenza anche quanto anche piccoli cambiamenti a livello individuale si possano tradurre in vantaggi rilevanti a livello di popolazione generale, anche tenendo conto dell'impatto che questi interventi possono avere su una ampia gamma di patologie croniche (che spesso condividono fattori di rischio).

Lo sviluppo di un modello predittivo di questo tipo basato su dati locali può migliorare le stime per facilitare il processo decisionale, sia per il soggetto o la popolazione in ambito di Sanità pubblica.

**Giovanna Masala
Domenico Palli**

Istituto per lo studio e la prevenzione oncologia - Firenze

Il rischio si riduce di un quarto tra le over 65

PRONTI 600MILA EURO PER PROMUOVERE L'ADESIONE DELLE RAGAZZE

Vaccino anti Hpv, fondi per la campagna 2011

Proseguirà anche per tutto il 2011 il programma regionale di vaccinazione antipapilloma virus (Hpv). Con lo stanziamento di 600mila euro la Regione Toscana porterà avanti azioni di informazione, profilassi, promozione e monitoraggio degli interventi e formazione degli operatori. Il Programma regionale di vaccinazione anti-papilloma virus prevede tra gli obiettivi da perseguire il raggiungimento di almeno il 75% di copertura vaccinale, con tre dosi di vaccino anti-Hpv, per le ragazze nate negli anni dal 1997 al 2000. Al 31 dicembre 2010 la copertura vaccinale raggiunta tra le ragazze nate nel 1998 risultava pari al 76,2% con una dose, al

75% con due e al 66,9% con tre dosi. Con le nuove risorse messe in campo la Regione Toscana punta dunque a:

- Realizzare delle specifiche azioni di informazione rivolte alla popolazione con l'obiettivo di promuovere la vaccinazione. Per questo si avvarrà della collaborazione dell'Ente servizi tecnico amministrativi di Area vasta (Estav) Centro.
- Attivare percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari toscani coinvolti. Questi saranno realizzati avvalendosi della collaborazione delle Aziende sanitarie locali anche a livello interaziendale di

Area vasta.

● Implementare le attività di profilassi, promozione, monitoraggio. L'implementazione sarà ripartita tra le aziende sanitarie locali in base al numero di ragazze residenti nel territorio di ciascuna azienda che, nel corso del 2011, saranno chiamate attivamente a effettuare la vaccinazione anti-Hpv.

Il programma, avviato dal 2008 con il recepimento dell'intesa Stato-Regioni riguardante la vaccinazione anti-papillomavirus umano, prevede la vaccinazione in tre iniezioni intramuscolari sul braccio nell'arco di sei mesi ed è comple-

tamente gratuita per tutte le adolescenti residenti in Toscana.

Il programma ha esteso fino all'età di 16 anni la vaccinazione gratuita contro l'Hpv delle adolescenti.

Questo vaccino assicura il massimo della sua efficacia contro le infezioni provocate dai Papilloma virus 16 e 18 (i tipi più pericolosi) quando viene effettuato prima dell'inizio dei rapporti sessuali. Infatti il virus si trasmette sessualmente ed è in grado di provocare lesioni che, nel tempo, possono trasformarsi in forme tumorali del collo dell'utero. Anche il preservativo, che è sempre indispensabile usa-

re, non garantisce una protezione totale contro questo virus, con cui circa il settantacinque per cento delle persone entra in contatto almeno una volta nella propria vita. Anche per questo è utile vaccinarsi in giovane età: con il vaccino prima e con il Pap test a partire dai venticinque anni, si ottiene una migliore prevenzione contro il tumore al collo dell'utero. Inoltre gli effetti collaterali più frequenti che possono manifestarsi in seguito alla vaccinazione (leggero arrossamento nel luogo dell'iniezione e talvolta qualche linea di febbre) sono generalmente di breve durata.

R.T.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

ne giusto chiamare a sopportare i costi della manovra? In questo caso alla beffa del Governo si aggiungerebbe la beffa della Regione e i ticket di Berlusconi e del suo Governo diventerebbero automaticamente agli occhi della gente i ticket di Rossi e della sua Giunta. Un errore politico clamoroso. Oltre a essere un'operazione che, nonostante le dichiarate intenzioni, rischia di produrre ulteriori - e ancora più gravi - "ingiustizie".

Per quanto mi riguarda non sono pregiudizialmente contrario ai ticket in Sanità. Soprattutto se devono servire a impedire l'unica alternativa possibile, assai peggiore da tutti i punti di vista. Cioè l'aumento della pressione fiscale sotto forma di addi-

zionale Irpef e di maggiorazioni Irap. Ma perché si tratti di una manovra equa e veramente solidale deve essere coerente con alcuni principi irrinunciabili: il ticket deve essere proporzionato al costo della prestazione e non di importo generalizzato se non addirittura superiore al costo stesso della prestazione; deve incidere su prestazioni per le quali la domanda è fortemente elastica e ci sono perciò ragionevoli possibilità di contenere la domanda (cioè non vale ovviamente per i malati cronici); poi il ticket deve essere effettivamente calibrato sulle effettive disponibilità economiche delle famiglie, per impedire ingiuste sperequazioni. E da questo punto di vista le fasce stabilite dalla Regione Toscana non so-

no certo equie (si può assimilare una famiglia che ha un reddito complessivo di 36mila euro a una che guadagna 70mila?). Senza dimenticare un altro difetto del ticket basato sui redditi: che pagano gli onesti, non pagano gli evasori.

Tutte condizioni che purtroppo non mi sembrano essere state adeguatamente valutate nella scelta della Toscana, che rischia di ingenerare ulteriore confusione, assurdi appesantimenti burocratici e comportamenti disomogenei, trattando in maniera uguale situazioni assai diverse. Senza peraltro conseguire tutti i benefici sperati in termini economici.

* Consigliere regionale della Toscana membro commissione Sanità (Udc)

È l'unica strada per... (segue dalla prima pagina)

ispirati ai valori di giustizia, per elaborare una nuova cultura della solidarietà. La risposta dei cittadini toscani è stata in questo senso molto positiva e alta nei suoi contenuti etici e civili.

L'organizzazione del nuovo sistema non è stata semplice e devo un ringraziamento personale e particolare a tutti coloro che hanno lavorato in tempi stretti e in un periodo non facile dell'anno per un avvio soddisfacente: gli operatori delle Asl, i funzionari dell'assessorato e tutte le professioni, a partire dai farmacisti. Nonostante i timori della vigilia, il primo impatto si è rivelato sostenibile e gestito in ogni azienda in modo accurato sotto il profilo dell'accoglienza e dell'informazione. Qualche difficoltà e qualche rallentamento ci sono stati,

ma non hanno pregiudicato la funzionalità e la continuità dei servizi.

Noi abbiamo raccolto la sfida. Non ci siamo rassegnati ai tagli indiscriminati. Non ci siamo sottratti all'esigenza innegabile di razionalizzare e innovare. Abbiamo trovato la strada per mantenere una forte programmazione in Sanità e per difendere due principi irrinunciabili del nostro sistema: l'unitarietà e l'universalità. Abbiamo puntato sulla professionalità e sulla responsabilità degli operatori e sul senso di giustizia dei cittadini, che ai servizi chiedono qualità e certezza. Dobbiamo perfezionare molti punti del nostro intervento, ma siamo sulla strada giusta.

* Presidente della Regione Toscana

SSR AI RAGGI X La struttura supera l'esame ISO 9001 per i percorsi clinico-assistenziali

A Pescia ricoveri certificati



Il modello è quello per intensità di cura - Obiettivo: maggiore efficienza

L'Area funzionale medica del presidio ospedaliero di Pescia ha ottenuto il certificato di conformità Iso 9001-2008 per i processi di gestione del ricovero a ciclo continuo per intensità di cura, di day hospital, di day service e per i percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali nei pazienti con ictus, emorragia digestiva e insufficienza respiratoria.



