

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. 1
anno XIII del 12-18 gennaio 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

**Più efficienza
se si valuta
la solidarietà**

di **Vinicio Biagi ***

Il terzo settore è in Toscana una realtà storicamente radicata e organizzata e la Regione ha consolidato, tramite la propria normativa e la pratica organizzazione, un sistema di servizi sanitari e sociali pervaso dal principio di sussidiarietà, che non affida le risposte solo alle istituzioni, ma è capace di attivare energie e potenzialità anche di questi soggetti sociali. In questo processo la Regione, anche grazie alla costante attenzione e "pressione" da parte del mondo del volontariato, ha sempre cercato di conciliare l'esigenza di garantire la rappresentanza con la salvaguardia delle specificità e dell'autonomia di ciascun soggetto.

La capacità di intervenire, trasformare e modificare i contesti che producono danni alla salute e anche vulnerabilità ed esclusione sociale, è sempre stata una modalità che storicamente il volontariato ha perseguito. Su questo piano si sono recentemente sviluppate proposte e strumenti che possono servire a ciò che agli occhi di qualcuno potrebbe rappresentare un paradosso: valutare il volontariato. Ma è proprio superando il luogo comune che solidarietà, spontaneità o gratuità dell'azione non possano essere oggetto di valutazione che si produce un effetto positivo e dinamico per il sistema dei servizi e per lo stesso volontariato: la possibilità di confrontare le motivazioni della propria azione con gli esiti e l'efficacia degli interventi prodotti.

CONTINUA A PAG. 2

EMERGENZA

Pronto il riordino per mettersi in regola con i paletti della Corte Ue

Il 118 riparte dai volontari

Associazioni e Croce rossa diventano parti integranti del sistema

Le associazioni di volontariato, misericordie e pubbliche assistenze e la Croce rossa italiana diventeranno parti integranti del sistema toscano di emergenza-urgenza territoriale. È questo quello che prevede la proposta di legge n. 42 approvata dalla Giunta regionale il 30 novembre 2009. Una nuova normativa di riassetto del sistema che si è resa necessaria a causa dell'intervento della Commissione europea, la quale, a seguito di un reclamo presentato da un operatore privato, ha promosso un ricorso alla Corte di giustizia Ue contro l'Italia in relazione all'accordo quadro regionale stipulato tra Regione Toscana, Asl, organismi federativi del volontariato e Comitato regionale della Cri, per l'affidamento dell'attività di trasporto sanitario, per la violazione degli obblighi di cui alla direttiva 92/50/Cee, oggi direttiva 2008/18/Cee, che coordina le procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di servizi.

Con sentenza del 29 novembre 2007 la Corte Ue ha respinto il ricorso per motivi di ordine procedurale, pur evidenziando come alcune delle contestazioni avanzate dalla Commissione fossero condivisibili. La Regione Toscana ha ritenuto pertanto opportuno procedere a un riordino dell'organizzazione superando le obiezioni sollevate a livello europeo e riconfigurando il rapporto con le associazioni di volontariato e la Cri con l'intento di salvaguardare lo storico rapporto che le lega in ragione del fondamentale valore che rivestono sia sul piano della promozione e della crescita della coesione sociale, sia per il loro radicamento nel tessuto socio-sanitario toscano che ha permesso al sistema di raggiungere gli attuali alti livelli di efficienza e di efficacia che fanno della nostra Regione una fra le prime in Italia.

Il nuovo modello di organizzazione del sistema riguarderà le attività di trasporto sanitario della persona, riconducibili sia ai servizi di emergenza-urgenza, gestiti dalle centrali operative 118, sia ai servizi previsti nei livelli essen-

Il terzo settore toscano

- Associazioni di volontariato in Toscana: **2.643**
- Volontari: **115** mila
- Persone coinvolte nel fenomeno del volontariato: **1.365.000**
- Il **10,6%** della popolazione toscana sopra i 14 anni partecipa ad attività gratuite di volontariato
- Persone assistite: oltre **200** mila persone
- **8** associazioni ogni **10** svolgono la loro attività nei settori sanitario e sociale
- Il **51%** delle associazioni toscane è di piccole dimensioni (meno di 20 volontari)

Fonte: 2° rapporto d'indagine Cescvot 2006

RESPONSABILITÀ CIVILE

Al rischio clinico ci pensano solo le Asl

Da quest'anno la gestione dei sinistri non sarà trasferita alle assicurazioni

Dal primo gennaio 2010 e comunque allo scadere dei contratti di assicurazione, le Asl toscane dovranno provvedere in via diretta alla gestione del rischio per responsabilità civile, senza trasferirlo a una compagnia di assicurazioni. Con la delibera n. 1203 del 21 dicembre scorso la Giunta regionale ha approvato le Linee di indirizzo per la gestione diretta. L'atto disciplina l'istituzione in ogni azienda del Comitato gestione sinistri, a cui è affidata la trattazione, la definizione e la liquidazione dei sinistri. Il Comitato potrà anche essere interaziendale mentre è prevista una struttura di Area vasta che potrà svolgere anche funzione di "second opinion" sui casi particolarmente complessi. Le aziende sono tenute ad alimentare regolarmente il sistema regionale informatizzato di gestione dei sinistri e a rispettare una precisa tempistica. In particolare ogni Comitato dovrà prontamente iscrivere nel data-base regionale ogni richiesta risarcitoria, convocare il richiedente entro 15 giorni e formulare la proposta di liquidazione entro 6 mesi dalla convocazione, nei casi più complessi non oltre un anno. È previsto anche un premio per le aziende che mostreranno un miglioramento negli indicatori di risultato in materia di gestione e controllo del rischio clinico.

li di assistenza che a quei servizi nei quali le condizioni cliniche del paziente richiedono esclusivamente l'utilizzo di un'ambulanza per il trasporto, la necessità dell'assistenza in itinere con personale adeguatamente formato, nonché l'esigenza di garantire la continuità delle cure al fine di non interrompere il percorso assistenziale e terapeutico già intrapreso. Costituiscono linee portanti dell'intervento normativo: l'adozione di un apposito regolamento di attuazione che definisca i requisiti strutturali, organizzativi e professionali necessari a garantire la continuità e la qualità del servizio richiesti alle associazioni ai fini dell'iscrizione in uno specifico elenco regionale, la definizione di un sistema di budget volto a definire gli obiettivi da perseguire e le risorse disponibili per lo svolgimento dell'attività che tenga conto del tipo di trasporto effettuato, del relativo impegno orario, delle caratteristiche orografiche del territorio di riferimento e di quelle della popolazione assistita, inoltre, la stipula di protocolli di natura organizzativa, nel rispetto della programmazione regionale e aziendale. Bonus ex malo, la disciplina legislativa permetterà non solo di adeguarsi alla normativa comunitaria, ma porrà le fondamenta per un'ulteriore crescita di qualità di tutto il sistema toscano di emergenza-urgenza. Pertanto la Regione Toscana intende difendere quel plusvalore che si origina dallo svolgimento di servizi di trasporto che permettono di collegare l'assistito alla sua radice territoriale e sociale, promuovendo al contempo l'aspetto solidaristico, assolutamente esente da scopi di lucro, del quale tali associazioni costituiscono la più autentica espressione.

Fabio Arnetoli

Consulente Regione Toscana
sistema di emergenza-urgenza

Silvia Montelatici

Responsabile posizione organizzativa
sistema di emergenza-urgenza
Regione Toscana

IL TESTO A PAG. 4 E 5

CONTROCANTO

Anche le esperienze piccole vanno difese

di **Romano Manetti ***

Andare verso una nuova legge regionale per la gestione del sistema dei trasporti sanitari, nell'ambito della disciplina del servizio sanitario regionale, appare l'unica strada che Bruxelles concede alla Regione Toscana, a seguito della sentenza della Corte Ue del novembre 2007 (Violazione

degli obblighi di cui alla direttiva 92/50/Cee, oggi direttiva 2008/18/Cee). Due anni di lavoro per arrivare alla definizione della proposta che inizia ora il percorso verso il Consiglio regionale. Una proposta nella quale si ribadisce che, all'interno

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Lavoro forestale sicuro: via al piano

La Giunta ha approvato il Piano mirato «Redazione di indirizzi operativi regionali per la prevenzione e sicurezza nei lavori di utilizzazione forestale» elaborato dal settore Ricerca, sviluppo e tutela nel lavoro della Toscana in collaborazione con l'Asl Firenze. Questo ha l'obiettivo di individuare indirizzi operativi regionali e il progetto sarà realizzato dall'Asl Firenze, grazie a un finanziamento di 121mila euro e prevede la collaborazione del Dipartimento di scienze tecnologiche ambientali forestali dell'Università di Firenze. (Delibera n. 1177 del 14/12/2009)

▼ Selvicultura: prove di prevenzione

È stato approvato il progetto biennale «Tumori dell'apparato respiratorio, patologie professionali più diffuse ed emergenti nella selvicultura; indagine epidemiologia in addetti maresmiani, confronto tra esposti del passato e del presente, obiettivi di prevenzione» presentato dall'Asl 9 di Grosseto. Il progetto si pone l'obiettivo di valutare lo stato di salute degli addetti alla selvicultura al fine di disporre dei dati per la definizione e l'attuazione di procedure di prevenzione, tecnologiche e organizzazione del lavoro. (Delibera n. 1162 del 14/12/2009)

ALL'INTERNO

**Cure dolci,
scuole al vaglio**

A PAG. 2

**Tumori: test
sugli screening**

A PAG. 3

**Cibi sicuri
con i controlli**

A PAG. 6

MODELLI

Stabiliti i criteri per accreditare le scuole di medicina complementare



Cure dolci, formazione doc

Al vaglio i requisiti delle strutture, la durata dei corsi e i docenti

Come previsto dalla legge regionale 9/2007, la Commissione formazione per le medicine complementari ha stilato i criteri per l'accredimento e la verifica delle scuole, pubbliche e private, in medicina complementare. I criteri sono stati recepiti con una delibera della Giunta (n. 993 del 9 novembre 2009) che descrive in sintesi i parametri per gli istituti extrauniversitari che vogliono accreditarsi come strutture formative di medicina complementare nella Regione.

La delibera aggiunge dunque un nuovo tassello al mosaico dell'integrazione di queste discipline in Toscana e istituzionalizza i criteri definiti dalla Commissione per la formazione. Il documento stabilisce che un successivo decreto dirigenziale definirà il modello per presentare le richieste di accreditamento. Queste saranno valutate in fase sperimentale dalla Commissione formazione e in seconda battuta si individuerà la struttura che si occuperà dell'accredimento e della verifica degli istituti formativi.