Una immagine dell'area funzionale medica del presidio ospedaliero di Pescia

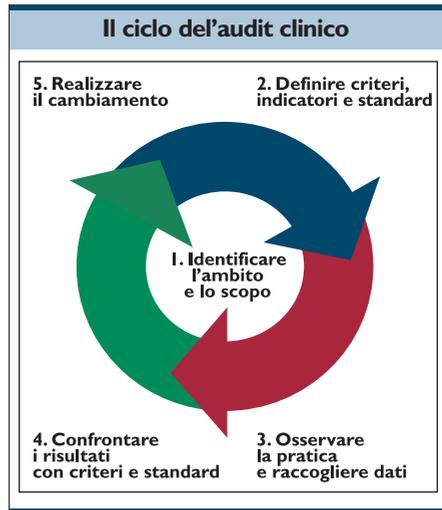
Un riconoscimento davvero importante per tutta la Valdinievole perché dimostra che l'azienda intende investire nelle sue strutture sanitarie con grande spirito di innovazione.

L'Asl di Pistoia al fine di evitare la autoreferenzialità, ha scelto per la certificazione un ente terzo, la Bureau veritas, che è appunto uno dei maggiori istituti a livello internazionale nella verifica sui processi sanitari e specializzato in percorsi assistenziali innovativi.

L'importante traguardo della certificazione è stato raggiunto attraverso un "percorso modello" innovativo, a dimostrazione che unendo le forze e le competenze presenti in ospedale è possibile, anche e soprattutto in tempi di difficoltà come quelli attuali, perseguire l'eccellenza. Tutte le fasi del progetto sono state realizzate facendo ricorso a risorse interne, senza l'intervento di ditte di consulenza esterna, senza bisogno di risorse finanziarie ingenti.

Recuperare efficienza e migliorare la qualità dei servizi sanitari, quindi, si può, questo è il messaggio proveniente dall'Area funzionale medica di Pescia.

La realizzazione del progetto è stata resa possibile grazie a un lavoro congiunto e partecipato che ha visto il coinvolgimento di tut-



ti gli operatori, chiamati a mettere al servizio dell'ospedale non solo il loro tempo ma anche la loro professionalità e la loro passione. Ci sono voluti tre anni, trentadue gruppi di studio e circa 5mila ore di lavoro sul campo per arrivare a condividere i criteri organizzativi del nuovo ospedale organizzato per intensità di cura e i percorsi clinico-assistenziali.

La revisione dei ruoli sia dei medici che degli infermieri, secondo il modello per intensità di cura, il cambiamento dei processi di supporto sanitario (esami di laboratorio, radiodiagnostica, farmaci, dimissioni) e gestionale (risorse umane e tecnologiche, sistema informativo) insieme all'introduzione di strumenti di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale come la cartella clinica e i briefing e l'adozione di diversi percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali associati all'osservanza di buone pratiche, come l'utilizzo della scheda terapeutica unica, sono stati i punti di forza per la certificazione di tutte le attività svolte nell'area funzionale medica. Le parole chiave del progetto sono state: riorganizzazione, costituzione, adozione, condivisione e implementazione.

Tutto questo ha richiesto agli operatori un nuovo modo di vedere, pensare, progettare ed erogare assistenza, un impegno costante e soprattutto la necessità di, e la disponibilità a, sottoporsi a forme di controllo e monitoraggio continuo. Un grande compito, una sfida continua che richiede un impegno costante che va al di là della routine di tutti i giorni

pagina a cura di Daniela Ponticelli Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

L'attestazione delle buone pratiche		
Po di Pescia		
	Mani pulite	Af Materno infantile Af Funzionale chirurgica Af Funzionale medica
	La prev. e la gestione della distocia di spalla	Af Materno infantile
	La prev. e al gestione dell'emorragia post-partum	Af Materno infantile
	Scheda terapeutica unica	Af Funzionale chirurgica Af Funzionale medica
	Incident reporting	Af Funzionale chirurgica Af Funzionale medica Af Materno infantile
	Eventi sentinella	Af Materno infantile Af Funzionale medica
	Rassegna di mortalità e morbilità	Af Funzionale chirurgica Af Funzionale medica
	Audit clinico Grc	Af Funzionale chirurgica Af Funzionale medica
	Prevenzione del Tromboembolismo venoso	Af Funzionale chirurgica

Le buone pratiche per la sicurezza	
Oggetto della verifica	N.
Mani pulite	3
Stu	4
Prevenzione infezioni da Cvc	1
Appropriatezza terapia antibiotica	1
Sorveglianza resistenza	1
M&M	4
Incident reporting	4
Audio clinico	4
Prevenzione delle cadute	1
Corretta identificazione del paziente	3
Prevenzione distocia di spalla	1
Emorragia post-partum	1
Sistema gestione qualità	1
Prevenzione Tpv	1
Totale verifiche anno 2010	30
Totale verifiche anno 2009	33
Totale verifiche interne	63

Tutte le tappe per il miglioramento della qualità

Il progetto, un approccio integrato alla qualità e sicurezza, ha previsto l'applicazione contestuale di attività e strumenti relativi alla gestione del rischio clinico (analisi del rischio all'interno dei processi tramite la Failure modes and effects analysis - Fmea, buone pratiche per la sicurezza del paziente...) a quelle dell'accreditamento istituzionale e del sistema di gestione della Qualità Iso 9001 (approccio per processi, Plan-do-check-act (Pdca) su ogni processo, coinvolgimento di tutti gli operatori ecc.).

Queste attività hanno permesso all'area funzionale medica dell'ospedale di Pescia di essere certificata Iso 9001 per la gestione dei percorsi clinico/assistenziali secondo il modello d'intensità di cura e di "fare governo clinico", mediante: la traduzione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali di linee guida evidence-based; la

personalizzazione delle cure attraverso l'utilizzo delle clinical pathways; l'identificazione e la validazione di un set di criteri, indicatori e standard riconosciuti e condivisi di best practice che permettano una misurazione continua della qualità a livello di processo, struttura ed esito; l'applicazione del ciclo della qualità anche su temi strettamente professionali attraverso Audit clinici sistematici sulle attività clinico-assistenziali.

Il modello adottato per garantire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, richiede una verifica continua del sistema (auditor esterni o interni) e della pratica professionale (peer to peer), considerando l'audit professionale un esercizio non occasionale ma sistematico.

Ivano Cerretini
Sezione accreditamento istituzionale e sicurezza del paziente

VANTAGGI PER I CITTADINI

Più sicurezza con le cure personalizzate

L'area funzionale medica rappresenta una struttura organizzativa ospedaliera nella quale confluiscono le Unità operative di medicina interna, oncologia, gastroenterologia, nefrologia, riabilitazione medica e cardiologica, neurofisiopatologia e diabetologia per lo svolgimento di attività di diagnosi, cura e riabilitazione in regime di ricovero, day hospital, day service e ambulatorio.

Il nuovo modello organizzativo, certificato Iso 9001, è in grado di garantire ai cittadini:

1. cure più umane e personalizzate perché i percorsi clinico-assistenziali sono centrati sui bisogni delle persone e sono monitorati costantemente attraverso strumen-

ti di indagine specifici;

2. cure più efficaci e appropriate perché i gruppi di studio multidisciplinari e multidisciplinari aggiornano costantemente i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali in base alle più recenti Linee guida internazionali, in modo da garantire ai cittadini della Valdinievole le migliori cure possibili al momento per quel particolare problema di salute (ictus, insufficienza respiratoria, emorragia digestiva);

3. cure più sicure perché sono state attivate e implementate tutte le buone pratiche per la sicurezza

del paziente deliberate dalla Regione Toscana (mani pulite, prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, prevenzione delle ulcere da decubito ecc.) e vengono registrati e analizzati tutti gli eventi avversi;

4. cure più eque perché sono stati chiaramente definiti i criteri di accesso e le informazioni da fornire ai cittadini, in modo da garantire agli utenti trasparenza nella fruizione del servizio di cui hanno bisogno;

5. cure più tempestive perché con i percorsi di cura integrati (pronto soccorso, rianimazione,

medicina, radiologia, laboratorio di analisi, territorio ecc.) si è definito chi fa che cosa come quando e dove, in modo da poter garantire la risposta giusta al momento giusto;

6. cure sempre migliori perché sottoposte a continuo controllo da parte di Bureau Veritas, un ente di certificazione internazionale preposto alla valutazione dei criteri necessari alla certificazione di qualità dei percorsi terapeutici.

Posto che "la qualità non è una meta ma un viaggio permanente", il risultato raggiunto non viene considerato un punto di arrivo ma

solo una tappa della lunga strada intrapresa da un gruppo di professionisti che puntano a garantire ai loro concittadini la migliore assistenza possibile, secondo le conoscenze più avanzate del momento e il continuo miglioramento della qualità e sicurezza delle cure erogate.

Tutto questo richiede un nuovo modus operandi e la disponibilità e apertura mentale a sottoporsi a forme di controllo e monitoraggio continuo. Un arduo compito e un impegno che va al di là della routine di tutti i giorni.

Franco Giuntoli
responsabile Area funzionale medica
Presidio ospedaliero Pescia

DOCUMENTI | I meccanismi di rimodulazione delle previsioni di copayment contenute nella manovra del Governo



L'alternativa toscana al superticket

Interventi su specialistica, farmaci e libera professione: garantiti 65,5 milioni di gettito l'anno

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito il testo e i relativi allegati (escluso l'allegato 3) della delibera 722 del 4 agosto 2011 sulle «Misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie» decise dalla Regione.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art. 1 comma 796, della legge 27 dicembre 2006 n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2007) che:

• alla lettera p) prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2007, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro e che per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, gli assistiti non esentati sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro;

• alla lettera p)-bis, prevede che per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al primo periodo della lettera p), le Regioni anziché applicare la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, possono alternativamente:

- adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore nella regione interessata è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e per il controllo dell'appropriatezza da parte del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

- stipulare con il ministero della Salute e il ministero dell'Economia e delle Finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza;

Richiamata la propria Delibera Gr 534/2007 con la quale si dava attuazione alla previsione della Finanziaria 2007 in materia di "Partecipazione alla spesa per gli accessi in Pronto soccorso e per le prestazioni specialistiche correlate" e per la quale si introduceva per gli accessi in Pronto soccorso per codici priorità Bianco e Azzurro una quota di 25 euro per l'accesso, comprensiva della valutazione clinica e della effettuazione degli esami di laboratorio e

ulteriori 25 euro per le eventuali prestazioni diagnostiche strumentali ricevute; Vista la previsione dell'art. 61, comma 19 del Dl 25/06/2008 n. 112 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione, della finanza pubblica e la perequazione tributaria", convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, in base alla quale per gli anni 2009, 2010 e 2011, la quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è abolita.

Visto l'art. 17, comma 6, del Dl 6 luglio 2011, n. 98 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria", convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, ai sensi del quale è previsto che: • per l'anno 2011 il livello di finanziamento del Ssr, a cui concorre ordinariamente lo Stato, come rideterminato dall'art. 11, comma 12, del Dl 31 maggio 2010 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010 n. 122 e dall'art. 1, comma 49 della legge 13 dicembre 2010 n. 220, è incrementato di 105 milioni di euro per far fronte al maggior finanziamento concordato con le Regioni, ai sensi dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, con riferimento al periodo compreso fra il 1° giugno 2011 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente Decreto;

• a decorrere dalla data di entrata in vigore della Legge di conversione, si applicano le disposizioni di cui all'art. 1, comma 796, lettere p) e p)-bis, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e cessino di avere effetto le disposizioni di cui all'art. 61 comma 19 del Dl 25.06.2008 n. 112, convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;

Prescritto che tali disposizioni sono state inserite nel testo del Dl 98/2011 mediante il "maxiemiandamento" presentato dal Governo in sede di approvazione della legge 111/2011, di conversione del Dl predetto, entrato in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione (16 luglio 2011); Evidenziato, nello specifico, che in sede di conversione del Dl predetto il livello di finanziamento del Ssr, a cui concorre ordinariamente lo Stato, è stato ridotto da 486,5 milioni di euro a 105 milioni di euro, procedendo a una unilaterale modifica dei criteri di suddivisione tra Stato e Regioni della spesa sanitaria complessiva, così co-

me concordati nel Patto per la salute del dicembre 2009; Tenuto conto della introduzione delle suddette disposizioni in assenza di una preventiva attività di confronto e concertazione con le Regioni e considerata la sostanziale iniquità delle misure adottate, nonché le notevoli criticità che l'operatività delle stesse comportano; Evidenziato, inoltre, che alla data di entrata in vigore della norma non vi era contezza della cifra da recuperare né delle modalità con cui la manovra avrebbe inciso a fronte della mancata attribuzione del fondo; Richiamata la propria Delibera Gr n. 628 del 18 luglio 2011, mediante la quale si è previsto, anche in ragione dei ristrettissimi termini sopra indicati, nonché per le ragioni sopra specificate la sospensione per 15 giorni dell'applicazione della disposizione, di cui all'art. 17, comma 6, del Dl 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, al fine di individuare, in conformità a quanto previsto dalla lettera p)-bis), del comma 796 dell'art.1 della L.296/2006, le soluzioni tecniche alternative più idonee per garantire la erogazione dei servizi, contemperando le esigenze di equilibrio economico con il principio di equità di accesso alle cure; Tenuto conto che con nota del 22 luglio 2011 la Delibera Grt 628/2011 è stata comunicata al ministero della Salute, evidenziando l'intenzione di avvalersi delle procedure di concertazione e di condivisione, di cui all'art. 1 comma 796, della legge 27 dicembre 2006 n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge finanziaria 2007), lettera p)-bis);

Vista la comunicazione del Capo dipartimento della qualità del ministero della Salute, inviata in data 27/07/2011, che, a riscontro della predetta nota del 22 luglio 2011, sottolinea la necessità di conformarsi alle disposizioni nazionali vigenti, in carenza della piena e formale adozione delle misure alternative; Considerato che, mediante apposito decreto emesso solo in data 26 luglio 2011, il Capo dipartimento della qualità del ministero della Salute, di concerto con il Ragioniere generale dello Stato, ha effettuato la stima degli effetti, nelle singole Regioni, della complessiva manovra connessa all'applicazione dell'art. 1, comma 796, lettera p) primo periodo della legge 296/2006; Evidenziato che la stima contenuta nel pre-

detto Decreto, relativa agli effetti a carico delle Regioni Toscana, non risulta coincidente con i dati reali in possesso di questa Amministrazione, in base ai flussi informativi regionali e introduce elementi di presunzione che hanno richiesto valutazioni, approfondimenti e verifiche; Attesa, pertanto, la necessità di attivare uno specifico confronto con il Dipartimento competente del ministero, per definire la reale portata degli effetti della manovra; Dato atto, al riguardo, della nota del 4 agosto 2011, prot. n. AOO-GRT/2011/111/Q020.020, trasmessa da questa Regione ai ministeri competenti, con la quale, in relazione al Decreto ministeriale del 26 luglio 2011, si richiede specifico confronto per la verifica dei dati in esso riportati;