L'allegato alla delibera illustra i criteri formativi generali e quelli specifici e si sofferma anche sui programmi didattici. I criteri generali riprendono in parte il protocollo d'intesa siglato l'8 aprile 2008 tra Regione Toscana, Federazione regionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, Consulta regionale degli Ordini dei farmacisti della Toscana e

Federazione regionale toscana degli Ordini provinciali dei medici veterinari. Prevedono che gli istituti formativi abbiano una sede operativa in Toscana dove sia svolto almeno l'80% della formazione; che questa sede sia compatibile con l'attività formativa e rispetti le norme di sicurezza e prevenzione; che sia presente un "referente regionale" per l'istituto e che si certifichi l'assenza del conflitto d'interesse. Alla domanda di accreditamento diretta alla Regione Toscana gli istituti di formazione devono allegare, oltre a tutta la documentazione richiesta, anche l'atto costitutivo, lo statuto e il regolamento interno dell'istituto, e ovviamente il programma del corso di formazione proposto.

I corsi di formazione per medici chirurghi e odontoiatri e per veterinari, di durata non inferiore a 3 anni, devono avere un monte ore di almeno 450 ore, di cui 100 ore di pratica clinica supervisionata. Quest'ultima dovrà prevedere almeno il 50% di formazione clinica ambulatoriale, svolta in strutture pubbliche o private. La durata dei corsi per farmacisti non può essere inferiore a un anno, con un monte ore complessivo teorico-pratico di almeno 100 ore.

I crediti formativi interni alla scuola, validi per l'attestato di superamento del corso, sono attribuiti in base al programma articolato in lezioni frontali, seminari/lavori di gruppo, pratica clinica, studio e formazione a distanza. I docenti avranno un curriculum di cui è garante la scuola e, se possibile, anche una società medico-scientifica del settore.

Il responsabile didattico delle scuole di formazione per medici, a esempio, deve essere laureato in medicina e chirurgia, con almeno 5 anni di esperienza clinica documentata e 5 di docenza specifica della medicina complementare di cui è esperto. Gli altri docenti devono essere prevalentemente laureati in medicina e chirurgia, avere frequen-

tato una scuola triennale e avere all'attivo almeno 5 anni di pratica clinica nella disciplina di insegnamento. Ogni istituto di formazione avrà almeno 3 docenti titolari. I programmi didattici sono divisi per disciplina (agopuntura, fitoterapia e omeopatia) e per professione (medici chirurghi e odontoiatri, medici veterinari, farmacisti).

Mariella Di Stefano
Rete toscana di medicina integrata

PRIMA EDIZIONE DI EUNOMIA SANITÀ

A lezione di governance sanitaria

Si è conclusa con grande soddisfazione la prima edizione di Eunomia Sanità, prima scuola di Governance sanitaria in Italia rivolta ai professionisti under 40. Il 17 e 18 dicembre si è svolto a Firenze il primo corso di alta formazione, con due lezioni e sei moduli didattici, con un'ottima risposta da parte dei 40 corsisti provenienti da tutta Italia: oltre il 90% ripeterebbe l'esperienza appena conclusa. Il corso ha come obiettivo far crescere la classe dirigente del settore Sanità e sono state varie le tematiche affrontate: programmazione e valutazione, aspetti di comunicazione e counseling, ricerca e nuovi modelli sanitari. A suscitare particolare interesse anche la giornata pubblica «Agorà Salute» del 19 dicembre, a cui hanno partecipato Maurizio Lupi, vicepresidente della Camera, Guido Riva, presidente del Comitato tecnico Sanità di Confindustria ed Enrico Rossi, assessore regionale per il diritto alla Salute. «La prima sfida che abbiamo è quella educativa e formativa soprattutto nel settore della Sanità dove al centro c'è sempre la persona» ha detto il vicepresidente Lupi, intervenendo alla tavola rotonda fiorentina. Mentre Riva (Confindustria) ha parlato del ritorno del ministero della Salute: «È un segnale molto importante, il Ssn è un asset immenso di questo Paese per il rispetto dei diritti dei cittadini e come ammortizzatore sociale, ma in Italia la Sanità è a macchia di leopardo». «Nelle Regioni in cui la Sanità è di valore - ha aggiunto Riva - c'è una grande classe dirigente, preparata e onesta, forse lì abbiamo la migliore classe dirigente al mondo tra Regioni come Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana».

L'associazione Eunomia sta pensando già all'edizione 2010. Si preannunciano novità importanti con orizzonti internazionali grazie alla collaborazione con le prestigiose università americane presenti sul nostro territorio. Lo sguardo si concentrerà sugli Usa dove Obama sta lavorando alla riforma della Sanità americana.

Lucia Lunghini

NOTIZIE DAL GOVERNO CLINICO REGIONALE

BILANCIO POSITIVO DOPO 5 ANNI: DALLA FORMAZIONE ALLA GESTIONE FINO ALLE BUONE PRATICHE

Il Servizio sanitario della Toscana può oggi considerarsi dotato di maggiori garanzie per la qualità e sicurezza delle cure, grazie ai traguardi raggiunti nei cinque anni di attività della rete regionale per la Gestione del rischio clinico, coordinata dal Centro Grc. I risultati sono confortanti su tutte le 4 linee di lavoro: organizzazione, formazione, sistema di gestione e buone pratiche.

L'organizzazione. Tutte le Asl toscane hanno superato le verifiche di accreditamento istituzionale per la gestione del rischio clinico. I requisiti organizzativi prevedono un sistema di coordinamento aziendale per la gestione del rischio, la formazione del personale impegnato nella sicurezza dei pazienti, la redazione del rapporto del piano annuale per la gestione del rischio, l'implementazione dei sistemi informativi sui sinistri e sugli eventi avversi. Un altro aspetto importante è stata l'adozione da parte di tutte le aziende della procedura regionale per la gestione degli eventi sentinella, che ha consentito risposte tempestive per eventi parti-

colarmente gravi.

La formazione. Nel 2004 il Centro Grc definì e testò un modello didattico centrato su un nucleo di competenze di base in ergonomia e fattore umano, comunicazione e organizzazione, qualità e sicurezza dei sistemi complessi, preso a riferimento anche da altre Regioni. A oggi il Centro Grc ha condotto tre edizioni del corso di alta formazione in Clinical risk management, in collaborazione con il Laboratorio Management&Sanità del S.Anna di Pisa, per preparare i responsabili aziendali della gestione del rischio. A livello regionale sono stati inoltre organizzati eventi formativi di alto livello. Le aziende, a loro volta, hanno promosso numerosi corsi volti a formare i facilitatori della gestione del rischio e alla diffusione delle buone pratiche.

Il Sistema di gestione. Per poter efficacemente prevenire il rischio è necessario innanzi tutto identificarne e valutarne la frequenza e la gravità, pertanto il Centro Grc, con il contributo delle Asl, ha progettato e sviluppato un sistema supportato da software originali per integrare le fonti informative sul rischio e per analizzare sistematicamente gli eventi avversi e i processi critici. Tale attività ci ha consentito di controllare meglio i sinistri e apprez-

zare la progressiva riduzione degli eventi avversi, che ha favorito la recente decisione di passare a un sistema di risarcimento diretto del sinistro. Alla riduzione dei sinistri, è corrisposta una crescita dell'incident reporting (segnalazioni spontanee da parte degli operatori) e delle successive analisi mediante metodi standard. Dal 2007 nella valutazione della performance delle Asl è incluso un pannello di indicatori di gestione del rischio associati proprio alla capacità di controllo dei sinistri e all'incident reporting.

Le buone pratiche. Il Centro Grc ha messo a punto 20 buone pratiche, frutto del lavoro congiunto con le Società scientifiche e con i professionisti che sono il segno tangibile per i cittadini del miglioramento della sicurezza. Tredici aziende hanno già adottato e attestato con verifiche esterne questi strumenti operativi di gestione del rischio. Sul sito web «Siamo tutti pazienti» (www.salute.toscana.it) sono pubblicate tutte le informazioni in merito alle buone pratiche in ogni azienda della Toscana.

Tommaso Bellandi
Riccardo Tartaglia
Centro gestione rischio clinico (Cgrc)

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

di questa nuova articolazione, il mondo del volontariato (pubbliche assistenze, misericordie, Croce rossa italiana) è elemento essenziale e insostituibile, pur con qualche nostra preoccupazione.

Se da un lato accogliamo positivamente il riconoscimento di soggetto pubblico all'interno del nuovo sistema, non intendiamo in alcun modo diventare «i soldatini pubblici del sistema», ma continueremo a svolgere il nostro ruolo che si esprime attraverso i servizi di prossimità, l'aiuto «porta a porta», che le tante nostre piccole associazioni presenti su tutto il territorio toscano riescono ad assicurare per una migliore qualità della

vita. In secondo luogo siccome la legge prenderà in considerazione soltanto i trasporti «significativamente sanitari», che succederà degli altri più di «ordine sociale» (accompagnare una persona a una visita medica, a cure riabilitative ecc.) che il sistema attuale consente? Su questo vigileremo e ci batteremo per non privare i cittadini toscani di servizi importanti.

Inoltre, cosa accadrà alle tante piccole associazioni sparse su tutto il territorio toscano, importantissime per la coesione sociale, che hanno consentito di consolidare esperienze vive di sussidiarietà, che rappresentano una peculiarità del «modello toscano» se dovessero

essere escluse dal nuovo processo riorganizzativo?

Il volontariato toscano delle pubbliche assistenze, col suo patrimonio sociale, culturale ed etico, nell'esprimere un parere favorevole sul percorso fin qui intrapreso che ha portato all'adozione della proposta di legge sopra ricordata, vigilerà affinché alle preoccupazioni sopra esposte vengano date risposte positive, per mantenere l'attuale sistema dei trasporti sanitari ai livelli di massima efficienza, per rinsaldare ancora di più la coesione sociale, nell'interesse di tutti i cittadini.

* Presidente del Consiglio Regionale pubbliche assistenze toscane

Più efficienza se si valuta... (segue dalla prima pagina)

Naturalmente, questa valutazione deve tener conto di fattori e parametri diversi da quelli tradizionali di natura economico-finanziaria, o meglio, comporta una diversa lettura e interpretazione di quegli stessi fattori e parametri. Quanto «costa» un intervento tempestivo di pronto intervento reso possibile dalla capillare diffusione della rete sul territorio? Quanto «vale» l'efficienza di operatori formati oltre che su un piano professionale anche su un piano di relazioni umane e personali? Quali «risorse» umane e finanziarie sono disponibili sul territorio oltre i limiti posti oggi dalla sostenibilità finanziaria degli interventi pubblici e dai patiti di stabilità?

Rispetto a queste valutazioni di «buon senso» vi è però la necessità di individuare strumenti per determi-

nare i rapporti tra servizio pubblico e questi soggetti privati, pur se di natura particolare. Le «regole», la trasparenza, l'efficienza sono comunque valori che devono trovare la loro giusta applicazione anche in questo ambito.

Persino negli austeri uffici di Bruxelles si è prestata attenzione a questa caratteristica che nel sistema toscano è assolutamente più diffusa e presente rispetto alle pur variegate e dotate regioni europee. E qui si può davvero dire che quantità e qualità coniugano i loro caratteri per la migliore risposta ai bisogni di salute e sociali delle persone.