Considerato, ancorché il dibattito politico sia ancora in corso, che il termine di 15 giorni, di cui alla delibera Gr 628/2011, è giunta a scadenza il giorno 1° agosto 2011 e che, nelle more del definitivo confronto, nonché delle eventuali intese modificative con il Governo rispetto alla manovra adottata, è indispensabile procedere a individuare le misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, alternative a quelle previste dall'art. 1 comma 796, della legge 296/2006, lettera p), primo periodo, inerente la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro; Dato atto che questa Regione, nell'ambito del confronto con il Governo, ha proposto, ipotesi di intervento non necessariamente legate alla compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, quanto piuttosto connesse a iniziative di prevenzione e dissuasione della dipendenza dal fumo; Richiamata la comunicazione del 4 agosto 2011, prot. n. 0201287/Q.20.20, con la quale questa Amministrazione, anche a seguito dell'incontro intercorso con il Governo il 3 agosto 2011, invia ai ministeri competenti formale richiesta di urgente confronto, al fine di giungere a una definizione degli effetti della manovra, sulla base dei dati verificati, e richiede di avvalersi della procedura di Accordo, prevista ai sensi dell'art. 1 comma 796, della legge 296/2006, lettera p)-bis), numero 2, per la individuazione delle misure alternative da approvarsi con specifica Delibera di Giunta regionale;

Sottolineato che, fermo restando l'obbligatorietà di dar corso alle norme vigenti, è volontà di questa Amministrazione procedere alla individuazione di misure che, pur

risultando idonee a coprire gli oneri conseguenti alla manovra economica, siano ispirate a criteri di equità e progressione della compartecipazione alla spesa in relazione alla progressione del reddito familiare; Ritenuto, pertanto, di individuare misure alternative, che prevedano forme di compartecipazione, al costo delle prestazioni sanitarie specialistiche con riferimento di cui alla Delibera di Giunta regionale 229/1997 e s.m.i (visite specialistiche, laboratorio, diagnostica per immagini, diagnostica strumentale, procedure chirurgiche ambulatoriali) e prestazioni farmaceutiche erogate in regime convenzionale, tutte ancorate anche alle condizioni economiche del paziente, secondo le fasce economiche riportate nell'allegato 1, per la cui misurazione, in prima applicazione, si potrà utilizzare sia lo strumento del reddito familiare, certificato e soggetto a verifica, sia quello della situazione economica equivalente (Isee), per gli stessi valori delle fasce, che dovrà essere esibito, nonché misure di partecipazione ai costi fissi sostenuti dal Ssr per la funzionalità della libera professione in regime intramoenia, in proporzione alle tariffe già applicate;

Ritenuto che, ai fini della equità e trasparenza degli strumenti, sia opportuno adottare progressivamente azioni e accordi volti a garantirne l'efficacia, con particolare riferimento all'adozione dell'indicatore Isee quali del unico parametro di misurazione ai fini dell'applicazione dei ticket; Valutato opportuno confermare, per la specialistica ambulatoriale, come sopra descritta, le attuali categorie di esenti totali e di individuare per la farmaceutica convenzionata le categorie di esenti per le misure di cui al presente atto, come riportato nell'allegato 3 della presente deliberazione, con la precisazione che la correlazione fra patologia e farmaco è rimessa alla valutazione del prescrittore; Richiamata la Delibera di Giunta regionale 358 del 16/05/2011 avente per oggetto Art. 11, comma 9, legge 122/2010. Modifica Dgrt 270 del 18/04/2011.

Specificato che le prestazioni dei Dipartimenti di prevenzione oggetto di adeguamento faranno riferimento alla Dgrt 616/2008, esclude le visite medico legali (Certificazioni sanitarie domiciliari ai dipendenti assenti dal servizio per motivi di salute

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

te - visite di controllo dello stato di malattia del lavoratore dipendente - e Certificazioni ambulatoriali ai dipendenti assenti dal servizio per motivi di salute - visite di controllo dello stato di malattia del lavoratore dipendente)ed escluderanno la prevenzione sanitaria generale, gli screening, le vaccinazioni raccomandate e le visite di idoneità sportiva a livello agonistico sotto i 18 anni.

Tenuto conto del lavoro di analisi, effettuato dall'Irpet, in ordine alla situazione economica della popolazione toscana. Verificato che le misure alternative, riportate nell'allegato 1 della presente delibera, risultano, sulla base dei flussi informativi regionali, di cui all'allegato 2 della presente delibera, idonee ad assicurare un effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, rispetto alla misura contenuta nella citata disposizione della legge 296/2006 e sono, altresì, idonee a garantire un uso appropriato delle prestazioni a carico del Ssr;

Precisato, inoltre, che le misure alternative predette sono idonee a garantire anche la copertura degli oneri relativi al periodo intercorso tra l'entrata in vigore della legge di conversione del Dl 98/2011 e l'applicazione delle misure alternative, di cui all'allegato A della presente Delibera;

Tenuto conto dell'avvio del confronto con le parti sociali realizzato in data odierna; Ritenuto, pertanto, di procedere all'approvazione delle misure alternative, di cui all'allegato 1, delle quali si ritiene di avviare, dalla data di approvazione della presente delibera, il percorso di operatività, fatta salva la possibilità di apportare le eventuali modifiche alle stesse a seguito degli esiti delle procedure di concertazione e di condivisione, di cui all'art. 1 comma 796, della legge 296/2006, lettera p)-bis); Ritenuto di trasmettere il presente atto al ministero della Salute e al ministero dell'Economia e delle Finanze ai fini della definizione delle procedure di cui all'art. 1, comma 796, della legge n. 296 del 2006, lettera p)-bis);

A voti unanimi

DELIBERA

1. Di approvare le misure, di cui all'allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente delibera, di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, alternative a quelle previste dall'art. 1 comma 796, della Legge 296/2006, lettera p), primo periodo, ai fini della sottoposizione delle stesse alle procedure di concertazione e di condivisione, di cui all'art. 1 comma 796, della legge 296/2006;

2. Di trasmettere, in conformità a quanto previsto nella comunicazione del 4 agosto, citata in premessa, il presente atto al ministero della Salute e al ministero dell'Economia e delle Finanze ai fini della definizione delle procedure di cui all'art. 1, comma 796, della Legge n. 296 del 2006, lettera p)-bis);

3. Di dare mandato alle competenti strutture della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, in attesa della definizione dell'Accordo con i ministeri competenti, di operare gli opportuni interventi nei confronti delle Aziende sanitarie, al fine di avviare, dalla data di approvazione della presente delibera, il percorso di operatività delle misure predette, fatte salve le eventuali modifiche da apportare alle misure a seguito della procedura, di cui al punto precedente;

4. Di riservarsi di recepire tempestivamente le predette modifiche o di rintracciare altre misure equivalenti nella ipotesi di non raggiungimento dell'Accordo;

5. Di proseguire i confronti avviati con le parti sociali e le rappresentanze professionali, al fine di assicurare l'applicazione della manovra secondo criteri di



PARTECIPA AL PIANO

È questa l'iniziativa destinata ai lettori e agli operatori che intendano esprimere le proprie valutazioni e proposte sul nuovo piano sanitario e sociale integrato. Alla pagina del sito regionale www.regione.toscana.it/partecipaalpiano sarà possibile scaricare un modulo organizzato per aree di intervento (integrazione, rete degli ospedali, organizzazione, la precedente programmazione ecc.) e declinare le proprie idee, sulle tematiche di interesse o su tutte, e aggiungere di nuove e inviarle all'indirizzo e-mail pianosanitariosociale@regione.toscana.it. Le proposte saranno lette dal gruppo di lavoro dedicato. I contributi potranno essere pubblicati integralmente o per estratto sulle pagine de Il Sole-24 Ore Sanità Toscana e sul sito regionale. Una modalità di ascolto che punta, fin dalle prime fasi del complesso e articolato percorso che condurrà all'approvazione del nuovo piano da parte del Consiglio regionale, a trovare un terreno di visione e di proposta condiviso.