* Direttore generale
Direzione generale diritto alla Salute e politiche solidarietà Regione Toscana

FOCUS

L'Isipo ha presentato i dati del 2008 sui programmi di prevenzione

Tumori, screening al check



Aumentano i test per utero e mammella - Critici i tempi d'attesa

I risultati delle attività di screening per il tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto della Regione Toscana per l'anno 2008 sono stati presentati nel convegno sui programmi di screening oncologico, che si è svolto il 18 dicembre scorso a Firenze.

L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Isipo) che svolge il ruolo di Centro di riferimento regionale (Crr) ha, come di consueto e in collaborazione con la Fondazione Lilly, curato la stesura di un volume giunto alla sua decima edizione, in cui, oltre ai risultati in dettaglio, sono pubblicati alcuni approfondimenti relativi a tematiche specifiche (www.isipo.toscana.it).

Il monitoraggio dei programmi di screening attraverso indicatori è una attività ormai consolidata a livello nazionale e alla quale la Regione Toscana contribuisce fin dagli esordi candidandosi tra le regioni leader in ambito di prevenzione oncologica secondaria.

L'indicatore di estensione, ovvero la capacità del sistema sanitario di invitare i cittadini residenti che per età hanno diritto alla offerta di screening, raggiunge ottimi livelli per lo screening del collo dell'utero (98,8%) e un progressivo incremen-

Infarti e ictus sono le prime cause di morte per i toscani

I 14 dicembre sono stati presentati a Firenze i dati del Registro mortalità regionale (Rmr) 2005-2008. Secondo i dati presentati nell'incontro annuale, organizzato da Isipo (Istituto per studio e la prevenzione oncologica), nel 2008 risultano deceduti, in Toscana, 19.683 maschi residenti (7.050 per malattie del sistema circolatorio, 6.757 per tumori, 1.721 per malattie dell'apparato respiratorio e 938 per traumatismi e avvelenamenti). Le cause di morte tra gli uomini toscani vedono al primo posto le cardiopatie ischemiche (acute e croniche per un totale di 2.442 decessi) seguite dalle malattie cerebrovascolari (2.048 decessi) e dal tumore al polmone (1.817 decessi).

Le cause di morte tra le donne invece vedono al primo posto le malattie cerebrovascolari (3.276

decessi) e a seguire la cardiopatia ischemica (2.396 decessi) e il tumore alla mammella (798 decessi). Quanto a numero di decessi fra le donne, sempre nel 2008, il totale supera di oltre 1.800 unità quegli degli uomini: sono stati infatti registrati 21.669 decessi (di cui 9.498 per malattie nel sistema circolatorio, 5.230 per tumori, 1.295 per malattie nell'apparato respiratorio e 909 per malattie delle ghiandole endocrine, compreso il diabete). I dati, raccolti in ciascuna delle 12 Asl toscane, rivelano che cresce la mortalità per le malattie del sistema nervoso (compresa la malattia di Alzheimer) e per disturbi psichici (compresa la demenza senile). Nei 20 anni di attività del Registro toscano, risultano raccolti i dati su oltre 880.000 decessi.

ti positivi al sangue occulto fecale (78,5%). Nel primo caso sarà opportuno valutare la possibilità di adottare, su base regionale, il triage con test Hpv per le lesioni Asc-U, mentre l'elevato valore predittivo positivo per lesioni Cin2+ e per adenoma avanzato e cancro impone strategie mirate di counseling per l'approfondimento diagnostico in collaborazione con i medici di medicina generale e un maggior recupero delle informazioni relative a esami effettuati al di fuori dei programmi.

La progressiva messa a regime del flusso regionale degli screening oncologici, infrastruttura effettiva di un sistema in rete e su cui il mandato regionale deve esprimersi con ancora più forza, rappresenta una risposta alle criticità relative al recupero delle informazioni rilevanti per la costruzione degli indicatori. I tempi di attesa, veri indicatori di efficienza dei programmi, non sono in linea con gli standard raccomandati e sembrano essere invece espressione di una sofferenza generale del sistema sanitario la cui soluzione deve essere cercata sia a livello regionale che nazionale.

Paola Mantellini
Istituto per lo studio
e la prevenzione oncologica (Isipo)

Il punto sugli screening

Anno 2007 e 2008

	Indicatori di performance	2007 (%)	2008 (%)
Screening mammografico	Estensione corretta	87,84	94,50
	Adesione corretta	68,66	69,50
Screening cervicale	Estensione aggiustata	102,70	98,80
	Adesione aggiustata	51,30	53,60
Screening colon retto	Estensione aggiustata	66,90	72,50
	Adesione aggiustata	51,40	50,90

to temporale per lo screening del tumore della mammella (94,5%). L'estensione del programma per il tumore del colon-retto, seppur in costante aumento (72,5%), è inferiore a quella delle altre due realtà stante la sua recente attivazione. Indipendentemente dal programma, alcune Asl presentano difficoltà nel raggiungere la popolazione bersaglio a causa della qualità non ottimale delle anagrafi aziendali.

La partecipazione all'invito è stabile per quanto riguarda il tumore della mammella (69,5%) e del colon-retto (50,9%) e in progressivo aumento per il tumore

del collo dell'utero (53,6%). Questo ultimo valore assume particolare rilevanza se si considera che l'effettuazione del pap test su base spontanea è una attività sanitaria diffusa e consolidata su tutto il territorio. I valori medi regionali re-

lativi a indicatori di specificità e di performance clinica rientrano negli standard fissati a livello nazionale ed europeo, ma esistono comunque ampie variabilità (inter-aziendali e intra-aziendali da un anno all'altro) non sempre facilmente

interpretabili.

Una possibile motivazione, almeno per alcuni indicatori come il tasso di identificazione diagnostica ai primi esami per lo screening mammografico, può essere rappresentata dalla esiguità e dalla tipologia della casistica. Altri indicatori sono invece sottostimati a causa delle difficoltà di approvvigionamento delle informazioni a partire dalle fonti informative correnti aziendali e regionali.

Critici risultano i valori della adesione alla ripetizione del pap test (50,4%), alla colposcopia nelle lesioni citologiche Ascus+ (82,3%) e alla colonscopia nei sogget-

AL VIA PROGETTO REGIONALE

Vaccini e pap test alle donne più fragili

Uno dei pilastri fondamentali del Piano sanitario regionale in vigore è la "medicina di iniziativa". Il sistema sanitario pubblico, cioè, concepisce e organizza i servizi in modo attivo, non si limita ad attendere il cittadino e la sua richiesta ma va incontro al bisogno di salute, e soprattutto va incontro alle fasce deboli della popolazione, la parte che "meno sa e meno può".

È in questo spirito che entro questo mese Isipo, Istituto toscano tumori e Croce rossa italiana attiveranno un progetto pilota per la promozione della vaccinazione contro il papilloma virus e l'effettuazione del pap test che interesserà le bambine, le ragazze e le donne appartenenti a fasce di popolazione particolarmente svantaggiate nell'accedere ai servizi di prevenzione del tumore al collo dell'utero.

Il progetto è rivolto alla popolazione femminile appartenente a nuclei familiari vulnerabili e alla donne immigrate per cercare da una parte di superare le barriere culturali e linguistiche e dall'altra di diffondere la cultura della prevenzione oncologica. Questo partenariato coinvolge alcuni soggetti tra i più attrezzati in questo campo, l'Itt come rete regionale dei servizi oncologici, l'Isipo come protagonista storico dei progetti regionali di screening, la Croce rossa come realtà radicata e organizzata nel territorio. L'obiettivo comune di fondo è la riduzione delle disuguaglianze in Sanità e nello specifico in campo oncologico.

Il progetto, che verrà attuato a Firenze, Livorno e Grosseto, prevede azioni distinte per fasce di età, con attività di vaccinazione per le più giovani a cui si affiancherà per le

donne adulte la promozione della prevenzione con pap test e test Hpv. Nelle tre zone la Croce rossa individuerà dai propri elenchi le adolescenti, ragazze e donne di età compresa tra 11 e 26 anni che verranno chiamate attivamente. Per ciascun sottoprogetto sono previste azioni specifiche e la creazione di un percorso mirato di accoglienza e prevenzione per ciascuna classe di età. Nello stesso tempo si coglierà l'occasione per sensibilizzare le donne all'adesione ai programmi di screening.

Con propria iniziativa già nel 2008 la Regione Toscana aveva deciso di estendere la vaccinazione gratuita delle adolescenti contro il papilloma virus oltre alle dodicenni alle classi di età di 13, 14, 15 e 16 anni. Si prevede che il progetto di recupero delle varie classi di età si concluda nel 2011. Da quell'anno in poi si prosegue a regime con la vaccinazione a chiamata attiva delle dodicenni. Ogni anno vengono diagnosticati in Toscana circa 215 casi di carcinoma della cervice uterina, 3.500 nuovi casi circa in Italia. Il tumore al collo dell'utero è il primo tumore riconosciuto dall'Oms come totalmente riconducibile a una infezione virale, causata dal virus del papilloma umano (Hpv). Non ci sono ancora farmaci che possano curare l'infezione da Hpv: è quindi importante identificare precocemente le lesioni provocate dal virus tramite l'esecuzione del Pap-test, che in Toscana viene proposto gratuitamente a tutte le donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

Susanna Cressati
Agenzia Toscana Notizie

INDICATORI DI PERFORMANCE SOTTO LA LENTE

«Cancri d'intervallo» misure d'insuccesso

Lo screening per il tumore della mammella che prevede l'offerta di una mammografia gratuita, ogni due anni, alle donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni determina una riduzione di mortalità che, negli studi randomizzati, si attesta intorno al 25-30%. Nell'ambito di un contesto di screening routinario la riduzione di questo principale indicatore di efficacia necessita di molti anni per poter essere rilevata e analizzata. Per ottemperare agli indirizzi regionali e nazionali, i programmi di screening aziendale della Regione Toscana raccolgono, ogni anno, una serie di indicatori che permettono di valutarne lo "stato di salute" e i livelli di efficienza ed efficacia. Per quanto riguarda gli indicatori di efficacia, in alternativa alla mortalità, sono stati individuati indicatori precoci che, rilevabili in tempi più rapidi, consentono il monitoraggio tempestivo dei programmi e l'adozione di misure correttive se necessarie. Tra questi riveste un ruolo di estrema importanza il tasso di cancri di intervallo (Ci) ovvero di quei tumori occorsi dopo un esame di screening negativo (o approfondimento negativo) e prima che sia passato il tempo necessario per l'esecuzione del test successivo.