La pagina web dedicata al Pssir sul sito della Regione Toscana - www.regione.toscana.it/partecipaalpiano - nella prima settimana dalla sua messa on line, dal 28 febbraio al 7 marzo, ha registrato 801 visualizzazioni

Modulo per i contributi a «Partecipa al piano» 2011-2015

- Scegli uno o più temi proposti di tuo interesse
• Aggiungi un tema se hai proposte al riguardo
• Invia i tuoi contributi all'indirizzo e-mail: pianosanitariosociale@regione.toscana.it.

Temi proposti: I risultati del precedente piano. Ogni nuovo ciclo di programmazione deve partire dai risultati del ciclo precedente. Quali quelli raggiunti?

Per esempio: - gli obiettivi raggiunti dal Pssr 2008/2010; - le criticità ancora aperte; - le priorità da cui ripartire.

Determinanti di salute: Il nuovo Pssir vuole valorizzare tutti quegli interventi capaci di agire sui determinanti non sanitari della salute (stili di vita, disagio sociale, consapevolezza personale, ambiente...). Come farlo e con chi?

Per esempio: - collaborazione con le istituzioni scolastiche; - partecipazione di associazioni dei cittadini, dei malati, dei loro familiari; - stretta collaborazione interassessoriale e intersettoriale.

La domanda di salute: La domanda di salute aumenta ogni giorno, ma da cosa dipende? E come rispondere?

Per esempio: - dall'allungamento della vita; - dal progresso della medicina e da un ricorso eccessivo alla diagnostica; - dal mercato della salute; - dal disagio sociale.

Integrazione: Una delle parole chiave del nuovo Pssir sarà "Integrazione": fra quali soggetti, articolazioni o percorsi è importante? Come realizzarla?

Per esempio: - percorsi intraospedalieri, interni al territorio, tra ospedale e territorio, fra gli interventi preventivi e i servizi specialistici; - valorizzazione di nuovi ruoli per i professionisti; - attraverso lo strumento delle Società della salute; - banche dati comuni.

equità con le stesse condivisi e nel rispetto delle previsioni della contrattazione collettiva;

6. Di continuare la valutazione sulla implementazione degli atti preparatori all'attuazione della manovra valutando criteri ulteriori di equità (sostituzione di Isee al reddito familiare) e al contempo verificando efficacia di azioni e strumenti rispetto all'entità delle cifre da raggiungere.

7. Di dare mandato alle competenti strutture della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di adottare tutti gli atti necessari a dare piena operatività alla presente delibera e di mettere in atto una adeguata comunicazione verso i cittadini toscani;

Table with 7 columns: Distribuzione della popolazione residente in Toscana per fasce di reddito familiare. Rows include Reddito familiare media, min, max, Popolazione, Esenti per reddito (a), Esenti per malattia (b), Totali esenti (a+b), Totali esenti al netto di intersezioni (a and b), Non esenti, Quota esenti.

Table with 7 columns: Farmaci erogati in regime convenzionale. Rows include Confezioni totali, Confezioni per utenti non esenti, Ricette per prestazioni specialistiche, Ricette totali, Ricette per prestazioni esenti o non esenti ma con ticket inferiori a 10 euro, Ricette non esenti per prestazioni con ticket superiori a 10 euro, Rmn per non esenti, Tc per non esenti.

Fonte dati: reddito famiglie toscane: modello di microsimulazione multiregionale - MicroReg, a cura di M. L. Martino e N. Scidone, 5/08 e-book Irpet; flussi Spa (schede prestazioni ambulatoriali), Spff (schede prestazioni farmaceutiche), flusso Sea (Anagrafe esenti) - anno 2010.

La rete degli ospedali In Toscana la rete degli ospedali è stata rivista alla luce della sicurezza e della qualità delle prestazioni rese. Quali i prossimi passi?

Per esempio: - valorizzazione dei piccoli ospedali; - accentramento dei servizi iperspecialistici; - riorganizzazione del personale; - sperimentazione modelli innovativi.

Appropriatezza: Il Pssr 2008/10 ci invitava a dare risposte appropriate ai bisogni, ma come?

Per esempio: - decidendo in base alle evidenze; - intervenendo sui problemi più diffusi; - scegliendo le azioni più vantaggiose per la qualità della vita; - sensibilizzando i professionisti all'appropriatezza; - altro.

Équipe multiprofessionali: Sempre più spesso si parla dell'importanza del lavoro in équipes multiprofessionali. Utile davvero? Come e perché?

Per esempio: - per favorire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio; - attraverso coabitazione; - attraverso lo scambio di dati; - attraverso i percorsi assistenziali e l'intensità di cura in ospedale.

Nuovi modelli organizzativi: Il nuovo Piano prevede un'innovazione dei modelli organizzativi e l'evoluzione dei presenti. Dove deve?

Per esempio: - verso la Sanità d'iniziativa; - verso l'ospedale per intensità di cure; - verso un ruolo diverso per i professionisti sanitari; - verso un ruolo diverso dei Mmg; - verso modelli già esistenti lontano da noi.

Il modulo di partecipazione è consultabile al sito http://www.regione.toscana.it/partecipaalpiano.

8. Di approvare l'allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente delibera, contenente i dati di riferimento per la valutazione dell'impatto degli interventi;

9. Di approvare l'allegato 2, parte integrante e sostanziale della presente delibera, contenente le specifiche categorie di esenti per la farmaceutica convenzionata.

Table with 3 columns: Ambito, Azione, Impatto economico. Rows include Farmaceutica convenzionata, Specialistica ambulatoriale 1, Specialistica ambulatoriale 2, Specialistica ambulatoriale 3, Libera Professione, Prestazioni dei Dipartimenti di prevenzione. Includes a sub-table for Tabella riepilogativa manovra.

Sanità Toscana logo and contact information: direttore responsabile ELIA ZAMBONI, coordinatore editoriale Roberto Turno, comitato scientifico Beatrice Sassi, Susanna Cressati, Sabina Nuti, Lucia Zambelli. Versione Pdf dell'Allegato al n. 32-33 del 6-12 settembre 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

TUTELA DEGLI ANIMALI Via al regolamento che attua la legge regionale 59/2009

Uno scudo sui diritti di Fido



Dalla custodia agli spazi fino al loro trasporto: ecco le misure base

I diritti di Fido. Nero su bianco. In Toscana sono scritti in una legge, la 59 del 2009, una specie di piccola Costituzione per gli animali da compagnia. Ma da oggi sono ancora più circostanziati. La Giunta regionale ha infatti approvato il regolamento di applicazione della legge.

Quindici articoli e quattro allegati per definire come ci si deve comportare perché gli spazi in cui ci muoviamo noi uomini siano anche, in maniera dignitosa, a misura di cani, gatti e altri animali. Ecco allora le regole-base per stabilire come custodire e trasportare gli animali da compagnia, come tenerli nei negozi, nei canili, nelle pensioni, come utilizzarli nella pet-therapy, come trattarli nelle manifestazioni storico-culturali che ne prevedono l'impiego e come far fronte al fenomeno del randagismo.

Questo impianto normativo ha avuto una accurata fase di gestazione. Non era facile d'altra parte racchiudere in un documento un mondo di passioni e affetti, ma anche di interessi: in Toscana una famiglia su tre ha in casa un'animale da compagnia, sono ancora molto forti le tradizioni venatorie, e sono numerose e molto radicate nel tessuto sociale di alcune comunità le manifestazioni storico-culturali con animali. Il risultato finale è stato quello di alzare ancora un po' l'asticella dell'attenzione verso la tutela degli animali.