La sensibilità del test mammografico e le capacità professionali degli operatori sanitari sono fra i fattori che più condizionano l'insorgenza dei cancri d'intervallo la cui mancata diagnosi alla mammografia di screening riconosce molteplici motivazioni: in alcuni casi le lesioni non sono evidenziabili perché troppo piccole o perché l'elevata densità del seno ne maschera la presenza, in altre situazioni, pur essendo effettivamente presenti al momento del test, le lesioni non vengono rilevate. Questi ultimi casi, definiti come "errori di screening" si generano per inesperienza o, in alternativa, per stanchezza o perdita di attenzione in situazioni di

eccessivo carico di lavoro o per errori nella esecuzione del radiogramma. A questo proposito, le linee guida europee, fissando un limite standard da non superare, hanno di fatto sancito i criteri di buona qualità professionale del programma.

La rilevazione dei cancri d'intervallo, che in termini di stadio patologico sono sovrapponibili a quelli diagnosticati clinicamente, può essere quindi anche utilizzata per il monitoraggio e il miglioramento delle performance cliniche dei programmi attraverso la rivalutazione periodica dei radiogrammi di screening. Le modalità e i criteri per l'effettuazione di questa attività sono stati discussi nell'ambito di un seminario organizzato dall'Isipo, Centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica, il 18 dicembre scorso a Firenze. Dal confronto tra i programmi è emerso che, in Regione Toscana, per facilitare e rendere sistematica questa rilevazione è necessario incentivare e consolidare l'integrazione tra i sistemi informativi delle Asl e quello regionale al fine di garantire la massima fruibilità e disponibilità delle fonti correnti quali il flusso delle schede di dimissione ospedaliera e quello dei referti di anatomia patologica. Una discussione animata ha accompagnato la proposta di un protocollo di revisione radiologica dei radiogrammi di screening, la cui stesura definitiva è prevista per i primi mesi del 2010 e il cui obiettivo non è quello di dirimere questioni medico-legali, ma di garantire elevati e omogenei livelli di eccellenza professionale in un ottica di miglioramento continuo della qualità.

Paola Mantellini
Marco Zappa
Istituto per lo studio
e la prevenzione oncologica (Isipo)

DOCUMENTI

Varata dalla Giunta la proposta di legge sul trasporto sanitario che adegua la disciplina di organizzazione del Ssr al dettato della Corte Ue

Croce rossa e volontari entrano ufficialmente nel «118»

Cri e associazioni vengono riconosciute per la prima volta parti integranti del sistema di emergenza-urgenza territoriale

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la proposta di legge contenente «Modifiche alla legge regionale n. 40/2005 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)», approvata il 2 dicembre dalla Giunta e inoltrata al Consiglio. La Pdl riorganizza il sistema di emergenza e il trasporto sanitario recependo una sentenza europea.

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

Di approvare la proposta di legge allegata «Modifiche alla Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale)», disponendone l'inoltro al Consiglio regionale a cura della Segreteria della Giunta.

ALLEGATO I

RELAZIONE TECNICO-NORMATIVA
PROPOSTE DI LEGGE

TITOLO:
I. Analisi della compatibilità con l'ordinamento costituzionale, statutario e comunitario

1. Obiettivi e necessità dell'intervento normativo

Il presente intervento normativo si è reso necessario poiché la Commissione europea ha presentato un ricorso alla Corte di Giustizia europea contro la Repubblica italiana in relazione all'accordo quadro regionale per lo svolgimento di attività di trasporto sanitario stipulato tra Regione toscana, aziende sanitarie, Confederazione nazionale delle Misericordie, Associazione nazionale pubbliche assistenze (comitato regionale toscano) e la Croce rossa italiana (sezione Toscana) per la violazione degli obblighi di cui alla direttiva 92/50/Cee, oggi direttiva 2008/18/Cee che coordina la procedura di aggiudicazione degli appalti pubblici di servizi.

La Corte di giustizia, con sentenza del 29 novembre 2007 (causa C-119/06), pur respingendo per motivi di ordine procedurale il ricorso, ha considerato condivisibili molte delle considerazioni sostenute dalla Commissione, evidenziando in particolare che la nozione di impresa comprende qualsiasi entità che esercita attività economica. Per la Corte quindi l'accordo quadro regionale ha le caratteristiche di un contratto concluso a titolo

oneroso e rientra pienamente nella nozione di appalto pubblico.

Inoltre la Corte ha rilevato che il metodo di pagamento previsto, preventivo e forfettario, non configura un mero rimborso delle spese sostenute dalle associazioni di volontariato per lo svolgimento delle attività in questione.

La Regione Toscana, a seguito della pronuncia della Corte di giustizia, intende conformarsi ai principi in essa evidenziati e procedere con la presente disciplina legislativa a un riordino dell'organizzazione del sistema del trasporto sanitario regionale.

In particolare la Regione Toscana, considerando indispensabile salvaguardare il rapporto con le associazioni di volontariato e la Cri, quale valore per la promozione e la crescita della coesione sociale, ritiene opportuno definire il ruolo delle associazioni stesse e della Cri quali parti integranti del sistema regionale di emergenza urgenza territoriale.

2. Tipologia della competenza legislativa regionale interessata dalla proposta (residuale/concorrente)

La competenza legislativa interessata è di tipo concorrente (articolo 117, comma 3 della Costituzione) in quanto le disposizioni della presente proposta di legge sono riconducibili alla materia «tutela della salute».

3. Compatibilità con il quadro normativo nazionale, con riferimento ai rapporti con le fonti statali vigenti e, in caso di competenza concorrente, con riferimento ai principi della materia

La presente proposta di legge è compatibile con il quadro normativo nazionale e in particolare con il Dpr 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza), con la Legge 833/1978 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), con la Legge 266/1991 (Legge quadro sul volontariato) e con la Legge 328/2000 (Legge quadro sull'assistenza).

4. Rapporti del futuro intervento normativo con le leggi regionali in materia. Il presente intervento normativo si realizza introducendo nella legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) un nuovo capo dedicato al sistema sanitario di emergenza urgenza.

A seguito della riorganizzazione del suddetto sistema dovrà essere rivista e aggiornata anche la legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario).

5. Compatibilità dell'intervento con i principi costituzionali e statutari, con particolare riferimento ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma della Cost., e con la potestà regolamentare degli enti locali, di cui all'articolo 117, sesto comma della Cost., anche alla luce della giurisprudenza costituzionale o della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo oggetto.

Il presente intervento normativo risulta compatibile con i principi costituzionali e statutari.

6. Compatibilità dell'intervento con l'ordinamento comunitario, anche alla luce della giurisprudenza, della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di giustizia delle Comunità europee e dell'esistenza di procedure di infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o analogo oggetto.

Il presente intervento normativo si è reso necessario a seguito della sentenza della Corte di giustizia (causa C-119/06) che si è pronunciata su di un ricorso presentato dalla Commissione europea per

violazione degli obblighi in materia di appalti pubblici.

7. Necessità di notificare la proposta alla Commissione europea nei casi previsti dall'ordinamento (aiuti di Stato, norme tecniche, norme ricadenti nella sfera di applicazione della direttiva Bolkestein).

La proposta non rientra nella sfera di applicazione della direttiva Bolkestein pertanto la stessa non necessita di notifica.

II. Analisi dell'osservanza dei principi e delle regole sulla qualità della normazione

1. Rispetto dei principi in materia di qualità della normazione di cui all'articolo 2 della legge regionale 22 ottobre 2008, n. 55 (Disposizioni in materia di qualità della normazione), con particolare riferimento agli obiettivi di semplificazione normativa e amministrativa. La proposta è adottata nel rispetto dei principi in materia di qualità della normazione di cui all'articolo 2 della legge regionale 22 ottobre 2008, n. 55 (Disposizioni in materia di qualità della normazione).

2. Rispetto delle tecniche redazionali definite dal Manuale operativo del processo giuridico-legislativo, con particolare riferimento alla necessità delle definizioni normative e alla loro coerenza con quelle già esistenti nell'ordinamento. La proposta è stata redatta nel rispetto delle tecniche redazionali definite dal Manuale operativo del processo giuridico-legislativo.

3. Individuazione di disposizioni derogatorie rispetto alla normativa vigente, aventi effetto retroattivo, di revivenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica.

Non sussistono.

4. Congruenza dei termini previsti per l'adozione degli eventuali successivi atti attuativi.

I termini previsti per l'adozione del regolamento di attuazione delle presenti proposte di legge risultano congrui.

5. Necessità di una disciplina transitoria per i rapporti giuridici o i procedimenti instaurati per effetto della eventuale precedente disciplina.

È stata introdotta una norma transitoria che contiene due disposizioni. La prima è finalizzata a consentire alle associazioni di volontariato e ai comitati della Cri, che esercitano l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza sul territorio regionale, di poter continuare a svolgere tale attività fino alla data in cui è attivato l'elenco regionale.

La seconda stabilisce un termine entro il quale le aziende unità sanitarie locali nel rispetto di quanto previsto dal piano sanitario regionale provvedono alla riorganizzazione del dipartimento emergenza urgenza allo scopo di realizzare l'integrazione funzionale fra il personale sanitario operante nel sistema territoriale di emergenza urgenza e quello operante nel servizio di pronto soccorso.

ALLEGATO 2

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

MODIFICHE ALLA
LEGGE REGIONALE 24/02/2005, N. 40
(DISCIPLINA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE)

La presente proposta di legge nasce dall'esigenza di ricondurre la disciplina toscana del trasporto sanitario in un ambito compatibile con la normativa comunitaria.

La Corte di giustizia europea infatti, con sentenza del 29 novembre 2007 (III Sezione, Causa C-119/06), pur respingendo per motivi processuali il ricorso presen-

tato dalla Commissione, ha ritenuto il modello toscano, fondato su un accordo quadro tra Regione Toscana, aziende sanitarie, Confederazione nazionale delle Misericordie d'Italia, Associazione nazionale delle Pubbliche assistenze e la Croce rossa italiana (Cri), sezione Toscana, in contrasto con la direttiva 92/50/Cee, oggi direttiva 2008/18/Cee, che coordina le procedure di aggiudicazione degli appalti di pubblici servizi.

La proposta intende superare le obiezioni sollevate a livello europeo, riconfigurando complessivamente il rapporto tra le associazioni di volontariato e la Cri. Quest'ultime diventano a pieno titolo, come recita il nuovo articolo 76-bis, comma 3, soggetti del sistema territoriale di soccorso, come tali inserite nel circuito programmatico regionale e locale.

L'integrazione delle associazioni di volontariato e dei comitati della Cri nel sistema avviene sostanzialmente attraverso tre passaggi: l'accertamento del possesso di requisiti aggiuntivi rispetto a quelli già previsti dalla Legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario), la definizione di un sistema di budget volto a definire gli obiettivi da perseguire e le risorse disponibili per lo svolgimento dell'attività e la stipula di protocolli di natura organizzativa con le aziende unità sanitarie locali.

Il testo si compone di undici articoli. Il primo articolo, che introduce alcune modifiche all'articolo 71 sul dipartimento di emergenza urgenza, aggiunge una disposizione "programmatica", il comma 8-bis, che attribuisce al prossimo piano sanitario e sociale integrato regionale il compito di formulare indirizzi per la riunificazione a livello di area vasta delle centrali operative territoriali, attualmente presenti in ciascuna azienda unità sanitaria locale.

È stato poi introdotto il nuovo capo II-bis («Sistema sanitario di emergenza urgenza» nel titolo VI «Presidi e Prestazioni» della Lr 40/2005).

Gli articoli 3 e 4, che introducono i nuovi articoli 76-bis e 76-ter, hanno un valore sostanzialmente ricognitivo, in quanto definiscono il sistema di emergenza urgenza, così come delineato dalla normativa nazionale e regionale, a partire dal Dpr 27 marzo 1992.

L'articolo 5, che introduce il nuovo articolo 76-quater, istituisce l'elenco regionale nel quale sono iscritte le associazioni di volontariato già autorizzate ai sensi della Lr 25/2001 e i comitati della Cri che risultino in possesso degli ulteriori requisiti previsti dal regolamento di attuazione.

Gli articoli 6 e 7, che introducono rispettivamente i nuovi articoli 76-quinquies e 76-sexies, sono dedicati alla programmazione, al finanziamento e alla organizzazione dei servizi.

In particolare l'articolo 6 prevede che spettì all'azienda unità sanitaria locale programmare l'attività di trasporto sanitario in conformità alle linee di indirizzo formulate dalla conferenza regionale permanente e assicurare lo svolgimento del servizio di trasporto, tramite appositi protocolli di natura organizzativa stipulati con le associazioni stesse.

L'articolo 7 introduce il sistema budgetario in cui sono definiti gli obiettivi da perseguire e le risorse disponibili per lo svolgimento dell'attività ed introduce i criteri cui la Giunta regionale dovrà at-

tersi per la messa a punto del sistema di budget. A quelli di carattere generale (tipologia di attività, popolazione assistita e circoscrizione territoriale) si affiancano gli indici di correzione previsti per i comuni montani e per i comuni disagiati di cui alla Lr 39/2004.

L'articolo 8, che introduce il nuovo articolo 76-septies, disciplina la composizione e il funzionamento della Conferenza regionale permanente.

Si tratta di un organo con funzioni di indirizzo, programmazione e coordinamento, composto dall'assessore al diritto alla salute, dai coordinatori dei comitati di area vasta e dai legali rappresentanti della conferenza regionale delle misericordie della Toscana, del comitato regionale toscano dell'associazione nazionale pubbliche assistenze e del comitato regionale Cri iscritti nell'elenco regionale.

Il funzionamento della conferenza è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa a maggioranza dei suoi componenti. I membri della conferenza non ricevono, per lo svolgimento delle loro funzioni, alcuna indennità di presenza o di carica.

L'articolo 9, che introduce il nuovo articolo 76-octies, rinvia, per la valutazione e il monitoraggio dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza agli strumenti previsti dall'articolo 20, comma 1, lettere a) e b), ovvero al rapporto annuale di valutazione e alla relazione sanitaria aziendale.

L'articolo 10, che introduce il nuovo articolo 76-nonies, prevede l'adozione di un regolamento regionale in cui saranno indicati, oltre ai requisiti strutturali, organizzativi e professionali necessari per l'iscrizione nell'elenco regionale, le modalità di aggiornamento dell'elenco (iscrizione, modifica e cancellazione), nonché le modalità e le procedure per lo svolgimento della verifica periodica finalizzata all'accertamento della permanenza dei requisiti.

L'articolo 11, che modifica l'articolo 142-bis, è dedicato alla disciplina transitoria e contiene due disposizioni. La prima prevede che fino all'attivazione dell'elenco regionale le attività di trasporto sanitario siano svolte dalle associazioni di volontariato già autorizzate ai sensi della Lr 25/2001 e dai comitati della Cri. Il termine entro cui le associazioni e i comitati della Cri devono adeguarsi ai nuovi standard fissati nel regolamento di attuazione sarà individuato da quest'ultimo.

8-bis. Il piano sanitario e sociale integrato regionale formula gli indirizzi per la riorganizzazione dell'assetto delle centrali operative territoriali per bacini di area vasta al fine di pervenire a una gestione unica tramite l'unificazione dei sistemi informativi e di comunicazione nel rispetto della Legge regionale 5 ottobre 2009, n. 54 (Istituzione del sistema informativo e del sistema statistico regionale. Misure per il coordinamento delle infrastrutture e dei servizi per lo sviluppo della società dell'informazione e della conoscenza), nonché dei protocolli operativi.

La seconda fa carico alle aziende unità sanitarie locali di procedere entro il 31 maggio 2010 alla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, per realizzare l'integrazione funzionale tra il personale sanitario operante nel sistema 118 e quello adibito al servizio di pronto soccorso.

La proposta non contiene alcuna norma finanziaria, perché il nuovo assetto organizzativo non comporta spese aggiuntive né a carico del servizio sanitario regionale, né a carico del bilancio regionale. Per quanto riguarda, in particolare, la promozione dell'organismo regionale di cui all'articolo 4 (il nuovo articolo 76, comma 3), l'istituzione dell'elenco regionale di cui all'articolo 5, nonché il supporto amministrativo alla conferenza regionale permanente di cui all'articolo 8, per la quale non è previsto alcun tipo di indennità né rimborso spese, si ritiene di poter far fronte ai relativi oneri di attivazione e di gestione con risorse interne alla Direzione generale competente, così com'è già avvenuto per l'istituzione degli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario, amministrativo e direttore del servizio sociali (art. 40-bis).

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

ALLEGATO 4

TESTO COORDINATO
LEGGE REGIONALE 24/02/2005, N. 40
(DISCIPLINA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE)

Articoli 1-70 invariati

Articolo 71 - Dipartimento dell'emergenza-urgenza

1. In ogni azienda unità sanitaria locale è costituito il dipartimento dell'emergenza-urgenza.

2. Il dipartimento di cui al comma 1, per il raggiungimento delle proprie finalità, organizza le funzioni, le attività e i presidi presenti sul territorio dell'azienda, anche sulla base di quanto disposto dagli atti di programmazione sanitaria e sociale integrata regionale.

3. Al dipartimento emergenza-urgenza è preposto un comitato direttivo, costituito dai responsabili delle aree funzionali ospedaliere delle terapie intensive, dai direttori delle unità operative di medicina e chirurgia d'urgenza e d'urgenza, da direttori di unità operativa per ciascuna delle funzioni operative che partecipano alle attività del dipartimento e dal responsabile della centrale operativa "118".

4. Il responsabile del dipartimento emergenza-urgenza è nominato, tra i membri del comitato direttivo, dal direttore generale su proposta del direttore sanitario.

5. Le attività del dipartimento emergenza-urgenza sono disciplinate con apposito regolamento adottato dal direttore generale.

6. Nelle aziende unità sanitarie locali sul cui territorio insiste una azienda ospedaliera-universitaria, le aziende individuano le modalità di coordinamento delle attività di emergenza e urgenza per le funzioni di base.

7. Il presidio ospedaliero della azienda ospedaliera-universitaria costituisce il riferimento di area vasta per le attività di emergenza-urgenza a essa attribuite, secondo modalità stabilite dagli strumenti di programmazione di area vasta.

8. Nelle aziende sanitarie è attivata apposita struttura organizzativa professionale, corrispondente alla funzione operativa denominata medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, dedicata in forma stabile alle attività del pronto soccorso ospedaliero.

La seconda fa carico alle aziende unità sanitarie locali di procedere entro il 31 maggio 2010 alla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, per realizzare l'integrazione funzionale tra il personale sanitario operante nel sistema 118 e quello adibito al servizio di pronto soccorso.

La proposta non contiene alcuna norma finanziaria, perché il nuovo assetto organizzativo non comporta spese aggiuntive né a carico del servizio sanitario regionale, né a carico del bilancio regionale. Per quanto riguarda, in particolare, la promozione dell'organismo regionale di cui all'articolo 4 (il nuovo articolo 76, comma 3), l'istituzione dell'elenco regionale di cui all'articolo 5, nonché il supporto amministrativo alla conferenza regionale permanente di cui all'articolo 8, per la quale non è previsto alcun tipo di indennità né rimborso spese, si ritiene di poter far fronte ai relativi oneri di attivazione e di gestione con risorse interne alla Direzione generale competente, così com'è già avvenuto per l'istituzione degli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario, amministrativo e direttore del servizio sociali (art. 40-bis).

La seconda fa carico alle aziende unità sanitarie locali di procedere entro il 31 maggio 2010 alla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, per realizzare l'integrazione funzionale tra il personale sanitario operante nel sistema 118 e quello adibito al servizio di pronto soccorso.

La proposta non contiene alcuna norma finanziaria, perché il nuovo assetto organizzativo non comporta spese aggiuntive né a carico del servizio sanitario regionale, né a carico del bilancio regionale. Per quanto riguarda, in particolare, la promozione dell'organismo regionale di cui all'articolo 4 (il nuovo articolo 76, comma 3), l'istituzione dell'elenco regionale di cui all'articolo 5, nonché il supporto amministrativo alla conferenza regionale permanente di cui all'articolo 8, per la quale non è previsto alcun tipo di indennità né rimborso spese, si ritiene di poter far fronte ai relativi oneri di attivazione e di gestione con risorse interne alla Direzione generale competente, così com'è già avvenuto per l'istituzione degli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario, amministrativo e direttore del servizio sociali (art. 40-bis).

La seconda fa carico alle aziende unità sanitarie locali di procedere entro il 31 maggio 2010 alla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, per realizzare l'integrazione funzionale tra il personale sanitario operante nel sistema 118 e quello adibito al servizio di pronto soccorso.

La proposta non contiene alcuna norma finanziaria, perché il nuovo assetto organizzativo non comporta spese aggiuntive né a carico del servizio sanitario regionale, né a carico del bilancio regionale. Per quanto riguarda, in particolare, la promozione dell'organismo regionale di cui all'articolo 4 (il nuovo articolo 76, comma 3), l'istituzione dell'elenco regionale di cui all'articolo 5, nonché il supporto amministrativo alla conferenza regionale permanente di cui all'articolo 8, per la quale non è previsto alcun tipo di indennità né rimborso spese, si ritiene di poter far fronte ai relativi oneri di attivazione e di gestione con risorse interne alla Direzione generale competente, così com'è già avvenuto per l'istituzione degli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario, amministrativo e direttore del servizio sociali (art. 40-bis).

La seconda fa carico alle aziende unità sanitarie locali di procedere entro il 31 maggio 2010 alla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, per realizzare l'integrazione funzionale tra il personale sanitario operante nel sistema 118 e quello adibito al servizio di pronto soccorso.

La proposta non contiene alcuna norma finanziaria, perché il nuovo assetto organizzativo non comporta spese aggiuntive né a carico del servizio sanitario regionale, né a carico del bilancio regionale. Per quanto riguarda, in particolare, la promozione dell'organismo regionale di cui all'articolo 4 (il nuovo articolo 76, comma 3), l'istituzione dell'elenco regionale di cui all'articolo 5, nonché il supporto amministrativo alla conferenza regionale permanente di cui all'articolo 8, per la quale non è previsto alcun tipo di indennità né rimborso spese, si ritiene di poter far fronte ai relativi oneri di attivazione e di gestione con risorse interne alla Direzione generale competente, così com'è già avvenuto per l'istituzione degli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario, amministrativo e direttore del servizio sociali (art. 40-bis).

La seconda fa carico alle aziende unità sanitarie locali di procedere entro il 31 maggio 2010 alla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, per realizzare l'integrazione funzionale tra il personale sanitario operante nel sistema 118 e quello adibito al servizio di pronto soccorso.

ro unico nazionale. Le centrali operative svolgono le seguenti funzioni:

a) ricezione della richiesta di intervento;
b) valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
c) attivazione e coordinamento dell'intervento stesso.

3. Sono soggetti del sistema territoriale di soccorso le aziende unità sanitarie locali, i comitati della Croce rossa italiana (Cri) e le associazioni di volontariato iscritte nell'elenco di cui all'articolo 76-quater.

4. Il sistema territoriale di soccorso, costituito dalle postazioni di emergenza territoriale distribuite sul territorio regionale, dai mezzi di soccorso e dal personale, sanitario e non sanitario, adibito a tale servizio, svolge le seguenti funzioni:

a) intervento sul luogo ove si verifichino eventi di gravità rilevante per la salute di uno o più soggetti;
b) ripristino e/o stabilizzazione delle funzioni vitali compromesse;

c) trasporto del paziente presso il presidio ospedaliero più idoneo in relazione alle condizioni cliniche del soggetto stesso.

5. Sono soggetti del sistema ospedaliero di emergenza le aziende sanitarie. Il sistema ospedaliero di emergenza svolge le seguenti funzioni:

a) pronto soccorso, come intervento diagnostico-terapeutico di urgenza, accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio, stabilizzazione del paziente ed eventuale trasporto protetto;

b) intervento diagnostico-terapeutico specialistico, medico, chirurgico, ortopedico, ostetrico e pediatrico;
c) osservazione breve.

Articolo 76-ter - Attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale

1. L'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale è quella riferita:

a) ai servizi di trasporto di emergenza urgenza, primari e secondari, gestiti dalla centrale operativa territoriale;

b) ai servizi previsti nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), effettuati tramite ambulanze;

c) ai servizi di trasporto nei quali le condizioni cliniche del paziente richiedono esclusivamente l'utilizzo di un'ambulanza, la necessità dell'assistenza in itinere con personale adeguatamente formato, nonché l'esigenza di garantire la continuità delle cure al fine di non interrompere il percorso assistenziale già intrapreso.

2. Qualora l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale non possa essere assicurata dai soggetti di cui all'articolo 76-bis, comma 3, le aziende unità sanitarie locali, dopo aver esposto ogni utile tentativo per garantire l'attività di trasporto sanitario da parte delle medesime o da parte delle associazioni di volontariato e dei comitati della Cri, possono affidare tale attività a soggetti terzi, a seguito di procedure di evidenza pubblica.

3. Al fine di realizzare una maggiore integrazione dell'attività di trasporto sanitario nel sistema di emergenza urgenza territoriale, la Regione promuove la costituzione di un organismo di livello regionale, composto dai rappresentanti di tutti i soggetti iscritti nell'elenco regionale di cui all'articolo 76-quater.

Articolo 76-quater - Elenco regionale

1. La Giunta regionale effettua la ricognizione delle associazioni di volontariato autorizzate ai sensi della Legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario) che svolgono l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza sul territorio regionale e le inserisce in un apposito elenco, previo assenso delle associazioni stesse e previa verifica del possesso dei requisiti indicati dal regola-

mento di cui all'articolo 76-nonies.

2. I comitati della Cri sono inseriti nell'elenco a seguito di specifico accordo con il comitato regionale toscano del medesimo ente.

3. Le associazioni di volontariato e i comitati della Cri iscritti nell'elenco regionale sono soggetti a periodiche verifiche da parte della Giunta regionale, finalizzate ad accertare la permanenza dei requisiti.

4. L'elenco regionale è aggiornato con periodicità almeno triennale secondo modalità definite dal regolamento di cui all'articolo 76-nonies.

Articolo 76-quinquies - Programmazione ed organizzazione dei servizi

1. La programmazione dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale è effettuata dalle aziende unità sanitarie locali, previo confronto a livello di area vasta, sulla base delle linee di indirizzo definite dalla conferenza regionale permanente di cui all'articolo 76-septies.

2. Lo svolgimento dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale è effettuato, in conformità alle linee di indirizzo definite dalla conferenza regionale permanente e nel rispetto della programmazione aziendale, sulla base di modalità operative definite con le aziende sanitarie, le singole associazioni e di comitati della Cri in protocolli di natura organizzativa.

Articolo 76-sexies - Sistema budgetario delle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale

1. La Giunta regionale approva, con propria delibera, linee guida per la formulazione di un sistema budgetario relativo alle

attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale, volto a definire gli obiettivi da perseguire e le risorse disponibili e a verificare i risultati conseguiti.

2. Il sistema budgetario è strutturato sulla base dei diversi livelli di attività e del relativo fabbisogno sanitario e tiene conto delle caratteristiche della popolazione assistita e dell'ambito territoriale di riferimento. In particolare, sono previsti specifici indici di correzione riferiti ai comuni montani e ai comuni disagiati di cui alla Legge regionale 27 luglio 2004, n. 39 (Norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio. Modifiche alla Legge regionale 7 maggio 1985, n. 57 «Finanziamenti per la redazione e l'attuazione di piani di recupero del patrimonio edilizio esistente»). Modifiche alla Legge regionale 2 novembre 1999, n. 58 «Norme sulla tutela dell'artigianato artistico e tradizionale toscano e disposizioni in materia di oneri contributivi per gli apprendisti artigiani»).

3. Le aziende unità sanitarie locali definiscono, nel rispetto della delibera di cui al comma 1, le procedure, le competenze e i criteri per la formulazione del budget e i relativi strumenti di controllo e di verifica sulla sua attuazione.

4. I soggetti del sistema inoltrano all'azienda sanitaria unità sanitarie locali di riferimento, attraverso report periodici, le necessarie informazioni sull'attuazione del budget assegnato, relativamente ai risultati raggiunti e alle risorse utilizzate.

Articolo 76-septies - Conferenza regionale permanente

1. È istituita una conferenza regionale permanente con compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica del sistema di emergenza urgenza territoriale, costituita da:

a) l'assessore regionale competente o suo delegato;

Volontari e associazioni nella Regione
● Il volontariato coinvolge il 38% della popolazione residente
● Il 59% dei volontari risultano attivi in modo continuativo e gratuito
● Le donne rappresentano la maggioranza con il 53,5%
● Dal 2006 a oggi le associazioni di volontariato in Toscana sono aumentate del 19%
● Il 78% delle organizzazioni continua a operare in campo sociale e sanitario (in Toscana sono almeno 159 le associazioni impegnate nell'ambito della disabilità e 275 quelle a sostegno degli anziani)
● Il 71,3% dichiara una matrice acconfessionale
● Il 48,6% delle associazioni è nata tra i 5 a i 14 anni, il 39% è nata da più di 15 anni e il 12,6% è nata tra i 1 e 4 anni

Fonte: Centro servizi volontariato Toscana - Cesvot

b) i coordinatori dei comitati di area vasta di cui all'articolo 9, comma 4 o loro delegati;

c) i legali rappresentanti della conferenza regionale delle misericordie della Toscana, del comitato regionale toscano dell'associazione nazionale pubbliche assistenze e del comitato regionale della Cri o loro delegati.

2. Le modalità di funzionamento della conferenza regionale permanente sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti.

3. Ai componenti della conferenza regionale permanente non competono indennità di presenza o di carica.

Articolo 76-octies - Monitoraggio e valutazione

1. La Giunta regionale effettua la valutazione ed il monitoraggio dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza all'interno del rapporto annuale e della relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 20, comma 1, lettere a) e b).

Articolo 76-nonies - Regolamento di attuazione

1. La Giunta regionale, sentito il parere della conferenza regionale permanente, definisce con regolamento di attuazione:

a) i requisiti strutturali, organizzativi e professionali, volti a garantire la continuità e la qualità del servizio, necessari ai fini dell'iscrizione nell'elenco regionale di cui all'articolo 76-quater;

b) le modalità di aggiornamento dell'elenco regionale, per quanto concerne l'iscrizione, la modifica e la cancellazione;

c) le modalità e le procedure per lo svolgimento della verifica periodica di cui all'articolo 76-quater, comma 3.

Articoli 77-142 invariati

Articolo 142-bis - Norme transitorie

1. Il piano sanitario regionale e il piano integrato sociale regionale vigenti restano in ogni caso in vigore per un periodo di sei mesi dalla data di approvazione del programma regionale di sviluppo della legislatura successiva alla loro approvazione ai sensi dell'articolo 10 della Lr n. 49/1999.

2. La Giunta regionale con propria deliberazione provvede annualmente all'attuazione dei piani di cui al comma 1 ai sensi dell'articolo 10-bis della Lr n. 49/1999.

3. Fino all'individuazione delle zone di stretto con le modalità di cui all'articolo 64, comma 1, le stesse sono determinate dall'allegato A) della presente legge.

BILANCI

Il punto sulle attività preventive del servizio veterinario della Regione



Cibi sicuri con più controlli

Dal 2008 verifiche a tappeto per garantire la sicurezza alimentare

Il consumatore esige alimenti sempre più sicuri e avere alimenti sicuri significa il massimo controllo a partire dalla "testa" della filiera, animali ben tenuti e sani. Per questo l'obiettivo principale del servizio veterinario della Regione Toscana (di cui è stato appena pubblicato l'annuale rapporto di attività) è stato individuato nella sicurezza alimentare per il consumo e nel rispetto di definite condizioni di benessere e di salute degli animali.

Da un sistema di Sanità pubblica veterinaria legato alla preparazione professionale degli operatori e all'impegno di "far bene" a tutti i livelli, si è deciso quindi di transitare a un sistema che dispone di strumenti di auto-valutazione e miglioramento continuo e li sa usare, per raggiungere un'uniformità territoriale nella prestazione dei servizi all'utenza. I risultati, cioè un incremento della sicurezza alimentare, sono pertanto destinati a giungere con sempre maggior rapidità e completezza. Di questo beneficiano i consumatori, quali siamo tutti, perché in Toscana si possa mangiare bene e sano; ma anche i produttori della filiera agro-zootecnica traggono giovamento da questa accelerazione. Chi produce in modo corretto, e senza voler oltrepassare i limiti di sostenibilità, non ha nulla da temere da un servizio veterinario regionale ancora più efficace nel realizzare le attività di controllo. Va sottolineato che nel settore della prevenzione collettiva nessun comparto professionale ha modificato così radicalmente e in così poco tempo il proprio modo di lavorare come il settore della Sanità pubblica veterinaria. Dal veterinario condotto, sicuramente sufficiente per il tessuto produttivo del secolo passato, si è passati, sia a livello regionale che a livello territoriale, a competenze, conoscenze e modelli organizzativi che nulla hanno da invidiare a quelli delle migliori aziende private. Reti telematiche, flussi informativi, procedure per il sistema di gestione della qualità sono argomenti costantemente all'ordine del giorno per questo settore. La valutazione e la misurazione da parte di organismi terzi (come il laboratorio Mes della scuola superiore Sant'Anna di Pisa) quali momenti di miglioramento sono pienamente accettati, così come la necessità di far rete in un contesto internazionale. Con questi strumenti si può facilmente prevedere un ulteriore e apprezzabile incremento della qualità e dell'efficacia per i prossimi anni.

Si deve partire dalle testa della filiera: la salute degli animali

La funzione veterinaria regionale programma, coordina e verifica l'esecuzione di interventi di competenza regionale finalizzati a garantire la sicurezza degli alimenti di origine animale. A livello territoriale, le funzioni di programmazione e gestione sono invece svolte dalle locali Asl, con il supporto tecnico delle sezioni toscane dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Lazio e delle Toscana. La presenza in Toscana di una facoltà di Medicina veterinaria costituisce, in termini di formazione, innovazione e ricerca, un'ulteriore ricchezza del sistema. Il sistema regionale di auditing, avviato nel 2004 e messo a regime nel 2006, è inteso come metodo programmato di controlli mirati a valutare l'efficienza dei modelli organizzativi e gestionali messi a punto dalle Asl, nonché il rispetto dei requisiti specifici previsti dalla legislazione veterinaria. Sulla base dei criteri individuati dall'Unione europea, tali controlli si caratterizzano per essere sistematici e sono svolti secondo tecniche codificate che consentono di valutare se una determinata attività e i risultati a essa correlati sono conformi alle disposizioni che la disciplinano.



cia per i prossimi anni.

Dal 2008 il percorso per la realizzazione di un programma regionale di verifiche (o in gergo tecnico audit) nel settore della sicurezza alimentare ha subito una forte accelerazione, anche grazie alla predisposizione di specifici strumenti normativi. La Giunta regionale, attraverso una sua specifica deliberazione, la numero 971 del 2008 (Approvazione linee di indirizzo per la verifica dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare), ha stabilito gli elementi fondamentali del processo comune alle strutture organizzative regionali e territoriali di igiene, alimenti, nutrizione e Sanità pubblica veterinaria. La prima conseguenza positiva del processo di integrazione è rappresentata dalla realizzazione di tre audit sulle strutture territoriali, effettuati da équipe integrate, rivolte a ispezionare contemporaneamente le corrispondenti articolazioni professionali a livello di Asl.

Queste prime verifiche integrate hanno registrato ampi consensi da parte delle organizzazioni messe sotto osservazione, sia in termini di metodologia utilizzata, sia per avere definitivamente contribuito a dissolvere divisioni di competenza che non hanno più ragione di esistere.

pagina a cura di
Dario Rossi
Agenzia Toscana Notizie

Gli strumenti per controllare

- Le aziende Unità sanitarie locali sono enti che provvedono a organizzare ed erogare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale. In Toscana le aziende sono dodici e in base all'estensione del territorio di riferimento ognuna di esse può suddividersi in zone (zone-distretto). Nei servizi territoriali, con livelli organizzativi non sempre uniformi, è proseguito il percorso di integrazione tra le strutture operative di Igiene alimenti e nutrizione e quelle di Sanità pubblica veterinaria, avviato nel 2007

- L'Istituto zooprofilattico sperimentale delle regioni Lazio e Toscana (Izslt) è un ente sanitario di diritto pubblico dotato di autonomia gestionale e amministrativa che opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale come strumento tecnico-scientifico dello Stato e delle Regioni. Sono cinque i centri che fanno riferimento all'istituto a livello nazionale, punti di eccellenza di uno strumento operativo di elevata competenza per l'intero sistema statale e per le organizzazioni internazionali con cui sono in rapporto. A livello locale dispone di una rete di laboratori regionali che svolgono attività specialistiche in settori individuati dalle amministrazioni regionali. Sul territorio toscano sono presenti le sezioni territoriali di Firenze (per Firenze, Pistoia e Prato), di Siena, di Pisa (per Pisa, Massa, Lucca e Livorno), di Grosseto e di Arezzo

- I Posti di ispezione frontaliere (Pif) sono uffici veterinari periferici del ministero della Salute, abilitati secondo procedure comunitarie a effettuare i controlli veterinari su animali vivi e prodotti di origine animale provenienti da Paesi terzi e destinati al mercato comunitario. Questi uffici costituiscono il primo punto di controllo sistematico di animali e alimenti introdotti nell'Unione europea e sono oggetto di controlli periodici da parte di ispettori comunitari che ne verificano il funzionamento. Il Pif Pisa-Livorno è abilitato al controllo di prodotti che arrivano via mare al porto di Livorno e via aerea all'aeroporto di Pisa; svolge inoltre funzioni di controllo sui depositi doganali e sullo smaltimento dei rifiuti di bordo

- Gli Uffici veterinari per gli adempimenti degli obblighi comunitari (Uvac) sono uffici periferici del ministero della Salute con la funzione di mantenere la responsabilità dei controlli a destinazione sulle merci di provenienza comunitaria. In collaborazione con l'agenzia delle Dogane di Livorno e degli aeroporti di Pisa e Firenze vengono inoltre effettuati controlli sui passeggeri provenienti da Paesi terzi al fine di verificare la presenza di eventuali scorte di prodotti di origine animale illegali nel bagaglio personale. Tale attività nel 2008 ha portato all'effettuazione di 176 sequestri per un totale di kg 1.146 di merce distrutta

LE LINEE GUIDA DELLA CONSULTA REGIONALE

E con l'autocontrollo i produttori diventano i primi responsabili

Il pacchetto igiene, normativo deciso dalla Ue nel 2004, ha prodotto un impatto sul produttore agricolo, divenuto a tutti gli effetti primo anello della catena alimentare e responsabile diretto nell'ambito della sicurezza alimentare.

Tra le innovazioni introdotte, quella percepita tra le più rilevanti per le imprese consiste nell'estensione dell'obbligo anche al produttore primario della predisposizione di un sistema di autocontrollo e di tenere alcune registrazioni aggiuntive rispetto alla normativa preesistente. All'iniziale disagio provocato da queste novità, la Consulta regionale si-

curezza alimentare e nutrizione ha offerto una pronta risposta istituzionale operativa, conferendo all'Arsia l'incarico di coordinare tavoli per la realizzazione di strumenti tecnici a supporto dell'adeguamento alle suddette normative. I documenti tecnici prodotti, vere e proprie linee guida per l'applicazione dell'autocontrollo igienico-sanitario nella produzione, sono destinati alle aziende agricole toscane e naturalmente comprendono l'inquadramento complessivo delle problematiche igienico-sanitarie legate all'alimento, della salute e del benessere degli anima-

li e di taluni aspetti ambientali, in quanto richiesti dalle norme sanitarie nonché connessi alla norme comunitarie per la concessione di aiuti, talvolta andando a coprire anche aspetti della trasformazione diretta e della Sanità animale in senso più ampio. La Consulta ha focalizzato l'attenzione su altri prodotti oltre che sulle principali produzioni zootecniche toscane, partendo dai comparti ritenuti prioritari. A esempio, il comparto della produzione di latte crudo bovino e ovino e la successiva trasformazione diretta in caseifici aziendali; oppure la produzio-

ne di miele, che i nuovi regolamenti comunitari hanno riconosciuto come produzione primaria anche per le fasi di allevamento delle api fino al confezionamento del miele, se condotte direttamente dall'azienda apistica.

Gli obiettivi delle linee guida per l'applicazione dell'autocontrollo igienico-sanitario sono in realtà molteplici: se il principale scopo è quello di suggerire una prassi operativa, con i dovuti adattamenti caso per caso, per adempiere ai requisiti di legge rivolti alle aziende agricole e zootecniche e ai tecnici che le assistono, vi

è anche la necessità, avvertita da parte della Regione Toscana, di definire degli standard di riferimento, che non siano vincolanti, ma tendano a far convergere le prassi operative verso modelli condivisi e accettati sia da parte delle aziende di produzione che da parte dell'Autorità regionale nonché da parte degli enti deputati alle attività di controllo. In tal modo dovrebbe essere possibile accelerare l'adeguamento delle aziende agricole alle normative vigenti mantenendo un buon grado di allineamento con le istituzioni deputate all'applicazione e al controllo

delle norme, migliorando quindi la tutela di tutti i cittadini sia consumatori che produttori. Rischi diretti o indiretti per la salute pubblica, connessi al consumo di alimenti o mangimi, vanno comunicati in tempo reale. Per questo è stato istituito il sistema rapido di allerta, cui partecipano l'Unione europea e gli Stati membri, le Regioni e le Asl. L'attività del sistema di allerta prevede il ritiro dal mercato di prodotti ritenuti pericolosi per la salute umana o animale: serve, quindi, ad assicurare il flusso delle comunicazioni tra centro e periferia, nonché a fornire gli opportuni indirizzi alle aziende sanitarie locali.

PISTOIA

Aperta in ospedale una seconda sala per curare i disturbi cardiovascolari

Nuova emodinamica hi-tech



Angiografia digitale di ultima generazione - Servizi attivi 24 ore su 24

Nel presidio ospedaliero di Pistoia è stata aperta una nuova sala di emodinamica in grado di garantire l'esecuzione di procedure diagnostiche e interventistiche sul sistema cardiovascolare per tutti i pazienti ricoverati e per le urgenze provenienti dal territorio. La nuova sala è stata dotata di un'apparecchiatura angiografica digitale per impiego cardiologico e vascolare, a elevatissimo contenuto tecnologico, con detettore digitale diretto a "flat panel" di ultima generazione ad alta efficienza quantica, in grado di garantire immagini estremamente definite. Unitamente all'angiografo, la sala è stata inoltre fornita dei più

moderni dispositivi diagnostici e interventistici.

L'attività viene svolta dalla stessa équipe, altamente qualificata ed esperta, composta da cinque cardiologi interventisti, sei infermieri e cinque tecnici di radiologia, che da diversi anni opera presso la sala di emodinamica dell'ospedale di Pescia, per cui viene assicurato lo stesso elevato standard qualitativo delle prestazioni.

La Provincia di Pistoia ha ora a disposizione due sale di emodinamica in grado di effettuare procedure sia in regime di elezione (interventi programmati) sia di urgenza/emergenza. L'attività di questo servizio non si ferma mai: 24 ore su

24, 7 giorni su 7, con l'équipe che lavora alternandosi nei due ospedali.

Con questo tipo di organizzazione la qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da malattie cardiovascolari viene ulteriormente migliorata, soprattutto in considerazione del fatto che gli interventi programmati vengono svolti nei presidi di ricovero evitando ai pazienti trasferimenti interospedalieri e inutili disagi e tale impostazione risulterà particolarmente efficace e utile nel corso delle ristrutturazioni previste all'emodinamica di Pescia.

La nuova sala di emodinamica dell'ospedale di

Pistoia è stata realizzata nell'ex magazzino economico (lato polo endoscopico-pronto soccorso). L'équipe impiega principalmente due ambienti: la sala operatoria vera e propria, dove sono collocati l'angiografo e tutti i dispositivi necessari all'attività, e la sala di controllo, dove sono situati la stazione di lavoro dedicata alla visualizzazione e alla elaborazione degli esami cardiologici e vascolari, la console di post-processing e i monitor di visualizzazione.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

PISA

Cuore: una plastica mininvasiva per riparare la valvola mitralica

È stata attivata a Pisa con successo (primi in Toscana, insieme a soli due altri centri in Italia) un'innovativa tecnica di cardiologia interventistica mininvasiva, in grado di curare pazienti cardiopatici con gravi patologie, che presentano alti rischi in caso di intervento chirurgico tradizionale. Si tratta della riparazione (o "plastica") della valvola mitralica, attraverso il posizionamento di una clip (mitralclip), per via percutanea

(senza aprire quindi il torace), passando dalla vena femorale. In tal modo si riduce il cosiddetto "rigurgito" e l'incontinenza valvolare, si riduce l'ospedalizzazione (massimo tre giorni di degenza), non c'è necessità di terapia intensiva post-cardiologica e la qualità della vita del paziente migliora sensibilmente.

Questa tecnica, in anestesia generale, viene applicata per lo più su soggetti con grosse compromissioni come miocardiopatie dilatative e altre disfunzioni cardiache, che potrebbero rappresentare un alto fattore di rischio in caso di intervento di cardiocirurgia tradizionale. Al momento a Pisa ne sono stati trattati con successo due, apren-

do la strada a un vero e proprio programma.

È l'ennesimo successo del gruppo di emodinamisti dell'Aou che comprende quattro cardiologi interventisti della Cardiologia I e II, coordinati da Anna Sonia Petronio, un cardiologo anestesista ecocardiografista, infermieri e tecnici radiologi dedicati, che effettuano queste procedure nelle sale di emodinamica del Dipartimento cardiotoracico a Cisanello.

Due pazienti operati al Dipartimento cardiotoracico dell'Aou

Da qualche anno lo stesso pool effettua, sempre per via percutanea (quindi senza apertura dello sterno, né arresto della circolazione), la sostituzione della valvola aortica. Anzi, il gruppo ha raggiunto una casistica talmente alta di interventi di questo tipo, che è riconosciuto a livello internazionale e la Petronio è stata invitata, unica italiana, negli Usa per rispondere a quesiti specifici, nell'ambito del programma di uno studio randomizzato commissionato dalla Food&Drug Administration per l'utilizzo di questa protesi negli Stati Uniti.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

LUCCA

Festa a Campo di Marte: la Banca delle cornee spegne 10 candeline

La banca delle cornee di Lucca ha compiuto 10 anni e la ricorrenza è stata l'occasione per fare il punto sulla struttura. Il centro di conservazione lucchese è un laboratorio con sofisticati strumenti tecnologici, che ogni anno distribuisce in Toscana e in altre Regioni (a esempio Lombardia, Lazio, Campania, Molise, Sicilia, Sardegna) oltre 500 tessuti idonei per il trapianto.

Per l'attività svolta, dato anche l'alto numero di donazioni che si

Distribuiti ogni anno 500 tessuti idonei per il trapianto

È anche una delle poche banche in Italia a operare con un'organizzazione degli spazi di tipo "farmaceutico", che fornisce la garanzia più alta per la sicurezza e la qualità dell'intero processo che va dalla donazione al trapianto dei tessuti. Si tratta quindi di una struttura all'avanguardia e controllata in modo severo.

Oltre al tessuto corneale, si sta anche portando avanti da più di 5 anni un programma di produzione di membrana amniotica da placen-

ta e le richieste di questo tessuto sono in continuo aumento da parte delle varie realtà nazionali. Tra l'altro la struttura lucchese collabora con l'Università di Pisa per l'utilizzo anche

in altri campi della membrana amniotica e impegnata anche in alcune attività applicative di nuovi metodi di cura. A esempio continua il lavoro di applicazione di cellule staminali provenienti dal limbus corneale, su un supporto derivato da foglietto amniotico, da poter utilizzare nei casi di deficit limbare superficiale (a esempio in seguito a ustioni da prodotto chimico o da altri agenti irritanti) a scopo di trapianto.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

AREZZO

Fecondazione assistita: a Cortona una struttura per le coppie aretine

Il 16 dicembre è stato inaugurato all'Ospedale Santa Margherita alla Fratta di Cortona, il Centro per la procreazione medicalmente assistita (Pma), un servizio che l'azienda sanitaria aretina, dopo una gara di selezione, ha affidato all'Istituto privato Centro Florence, struttura convenzionata con la Regione Toscana.

«Con il centro Pma della Fratta - ha affermato il direttore generale della Asl, Enrico Deside-

il presidio rispondendo a tutte le indicazioni fornite dall'Asl 8, dotandolo di tutte le ultime tecnologie relative alla procreazione assistita e mettendo a disposizione le capacità mediche raggiunte nel settore, dalla fecondazione in vitro all'inseminazione intracitoplasmatica. Secondo una stima di Centro Florence, nel presidio di Cortona la percentuale di gravidanze dovrebbe attestarsi intorno al 40% delle coppie assistite.

La gestione è stata affidata al Centro Florence

«Possiamo dire che nel 2011 dovremo avere nascite per un centinaio di bambini», aggiunge Luca Menaglia, direttore sanitario del Centro. Per le coperture private, sobbarcandosi costi e disagi di non poco conto. Il nuovo centro è stato dimensionato per assistere fino a 500 coppie di pazienti l'anno, ma secondo gli accordi intercorsi con il Centro Florence, i cittadini residenti nel nostro territorio avranno a disposizione una corsia di accesso preferenziale. Allo stesso tempo, le prestazioni correlate ai requisiti previsti dalle normative del settore, saranno ricomprese nei Lea e quindi gratuite».

Centro Florence ha allestito

«Possiamo dire che nel 2011 dovremo avere nascite per un centinaio di bambini», aggiunge Luca Menaglia, direttore sanitario del Centro. Per le coperture private, sobbarcandosi costi e disagi di non poco conto. Il nuovo centro è stato dimensionato per assistere fino a 500 coppie di pazienti l'anno, ma secondo gli accordi intercorsi con il Centro Florence, i cittadini residenti nel nostro territorio avranno a disposizione una corsia di accesso preferenziale. Allo stesso tempo, le prestazioni correlate ai requisiti previsti dalle normative del settore, saranno ricomprese nei Lea e quindi gratuite».

Pier Luigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IN BREVE

AREZZO

Sono 14 gli operatori del 118, medici e infermieri, che hanno ricevuto uno speciale attestato dalla Regione Toscana come testimonianza del lavoro svolto in Abruzzo al servizio delle popolazioni colpite dal terremoto. Dopo meno di 24 ore dal tremendo sisma del 6 aprile scorso, erano già operativi nella zona di Camarda, Assergi e Filetto. Con una struttura di pronto soccorso mobile, ambulanze attrezzate e l'impegno pieno h24 nell'ambito dell'intervento organizzato alla Regione Toscana. Ci sono rimasti per 15 giorni, grazie anche all'impegno straordinario messo in atto dai colleghi rimasti ad Arezzo, che hanno "coperto" i turni e le emergenze locali.

PISA

Si è tenuto l'11 dicembre il congresso medico-scientifico su «La neuromodulazione nelle disfunzioni motorie gastroenteriche» organizzato da Mauro Rossi, direttore del Dipartimento di gastroenterologia dell'Aou. Con oltre 20 relatori, il congresso ha offerto due sessioni di approfondimento sul trattamento della gastroparesi e sulla terapia della neuromodulazione sacrale, aspetti che fanno di Pisa un centro di riferimento regionale e nazionale. Con la neuromodulazione sacrale è possibile trattare al meglio anche le disfunzioni del pavimento pelvico che portano all'incontinenza o alla ritenzione fecale o urinaria. Si stima che in Toscana vi siano 74.000 pazienti che soffrono di incontinenza fecale e 470.000 con stipsi.

EMPOLI

Cantare e fare musica per superare un periodo difficile, per rafforzare la speranza e la voglia di lottare contro il tumore. È l'esperienza che alcune pazienti hanno da poco concluso con il supporto di Astro (Associazione per il sostegno terapeutico e riabilitativo in oncologia) che ha organizzato il primo corso di canto e musicoterapia per donne colpite da tumore al seno. Il corso, iniziato a settembre 2009, si è svolto nei locali di Villa Reghini a Sovigliana di Vinci ed è stato progettato ed eseguito da Francesca e da Jenny Fumanti. I risultati, verificati anche attraverso l'entusiasmo delle partecipanti, ha spinto Astro a programmare l'inizio di un nuovo corso gratuito già a partire da febbraio.

CALENDARIO



FIRENZE

Si terrà presso la Villa Montalto il convegno «Le aziende sanitarie verso il fascicolo sanitario elettronico: stato dell'arte e prospettive». Si parlerà dell'iniziativa Ue in tema di patient summary e Fse, dello stato dell'arte, delle prospettive e di alcune esperienze. Info: 055/626 3002, rita.valle@estav-centro.toscana.it



PISA

Presso l'Aula Magna della facoltà di Medicina si terrà il convegno «Terapie intensive aperte: le ragioni di un cambiamento necessario», organizzato dal coordinamento Hph&Hs dell'Aou, col patrocinio del Tuscany critical care group. Info: 050-995751, 050-993831



AREZZO

«È ancora un gioco? Gambling: dalla cura alla prevenzione» è il titolo del convegno nazionale che si terrà all'Auditorium Ospedale S. Donato il 18 e 19 gennaio. Si parlerà dei SerT nella cura del gioco d'azzardo patologico e delle evidenze neurobiologiche nell'innovazione delle strategie d'intervento. Info: 0575255943, v.cocci@usl8.toscana.it

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

**MA DOVE?
IN BIBLIOTECA.**

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

IN CONTROSPAZI FACENTI

SPAZI CONTEMPORANEI

IN GRESSO LIBERO

MUSICA E FILM

INTERNET PER TUTTI

GIORNALI E RIVISTE

SERATE ALTERNATIVE

PRESTITO GRATUITO

MUSICA E FILM

IN CONTROSPAZI FACENTI

SPAZI CONTEMPORANEI

IN GRESSO LIBERO

MUSICA E FILM

GIORNALI E RIVISTE

SERATE ALTERNATIVE

PRESTITO GRATUITO

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