Obiettivo della legge, e del Regolamento di applicazione, è la tutela degli animali, nella logica di un rapporto uomo-animale moderno e consapevole. Un esempio? Guardiamo cosa si legge nel regolamento (allegato A) a proposito delle modalità di custodia di cani e gatti: «Nelle abitazioni non devono essere confinati permanentemente in locali di servizio e terrazze. La detenzione è consentita in recinti o box. Deve esserci disponibilità di ricambio d'aria, di spazi esposti al sole e ombreggiati, nonché adeguati a proteggere gli animali dalle intemperie e



dai rigori climatici. Deve essere presente una cuccia lavabile sollevata da terra di dimensione adeguata per ognuno degli animali presenti. La recinzione deve essere adeguata a impedire la fuga e ogni rischio per la sicurezza dell'animale e della collettività. Per i cani custoditi in box e recinti deve essere garantita la possibilità giornaliera di movimento...». (vedi box a lato)

Guardiamoci intorno. E pensiamo a quanto siano opportune queste indicazioni. Ma anche a quante volte le abbiamo viste disattese.

Come in questo caso con precisione e dettagli il Regolamento detta disposizioni finalizzate alla tutela del benessere degli animali e alla prevenzione del randagismo. Stabilisce che gli animali devono essere custoditi in luoghi idonei e con modalità tali da assicurare adeguate condizioni di sicurezza, spazio, temperatura, ventilazione e illuminazione, e detta precise disposizioni per il loro trasporto. Introduce specifici obblighi di disporre di spazi adeguati per il riposo degli animali, anche nel caso in cui si tratti di commercio in forma ambulante. Definisce gli spazi minimi all'interno dei quali devono essere custoditi, così da

garantire loro la libertà di movimento. Stabilisce che non è consentita la permanenza di cani e gatti negli esercizi commerciali fissi o ambulanti per più di trenta giorni.

Nel caso di impiego degli animali in manifestazioni storico-culturali (pensiamo ai vari palii della tradizione toscana), deve essere garantito un adeguato servizio di assistenza veterinaria di pronto intervento, e le piste devono essere delimitate e ricoperte da materiale idoneo ad attutire i colpi.

Il Regolamento fissa anche le procedure di anagrafe canina (iscrizione all'anagrafe e identificazione elettronica tramite microchip) e i requisiti necessari per l'accreditamento dei canili sanitari e dei canili rifugio.

Questo complesso di norme è - inutile dirlo - frutto di un complesso lavoro di studio, di confronto, di concertazione. Gli animali da cortile e i pet non hanno potuto ovviamente esprimersi. Ma ci si può sbilanciare su un loro sì convinto. Unanime. Se la Legge 59 è la loro Costituzione, questo testo è un buon modo per poterla applicare.

Massimo Orlandi
Agenzia Toscana Notizie

Le regole allo starter

Tra le novità del regolamento spiccano in particolare le norme che disciplinano custodia, trasporto e "gestione" degli animali da compagnia. Eccone, di seguito, alcuni dettagli:

● **La custodia di cani e gatti (art. 2).** Nelle abitazioni, il cane e il gatto non devono essere confinati permanentemente in locali di servizio e terrazze.

La detenzione è consentita in recinti o box. Deve esserci disponibilità di ricambio d'aria, di spazi esposti al sole e ombreggiati, nonché adeguati a proteggere gli animali dalle intemperie e dai rigori climatici. Deve essere presente una cuccia lavabile sollevata da terra di dimensione adeguata per ognuno degli animali presenti.

La recinzione deve essere adeguata a impedire la fuga e ogni rischio per la sicurezza dell'animale e della collettività. Per i cani custoditi in box e recinti deve essere garantita la possibilità giornaliera di movimento.

I box e i recinti devono rispettare le seguenti dimensioni minime: 8 mq per ciascun cane (per un massimo di 3 cani); 4 mq per ciascun cane (oltre i 3 cani e fino a 5 cani).

La detenzione dei cani alla catena è consentita in via eccezionale - alternativamente o per le ore diurne o per quelle notturne - per un tempo massimo di 6 ore giornaliere a condizione che la catena, di peso non superiore al 10% del peso del cane, sia di almeno sei metri e scorra su un cavo aereo di almeno tre metri fissato ad altezza non superiore ai due metri. La catena deve essere munita di due moschettoni rotanti alle estremità.

● **Modalità di trasporto (art.3).** Si ampliano gli ambiti di tutela previsti dal nuovo codice della strada e dalla normativa europea sul benessere. Si prevedono frequenti interruzioni del viaggio e l'utilizzo di contenitori idonei

● **Accertamento della pericolosità dell'animale (art.4).** La condizione di pericolosità è attestata da una commissione composta da tre medici veterinari.

● **Manifestazioni storico culturali (art.6).** Le manifestazioni che prevedano l'utilizzo di animali sono autorizzate dal Comune: durante lo svolgimento è garantito un servizio di assistenza veterinaria, che opera anche ai fini antidoping.

● **Accesso animali negli esercizi pubblici e commerciali (art.8).** È consentito l'accesso di un solo cane per proprietario o detentore, condotto con museruola e guinzaglio qualora previsto dalle norme statali, con individuazione dei livelli minimi di sicurezza.

● **Cessione del proprio cane al canile rifugio in caso di necessità (art. 11).** Sarà possibile ma il Comune potrà chiedere al padrone di partecipare alle spese di mantenimento dell'animale.

GRAZIE ALLA PARTNERSHIP ANAGRAFE CANINA-CANILI-VOLONTARIATO

Risultati d'élite nella guerra al randagismo

I cani regolarmente iscritti all'Anagrafe regionale sono 380mila. Ma poi ci sono almeno 800mila gatti e un numero imprecisabile, ma certo molto alto, di altri animali d'affezione, tra conigli, pesci, uccelli e altre specie.

La popolazione dei pets in Toscana è senza dubbio notevole, legata alle tradizionali attività venatorie, ma anche e soprattutto al ruolo sociale e alla capacità di affetto di questi animali. Il sempre crescente spazio, nei nostri supermercati, per i mangimi e gli articoli per animali ne è un segnale più che tangibile di questo fenomeno.

Un rapporto stretto con l'uomo, con regole, diritti e doveri, impostato sul rispetto e sulla consapevolezza. È evidente come la condivisa volontà di riconoscimento di diritti agli animali non possa prescindere dal farsi carico dei conseguenti doveri, sia da parte dei proprietari degli animali stessi sia da parte dei soggetti istituzionali.

In estrema sintesi lo sforzo collettivo si è orientato verso una crescita di civiltà, ed è appunto questo l'ob-

iettivo della Legge 59, resa pienamente operativa dal Regolamento recentemente approvato dalla Giunta.

Una legge per alcuni aspetti innovativa, e forse problematica nella prima fase di applicazione, ma che si pone all'attenzione nazionale per i contenuti fortemente innovativi, nella logica di governo partita nel 1987, con la legge n. 4, che istituiva l'Anagrafe canina regionale e sanciva la fine dell'eutanasia come metodo di controllo del randagismo, in anticipo di quattro anni sulla normativa nazionale.

In questo settore di attività sanitaria la capacità decisionale, il quadro normativo e la capacità di far sistema coinvolgendo i diversi soggetti, nel rispetto di regole, sono fondamentali, addirittura più della stessa disponibilità di risorse economiche. In questa logica non stupisce che è di fatto sotto controllo, nel territorio regionale, il randagismo, perversa ricaduta negativa dell'accresciuta

popolazione canina, certo effetto di "non scelte" o di scelte sbagliate o di soluzioni tampone approssimative, non condizione ineluttabile di vita del cane, con un numero di cani nei canili molto basso rispetto a tutte le altre Regioni del Paese.

La strategia regionale per la prevenzione del randagismo passa attraverso la piena operatività dell'Anagrafe canina, integrata con il servizio di accalappiacani, la sterilizzazione di animali liberi o randagi, la rete dei canili dei Comuni e delle associazioni di volontariato.

Nel 2010 sono stati recuperati sul territorio 7.268 cani vaganti, restituiti e adottati in alta percentuale: meno di trecento sono rimasti nei canili. Sul territorio sono 57 i canili operanti nel controllo del randagismo, alcuni di recentissima realizzazione.

Un Piano regionale annuale finanzia interventi di potenziamento, nuova costruzione e adeguamento dei canili in ottica di accreditamen-

to a standard comune delle strutture. L'obiettivo è la disponibilità di moderne strutture, a bacino zonale, finalizzate all'assistenza, alla restituzione e all'adozione dei cani recuperati sul territorio.

Sono più di 50mila i cani iscritti ogni anno all'anagrafe canina, la prestazione di veterinaria preventiva più diffusa: ogni cane presente sul territorio regionale è identificato con un microchip e registrato presso i servizi veterinari delle aziende Asl in una banca dati, connessa in ambito nazionale a tutte le Regioni. È possibile identificare il cane con il microchip e iscriverlo alla Anagrafe canina regionale presso i servizi veterinari delle Asl o presso il medico veterinario di fiducia. La banca dati viene mantenuta aggiornata registrando le variazioni per cessione, trasferimento o morte dell'animale.

La legge 59 fissa i principi del protocollo operativo di anagrafe, con iscrizione e identificazione en-

tro i primi due mesi di vita dell'animale, comunque precedente a eventuale cessione o vendita.

Definire regole per le modalità di custodia degli animali non è mai facile: molteplici sono le variabili, le diverse esigenze di specie, le differenze anche notevoli di mole anche nella stessa specie, le diverse sensibilità individuali.

La Regione Toscana non si è sottratta al dovere di individuare elementi oggettivi, in molti casi facendo propri indirizzi normativi comunitari e nazionali: questa scelta certamente farà discutere, considerate anche le notevoli ricadute e le possibili difficoltà di applicazione.

Il lungo periodo di transizione permetterà una graduale condivisione e il superamento delle difficoltà, nella logica comune di tutela e riconoscimento di dignità a questi esseri senzienti, in coerenza a quanto previsto dallo Statuto della Regione Toscana.

Enrico Loretti
Responsabile Unità funzionale igiene urbana veterinaria, Asl di Firenze

SIENA

Inaugurato ufficialmente il Dipartimento di emergenza dell'Aou senese

A battesimo il nuovo Dea



Sei piani dedicati al pronto soccorso e al reparto di medicina d'urgenza

È stato inaugurato ufficialmente il nuovo Dipartimento di emergenza e accettazione dell'Aou senese. «Un ospedale con una storia così importante - ha detto Paolo Morello Marchese, direttore generale Aous - e con una funzione fondamentale per tutta l'Area vasta doveva avere una porta d'accesso all'altezza dei propri compiti. Abbiamo realizzato un progetto fondamentale per tantissimi pazienti e per la città di Siena, grazie al sostegno della Regione Toscana e della Fondazione Monte dei Paschi. L'ospedale deve dare risposte immediate e altamente qualificate a un territorio con oltre 1 milione di abitanti e per far ciò è fondamentale la collabo-

razione quotidiana con la facoltà di Medicina, il 118, il volontariato e l'Azienda Us1 7, con cui stiamo portando avanti numerosi progetti».

Il Dea senese, con il pronto soccorso e il reparto di Medicina d'urgenza, è punto di riferimento per tutti i casi più gravi, perché è un centro di II livello che raccoglie tutte le specialistiche, con una media degli accessi giornalieri al pronto soccorso che va da 140 a 150 persone. I tempi di attesa sono molto buoni e si attestano al di sopra della media regionale: i codici gialli che vengono visitati entro trenta minuti sono il 95,55%, su una media regionale del 70%; quelli verdi sono l'83,6%, su una media regionale del 76 per

cento. I codici rossi, cioè i casi più gravi, sono ad accesso immediato e hanno priorità su tutti gli altri. Il pronto soccorso e il reparto di Medicina d'urgenza, allestiti nel nuovo Dipartimento di emergenza e accettazione, sono operativi dal 16 aprile 2011. Dal giorno dell'apertura sono stati visitati 12.888 pazienti, nello stesso periodo del 2010 i pazienti sono stati 12.525, il totale degli accessi nel 2010 è stato di 47.354 persone.

Il Dea è formato da sei piani, si sviluppa su 11.500 mq ed è costato circa 32 milioni di euro, finanziati in parte anche dalla Fondazione Monte dei Paschi di Siena. I piani -6 e -5 sono locali tecnici adibiti in parte a parcheggio, di prossima apertura,

con circa 280 posti auto. Il piano -4 è riservato al pronto soccorso e all'area radiologica dedicata all'urgenza con una Tac, due apparecchiature radiologiche tradizionali, una sezione ecografica e una risonanza magnetica di prossima acquisizione. Il piano -3 accoglie la medicina d'urgenza e saranno prossimamente attivati i piani -2 e -1 con l'allestimento del comparto operatorio e della degenza di Ortopedia ospedaliera al piano -2 e con la degenza dell'Ortopedia universitaria e la riabilitazione al piano -1.

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou senese

AREZZO

Nell'aretino la Casa della salute fa il bis: aperta anche a Rassina

Dopo Castiglion Fiorentino, Rassina. Dalla fine di luglio sono due le Case della salute in provincia di Arezzo e l'obiettivo è di realizzarne una decina nei prossimi due anni. Tre di queste saranno in Casentino: dopo quella di Rassina inaugurata il 23 luglio, seguiranno Poppi e Stia.

«La Casa della salute - ha affermato il direttore generale dell'Asl 8 di Arezzo, Enrico Desideri, durante la cerimonia inaugurale - garantisce una presenza organizzata sul territorio che è un anello fondamentale dell'offerta sanitaria pubblica, con un ruolo diverso, organizzato e integrato

una decina di stanze, sono stati sistemati i vari servizi della Casa della salute, mentre al piano superiore - oggi in via di ristrutturazione - il Comune porterà una serie di uffici e servizi legati al sociale. La palazzina ha di fronte un ampio parcheggio.

L'Asl aretina e Società della salute, con proprie risorse e «fondi della montagna» hanno sistemato i locali che occupano una superficie di circa 350 mq con una spesa di 378mila euro.

Debutta la seconda struttura dopo Castiglion Fiorentino

Nella zona è stata formata una associazione di medici di medicina generale, un gruppo di medici di famiglia che assiste 3.000 cittadini, mentre i bambini seguiti dai pediatri sono un migliaio.

L'ambulatorio di medicina generale sarà garantito dalle 8,30 alle 12,30 e dalle 16,00 alle 19,00 dal lunedì al venerdì. Per la struttura di viale Dante molte funzioni partiranno nelle prossime settimane. Come il Cup, che verrà attivato appena sarà resa operativa una linea Adsl per la trasmissione dati, l'ambulatorio dell'assistente sociale e la guardia medica notturna e festiva.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

EMPOLI

Contro l'aneurisma dell'aorta sprint alle cure endovascolari

L'attività ospedaliera di Empoli si arricchisce di nuovi trattamenti per la salute dei cittadini. Si tratta del trattamento endovascolare dell'aneurisma dell'aorta addominale, una patologia gravata da elevata mortalità se non trattata. Nel mondo occidentale è, infatti, la tredicesima causa di morte soprattutto tra gli uomini.

La nuova tecnica è iniziata nel marzo 2010 in coincidenza dell'arrivo all'ospedale di Empoli, dall'azienda sanitaria di Firenze, di Giovanni Credi, che opera presso l'unità operativa di Chirurgia vascolare insieme a Paolo Cappetti e Giuseppe Branca.

Finora sono stati effettuati 16 interventi su uomini sopra i sessant'anni di età. L'operazione si realizza in tempi abbastanza brevi con anestesia spinale o locale consentendo, quindi, di trattare anche pazienti altrimenti inoperabili. Inoltre il recupero è rapido e la degenza breve.

Anche grazie all'esperienza di Giovanni Credi è stato possibile mettere in atto presso l'ospedale San Giuseppe

di Empoli la terapia endovascolare della stenosi carotidea, molto importante per la prevenzione dell'ictus.

In questo caso gli interventi hanno interessato finora 25 persone ultrasessantenni, di cui due donne. Sono stati inoltre effettuati 200 interventi percutanei sui vasi periferici che hanno permesso in molti casi di evitare le amputazioni del piede.

La terapia endovascolare di queste patologie è realizzabile grazie alla stretta collaborazione con l'unità operativa di Cardiologia diretta da Andrea Zipoli. La sala di emodinamica della Cardiologia, un ambiente a elevata tecnologia e complessità assistenziale, diviene così il luogo di incontro di diverse professionalità, dove gli emodinamisti guidati da Francesco Bonechi e i chirurghi vascolari coordinati da Giovanni Credi realizzano un percorso assistenziale integrato per le patologie vascolari finora mai realizzato nell'Asl 11 di Empoli.

Maria Antonietta Cruciani
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

LUCCA

Screening del colon retto: al via la campagna di sensibilizzazione

Per aumentare la quota di adesione da parte della cittadinanza dello screening del colon retto, l'Asl 2 di Lucca ha avviato una campagna specifica di sensibilizzazione, che coinvolgerà anche vari soggetti istituzionali. È fondamentale infatti che tutta la popolazione prenda coscienza del fatto che sottoporsi allo screening permette di prevenire lo sviluppo o la crescita di tumori che, se non sono individuati in maniera precoce, possono evolvere in forme gravi e non più curabili. È necessario quindi che la percentuale di adesione cresca, visto anche il rapporto costo-beneficio di questi test.

Il programma di screening dell'Asl 2 prevede l'invito a eseguire gratuitamente il test a tutti i soggetti appartenenti alla fascia di età 50-70 anni.

La popolazione bersaglio è costituita da circa 61.000 soggetti, così ripartiti: 44.500 nella Piana di Lucca e 16.500 nella Valle del Serchio. I cittadini vengono invitati tramite lettera personalizzata, firmata anche dal medico curante, e contenente tutte le informazioni sullo screening e le indica-

zioni necessarie per eseguire il test. L'interessato può ritirare la provetta per la raccolta delle feci presso il distretto o la farmacia più vicini e riconsegnarla con il campione di feci nella sede distrettuale stessa. Il test è completamente gratuito così come gli eventuali approfondimenti diagnostici.

I soggetti risultati negativi al test ricevono il referto a casa tramite posta. I casi positivi al test sono contattati telefonicamente e invitati a eseguire gli approfondimenti diagnostici nel Centro di Endoscopia digestiva dei presidi ospedalieri dell'Azienda Us1 2 previo appuntamento prefissato.

Questi approfondimenti sono necessari e consentono di chiarire l'esatto motivo della positività, che non è sempre legata a un tumore, ma anche ad altre patologie non rilevanti. L'esame di approfondimento diagnostico, la colonscopia, può fra l'altro essere effettuato in sedazione, quindi senza far avvertire al paziente alcun dolore o fastidio.

Sirio del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

IN BREVE

LUCCA

Prosegue la grande campagna per "educare il gusto" stimolando i cittadini a condurre una vita alimentare più salubre senza rinunciare ai piaceri della tavola. L'iniziativa è partita da Lucca a giugno e vede in prima linea l'Asl 2 di Lucca (con i settori Educazione alla salute, comunicazione e marketing, Nefrologia e Dipartimento della prevenzione), la Confesercenti con i ristoranti affiliati, la Federazione nazionale dei pensionati (Fnp) Antea, con il contributo determinante del professor Massimo Tessieri, Maestro di cucina della Federazione italiana cuochi. È in distribuzione nei ristoranti, nelle mense aziendali e nelle sedi dei soggetti partecipanti la cartolina del gusto realizzata dai medici della Nefrologia di Lucca e dagli chef.

VIAREGGIO

È stato firmato il "Protocollo operativo soccorso sanitario in mare" per dare una risposta pronta, qualificata e specializzata a tutte le persone che dovessero trovarsi in difficoltà in mare e che, in termini di sicurezza, si integra alla perfezione con le recenti collaborazioni che la Asl 12 di Viareggio ha instaurato con gli stabilimenti balneari di Viareggio e Lido di Camaiore che si sono dotati di defibrillatori e di personale formato per il loro utilizzo. L'accordo è stato siglato con il Prefetto di Lucca e i rappresentanti dei Comuni di Viareggio, Pietrasanta, Forte dei Marmi e Camaiore e dal direttore del Dea e delle Terapie intensive, dal responsabile della centrale operativa 118 e il direttore della Asl 12 e il Comandante della Capitaneria di porto - Guardia costiera di Viareggio.

LIVORNO

Siglato tra Asl 6 e Comune di Livorno il contratto preliminare di permuta dei terreni ed edifici da adibire ad attività ospedaliere e residenze sanitarie assistite. Il contratto è l'atto fondamentale che porterà alla pubblicazione del bando europeo ai fini del project financing per la realizzazione del nuovo ospedale. Con questo contratto il Comune chiede all'Asl un progetto di qualità per l'edificio ospedaliero, per le sue tecnologie, ma anche un progetto di pregio e rispettoso sotto il profilo paesaggistico e ambientale. «Il bando - ha affermato il direttore dell'Asl 6 di Livorno, Monica Calamai - consentirà l'affidamento dei lavori di realizzazione del nuovo presidio ospedaliero e conterrà anche la ristrutturazione del 4° e 5° padiglione dell'attuale ospedale, destinati ad accogliere l'Rsa "Pascoli"».

CALENDARIO



PISA
Seminaro «Nuove prospettive nel trattamento dei Dca» all'Auditorium dell'Uf Salute mentale adulti di Pisa. Obiettivo è presentare i principali disturbi alimentari, illustrare le nuove prospettive nel trattamento dei Dca nelle terapie. Info: 050954230, formazionepisa@us15.toscana.it



AREZZO
Seminaro «Le tecnologie di informazione e comunicazione (Tic) per la disabilità nella scuola» all'Auditorium dell'ospedale S. Donato di Arezzo. Tra gli obiettivi migliorare la capacità di ricerca, individuazione e scelta di software educativi in base all'utente, fornire indicazioni sull'uso delle Tic nella scuola. Info: 0575254186, lucia.stocchi@us18.toscana.it



FIRENZE
Corso all'Asl 10 «Nuovi adempimenti in tema di certificazioni e responsabilità del medico di medicina generale» presso il Centro di formazione "Il Fuligno". Obiettivo aggiornare il Mmg sulle regole compilative del certificato medico, in aderenza alle novità introdotte dalle più recenti norme e dalla giurisprudenza. Info: 0552758414, vincenza.cerfeda@asf.toscana.it

Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

GIOR
NALI
E
RIVISTE

INTER
NET
PER
TUTTI

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua
www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche