

# Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 8 anno XVI del 5-11 marzo 2013 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

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

Un modello per andare oltre la crisi

Edoardo Michele Majno\*

**I**n tempi difficili molti provano a interpretare la situazione. Oggi le cause della crisi sono state identificate, e queste non sempre si sono rivelate nobili o inevitabili. La loro elencazione sarebbe troppo lunga e qui non vogliamo scrivere di economia se non per il suo legame con le risorse impegnate per mantenere il Ssr.

Ecco un primo dato: la poca attenzione al controllo della spesa sanitaria, negli ultimi decenni dello scorso secolo, ha dato un bel contributo a determinare il debito pubblico che oggi il Paese si trova ad affrontare. Una seconda constatazione: nonostante la crisi nessun cittadino od organizzazione, ha manifestato l'intenzione di voler rinunciare ad alti livelli quali-quantitativi del Ssr.

Su tali basi possiamo postulare una semplice tesi in cui questa Regione ha da tempo creduto: controllare la spesa consente la garanzia di qualità dei servizi sanitari essenziali e contemporaneamente contribuisce meglio allo sviluppo economico della società.

Nell'ultimo decennio si è assistito a una inversione di rotta - certamente in Toscana e per fortuna anche altrove - evidenziando che, pur con fatica, si può fare molto per spendere meno e ottenere risultati eguali se non migliori con la possibilità di alimentare - solo apparentemente in controtendenza - nuovi

CONTINUA A PAG. 2

## CURE PRIMARIE

Approvati dalla Giunta gli accordi integrativi con i medici convenzionati

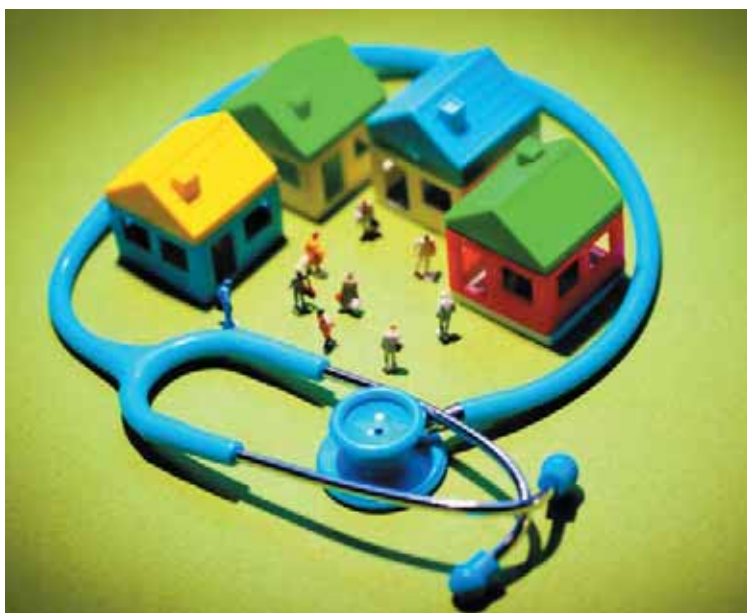
# Così il territorio si riorganizza

Entro l'anno le nuove aggregazioni locali - Chronic care model a regime

**A** seguito degli ultimi Accordi collettivi nazionali (Acn) del 2010 che regolano i rapporti tra i medici convenzionati e il Ssn e in virtù dell'ultima normativa "Balduzzi" sulle cure primarie, la Giunta regionale il 28 gennaio ha approvato gli schemi di accordo integrativi con i medici convenzionati, poi firmati da tutti i sindacati il 31 gennaio e il 1° febbraio.

Come è noto i medici convenzionati - medici di medicina generale (Mmg), di continuità assistenziale (ex guardia medica), medicina dei servizi, medici convenzionati dell'emergenza-urgenza, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni - si rapportano al Ssn mediante gli Acn che prevedono che le Regioni nella loro autonomia legislativa possano effettuare con questi professionisti accordi integrativi regionali (Air) e, a sua volta, ciascuna azienda sanitaria può stipulare un suo accordo integrativo aziendale (Aia). Dall'ultima rilevazione Cergas-Bocconi (rapporto Oasi) aggiornata al gennaio 2009, su 21 Regioni 19 avevano stipulato un Air dell'area medicina generale, 16 per i pediatri e altrettante per gli specialisti ambulatoriali. Gli accordi integrativi regionali recentemente firmati sono i primi in assoluto in tutta Italia ispirati ai concetti espressi dalla legge Balduzzi. Entrambi prevedono le nuove forme aggregative dei professionisti nel territorio: Aggregazione funzionale territoriale (Aft) e Unità complessa di cure primarie (Uccp).

La Aft è un insieme di professionisti, tutti della stessa professionalità, riuniti in un territorio omogeneo e coordinati da uno di loro che si interfaccia tra essi e l'Asl per il governo delle cure primarie nel territorio stesso e i rapporti con l'ospedale. L'Uccp invece è un insieme poli-professionale che unisce gli Mmg, infermieri, amministrativi, specialisti (o telemedicina specialistica come il tele Ecg) e il personale sociale (assistente sociale od operatore socio-sanitario) ed è l'unità di base della produzione socio-sanitaria nel territorio. In Toscana si prevedono circa 100 Aft di Mmg, ma per gli specialisti il conteggio è più



## ACCORDO STATO-REGIONI

### Più qualità per le terapie complementari

Un percorso uniforme nella formazione di dottori, odontoiatri e farmacisti

**A**gopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia e antroposofia: per le medicine complementari finalmente l'ufficializzazione a livello nazionale.

È stato infatti approvato l'accordo Stato-Regioni che permetterà un percorso di qualità uniforme in tutta Italia per la formazione dei medici, dei veterinari e dei farmacisti. Ora toccherà alle singole Regioni recepire l'accordo nella propria normativa.

L'accordo consentirà ai professionisti formati di iscriversi in appositi elenchi di esperti, che saranno tenuti dagli Ordini professionali competenti per territorio, e agli istituti di formazione, pubblici e privati, di erogare corsi accreditati riconosciuti a livello nazionale.

Il testo, che era stato proposto dal Gruppo tecnico interregionale Medicine complementari coordinato dalla Regione Toscana, contiene un allegato che regola la formazione dei medici chirurghi e odontoiatri e si impegna a una successiva regolamentazione anche per veterinari e farmacisti. La Regione Toscana infatti ha svolto sin dall'inizio un ruolo di primo piano in questa iniziativa. Grazie a questo accordo si colma il vuoto legislativo nazionale e l'Italia si allinea alle più avanzate esperienze europee individuando regole condivise e uniformi in tutto il Paese. Regole che rispondono a un duplice obiettivo, quello di garantire la libertà di scelta dei cittadini e di tutelare al contempo la libertà di cura per i medici.

complesso. Le Uccp identificabili in gran parte con le Case della Salute sono a oggi 20, saranno 33 alla fine del 2013 e 50 alla fine del 2014.

Per i Mmg è previsto "il ruolo unico", pertanto ciascuna Aft di circa 30mila abitanti avrà 20-25 Mmg e 5-6 medici di continuità assistenziale (Ca). Questi ultimi in via del tutto sperimentale potranno effettuare attività diurna per gli anziani, i cronici ecc., lasciando (solo per adesso in alcune sedi, ancora da individuare) nelle ore dove c'è meno richiesta (e cioè tra le 00.00 e le 8.00) le sole e vere urgenze al 118, che resterà immutato.

Ciò servirà a dare un maggiore livello di assistenza ai cittadini e a riqualificare la Ca. Dentro le Aft sarà possibile l'avanzamento di ruolo tra Ca e Mmg. Sarà possibile anche sperimentare la "diagnostica leggera" che tende a esaurire, quanto più possibile, il problema di salute di un cittadino all'interno dell'Aft. Tutto ciò porterà a un minor ricorso all'ospedale (ovviamente per motivi inappropriati) inteso come diminuzione di ricoveri impropri e accessi al Ps.

Anche la Sanità di iniziativa entra dentro gli accordi, confermando quanto attualmente fatto in modo sperimentale. Nei prossimi tre anni si vedrà l'ingresso a regime per tutta la popolazione toscana, secondo il Chronic care model a suo tempo individuato dal Piano sanitario regionale ancora in vigore. Infine sia le Aft che le Uccp sono depositarie di budget. È questa una grossa sfida per l'assistenza primaria sul territorio. In particolare va rimarcato il ruolo importante e responsabile dei sindacati firmatari e specificatamente di una parte di essi. Infatti solo la presa di coscienza della responsabilità della categoria nel buon uso delle risorse ha reso possibile tale accordo. Questo denota anche una certa maturità di questi nostri professionisti del territorio.

Piero Salvadori

Dirigente del Settore servizi alla persona sul territorio - Regione Toscana

ALTRI TESTI A PAG. 4-5

## CONTROCANTO

### Medicina generale, svolta necessaria

Antonio Panti\*

**F**inalmente è stato firmato l'accordo regionale per la medicina generale che anticipa, sulla scia dei documenti della Fimmg, il sindacato maggioritario della medicina generale, e della recente "legge Balduzzi", i contenuti della convenzione nazionale la cui trattativa dovrà iniziare quanto prima.

"Finalmente" non sembra

l'inizio di un controcanto, ma è proprio così. La medicina generale ha bisogno di mutare radicalmente pena il rischio della sparizione. Ma, se questa fallisce entra in crisi l'assistenza territoriale e questo può segnare l'inizio della fine del servizio sanitario universale e ugualitario.

Quello che consideriamo

CONTINUA A PAG. 2

## LEGGI&DELIBERE

### Esenzioni confermate fino ad aprile

Confermate fino al 30 aprile le esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria per quei lavoratori che, per la crisi economica, manifestano una maggiore difficoltà nell'accesso al sistema delle cure e, in particolare, nella fruizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in relazione agli oneri previsti dalla vigente normativa per la compartecipazione alla spesa sanitaria. La Giunta ha deciso di proseguire le modalità, confermando la quota del ticket aggiuntivo per specialistica ambulatoriale e ticket farmaceutico, utilizzando il criterio del reddito familiare fiscale o, in alternativa, dell'indicatore Isee. (Delibera n. 1253 del 28-12-2012)

### Vaccinazioni: il Piano 2012-2014

La Giunta ha approvato il «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014» adottato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 22 febbraio 2012, recependo così l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Il documento approvato vuole costituire uno strumento tecnico di supporto operativo all'accordo tra Stato e Regioni in tema di diritto alla prevenzione di malattie per le quali esistono vaccini efficaci e sicuri, diritto da garantire a tutti i cittadini del Paese, indipendentemente dalla Regione di residenza, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione. (Delibera n. 1252 del 28-12-2012)

## ALL'INTERNO

### Welcome Kit per nuovi nati

A PAG. 2

### Pisa più rapida in radiologia

A PAG. 6

### Meno rischi per i detenuti

A PAG. 7



MODELLI

Al via la distribuzione nei punti nascita della «valigetta di benvenuto»



# Un kit per tutti i nuovi nati

## Opuscoli, depliant e musica per prendersi cura al meglio dei piccoli

La Regione Toscana grazie alla collaborazione dell'azienda ospedaliera universitaria Meyer e della Fondazione Meyer ha iniziato a consegnare ai punti nascita toscani le nuove valigette destinate a tutte le neomamme a partire da metà marzo. Una iniziativa che è stata sperimentata e accolta positivamente quattro anni fa e che si innesta nel quadro delle azioni informative e di educazione alla salute nell'ambito materno-infantile. Il progetto valigetta aveva dato seguito alla realizzazione e diffusione dell'opuscolo «Naturalmente mamma» destinato a promuovere e sostenere l'allattamento al seno e oltre all'opuscolo conteneva altro materiale informativo utile per aiutare i genitori ad accompagnare la crescita del loro bambino.

La valigetta viene consegnata alla dimissione dal punto nascita insieme al libretto pediatrico che la Regione Toscana consegna ai genitori come utile strumento per annotare le informazioni di salute più rilevanti del proprio figlio. La nuova valigetta ha una grafica che richiama quella del libretto pediatrico e contenuti informativi rinnovati. Oltre all'opuscolo «Naturalmente mamma» con tutti i consigli pratici su come avviare e proseguire l'allattamento materno troviamo un Cd con ninne nanne e

### «Io sto bene»: dieci libri per imparare a crescere leggendo

«Io sto bene, dieci libri che si prendono cura di te». È questo il titolo della collana rivolta ai bambini dai 3 ai 9 anni, ideata e promossa da Regione Toscana, Fondazione Meyer e Giunti progetti educativi. Il 2 marzo di quest'anno in occasione della festa «Il Meyer per Amico», è stato presentato l'ultimo volume che racconta con delle filastrocche le cose che si possono fare da soli o in compagnia per star bene, da qui il titolo «Io sto bene - ballo, gioco, rido e canto». Sappiamo che i bambini per stare bene, in salute, hanno bisogno di una sana alimentazione, gustosa e variata, di una costante e piacevole attività fisica, di essere accuditi, protetti e curati quando si ammalano. Ma



La copertina dell'ultimo libro

tutto questo non è sufficiente, per crescere bene c'è bisogno di fornire loro anche un nutrimento speciale: la lettura.

La collana mira appunto a sviluppare l'abitudine alla buona lettura, da condividere anche con gli adulti, perché il libro diventi un amico, un compagno di viaggio prezioso che li aiuti a cre-

scere, ad affrontare paure e timori e a prendersi cura del proprio benessere. È con questo spirito che ogni libro della collana si presenta come un amico, un prezioso compagno di viaggio lungo la strada della crescita.

I titoli della collana trattano temi come il ricovero in ospedale con «Non chiamarmi passerotto»; il viaggio dell'anestesia con «Ziri sulla Luna»; le paure con «Billi acchiappa paura»; internet e le nuove tecnologie con «Eli & Mo»; lo sport visto come un gioco con «La partita infinita»; le emozioni con «Batticuore e altre emozioni»; la perdita di una persona cara con «Nic e la Nonna»; la gioia delle piccole cose con «Volare Alto»; la diversità con

«Il mare in una stanza» e l'ultimo che raccoglie un po' tutte le attività - ballare, creare, cantare, costruire, leggere - che rendono un bambino felice di esprimere le proprie emozioni.

Tutti i volumi sono raccolti in un cofanetto che, in collaborazione con le aziende sanitarie, è distribuito nelle scuole dell'infanzia e primarie della Toscana per realizzare interventi sui vari temi trattati dalla collana stessa. Il cofanetto è in dotazione anche presso le biblioteche che aderiscono al progetto regionale «parole di salute @lla tua biblioteca» per organizzare letture animate dedicate ai bambini e ai loro genitori.

**Serena Consigli**

Promozione della Salute  
Assessorato diritto alla Salute - Regione Toscana

prima in Italia (dall'8 marzo del 1971) a effettuare la raccolta del latte a domicilio. Grazie al contributo della Fimp Toscana sono stati inoltre raccolti consigli e informazioni utili alla gestione del neonato.

Il progetto ha previsto anche, grazie alla collaborazione del «Formas», la traduzione dei materiali nelle lingue più rappresentate in Toscana e il materiale tradotto sarà reso disponibile alle aziende sanitarie e sulle pagine dedicate del sito regionale. L'informazione e la prevenzione, anche nell'ambito materno-infantile, giocano difatti un ruolo fondamentale per produrre salute ed empowerment e in particolare l'evento nascita permette di raggiungere culture diverse presenti sul nostro territorio in una fase della vita dove si è riscontrata una marcata ricettività e disponibilità all'ascolto.

Sarà certamente preziosa per il buon funzionamento del progetto la collaborazione del personale dei punti nascita toscani che necessariamente si configura anche e soprattutto come una collaborazione attiva a promuovere i contenuti della valigetta attraverso le buone pratiche adottate.

**Cecilia Berni**

Po Assistenza materno-infantile,  
malattie rare e genetiche - Settore  
ospedale e governo clinico

**Anna Ajello**

Settore ospedale e governo clinico

musica adatta ai piccolissimi, un body di cotone con il disegno di come mettere a dormire il neonato per una "nanna sicura" e alcuni depliant informativi dedicati a specifiche tematiche e al corretto utilizzo dei servizi a disposizione dei cittadini. In collaborazione con

l'associazione Semi per la Sids («Sudden Infant Death Syndrome») è stato realizzato un depliant finalizzato a dare corrette indicazioni per la prevenzione della sindrome della morte in culla - Sids.

La collaborazione con la Banca del latte materno ha permesso di

presentare un importante servizio presente sul nostro territorio regionale oltre che promuovere la donazione a favore dei bambini più fragili. La banca del latte umano dell'ospedale Meyer è una delle maggiori strutture del genere esistenti nel nostro Paese ed è stata la

### I SUGGERIMENTI PER EVITARE IL RISCHIO DI «MORTE IN CULLA»

## Consigli anti-Sids per i neo-genitori

Con la prossima distribuzione in tutti i punti nascita regionali della «valigetta di benvenuto» ai nuovi nati e alle loro famiglie, l'assessorato per il diritto alla Salute continua a dimostrare attenzione e sensibilità verso il tema della nascita.

Tra le informazioni offerte compaiono anche quelle sulla Sids («Sudden Infant Death Syndrome»), meglio conosciuta come «morte in culla», che rappresenta per i genitori un grande motivo di ansia e di preoccupazione. Dalla metà degli anni 90 la comunità

scientifico internazionale ha stilato delle raccomandazioni per la riduzione del rischio di Sids che hanno consentito in tutto il mondo di abbattere la mortalità fino al 60%, con poche semplici regole rivolte alla cura del neonato.

Il depliant che le illustra ricorda di mettere il bambino a dormire sulla schiena e nella sua culla, di non esporlo al fumo di sigaretta, di non coprirlo troppo e, se lo accetta,

di usare il succhiotto dopo il primo mese, quando l'allattamento al seno sia consolidato. Per rafforzare il primo consiglio, che ha un peso maggiore, si è pensato di inserire nella valigetta un body con una stampa che recita «a pancia in su», proprio perché non deve più sussistere alcun dubbio su quale sia la posizione corretta per il sonno del neonato.

In Toscana dove è attiva da mol-

ti anni una campagna anti-Sids e dove da quattro anni è stato attivato un progetto che mette in rete il sistema dell'emergenza-urgenza con il centro Sids dell'ospedale Meyer e con l'associazione Semi per la Sids abbiamo potuto verificare l'efficacia, riscontrando una mortalità che è scesa al di sotto dello 0,3 per 1.000, alla pari con i Paesi che maggiormente hanno investito in formazione del personale

che ruota attorno al percorso nascita e informazione dei genitori. Questo ci sta dimostrando che è possibile affrontare un tema difficile come quello del rischio di Sids con la popolazione dei neo-genitori, senza metterli in allarme, ma rendendoli consapevoli dell'efficacia della raccomandazione e di quanto siano importanti il loro contributo e la loro collaborazione per ridurlo.

**Ada Macchiarini**

Associazione Semi per la Sids onlus  
www.sidsitalia.it posta@sidsitalia.it

### CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

una conquista di civiltà. Come si potrà fronteggiare, senza riorganizzare la medicina territoriale, un'assistenza esclusivamente specialistica, ove le patologie della cronicità siano ricoverate senza alcun filtro?

Questo accordo prevede la trasformazione dell'attività del medico isolato in un team assistenziale che risiede in luoghi fisici attrezzati, veri e propri presidi territoriali, ove medici, infermieri, specialisti, assistenti sociali, il segretariato, svolgano nei confronti della popolazione tutta e dei cronici in particolare una medicina di iniziativa, per prevenire le riacutizzazioni delle cronicità e svolgere opera di promozione della salute e di prevenzione dei rischi primari dei singoli e della collettività.

Tutto bene? Non proprio. Intanto occorre da parte della Regione e delle Asl un piano edilizio per attrezzare vecchi edifici sanitari o strutturarne dei nuovi in modo da garantire la possibilità fisica di attuare l'accordo. Poi occorre creare un'efficiente rete informatica che metta in contatto i diversi segmenti della Sanità, ospedale, riabilitazione, direzione sanitaria e quant'altro. Inoltre sono ancora da definire i percorsi delle patologie e il ruolo che i singoli professionisti, medici, infermieri, specialisti, altri ancora, dovranno svolgere. Manca anche una rete di cure intermedie ove il paziente possa essere dimesso precocemente o ricoverato quando ancora non necessita di interventi ospedalieri ma solo di sorveglianza e dell'ope-

ra del medico generale e dell'infermiere.

Vi è poi da avviare un'opera più lunga e complessa che è quella di abituare i componenti del team territoriale a comunicare fra di loro e con i professionisti operanti nell'ospedale. Non è semplice. Si tratta di una evoluzione culturale della Sanità nel suo complesso e della governance del sistema che richiede tempo, disponibilità e un'ampia visione del futuro.

Ma non esiste altra scelta. O ci avviamo su questa strada, amministrazione e professionisti, applicando l'accordo o il sistema non regge. Buon lavoro!

\* Presidente Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Firenze

### Un modello per andare... (segue dalla prima pagina)

investimenti in strutture e tecnologia (nuovi ospedali, nuovi impianti, sviluppo informatico).

Ora ci si potrebbe interrogare sull'attinenza di quanto scritto con il tema della pagina. Invito a riflettere sull'esperienza toscana degli ultimi dieci anni, nella Sanità e nel suo ampio mondo attiguo: essa ha ispirato altre realtà, influenzando anche dettati normativi nazionali, e questo anche in tempi assai vicini a noi.

I modelli di riorganizzazione di ospedale e territorio, il ripensamento del ruolo del medico di famiglia, della pediatria e della specialistica, dei percorsi della cronicità, la condivisione delle competenze in una virtuosa partecipazione delle diverse professioni, sono la risposta che il Ssr ha prodotto anche per affrontare

la crisi.

Si potrebbe andare oltre, citando esempi meno noti ai non addetti, come l'impegno nel rischio clinico, nel benessere organizzativo, nel contenzioso e nei risarcimenti, nel controllo di qualità e accreditamento, considerando ancora i tempi bui, nello sforzo del controllo della spesa.

Cito, parafrasandolo, un noto aforisma «se abbiamo pochi soldi, dobbiamo pensare», saggio suggerimento, costruttivo anche per lavorare di più e assieme al consolidamento di uno dei migliori Ssr del Paese e che ha la possibilità di lusinghieri confronti in giro per il mondo.

\* Direttore generale

Diritti di Cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana

**SSR AI RAGGI X** Asl 5 di Pisa: il bilancio vincente del progetto per gestire le liste d'attesa

# Radiologi col turbo «Prisma»



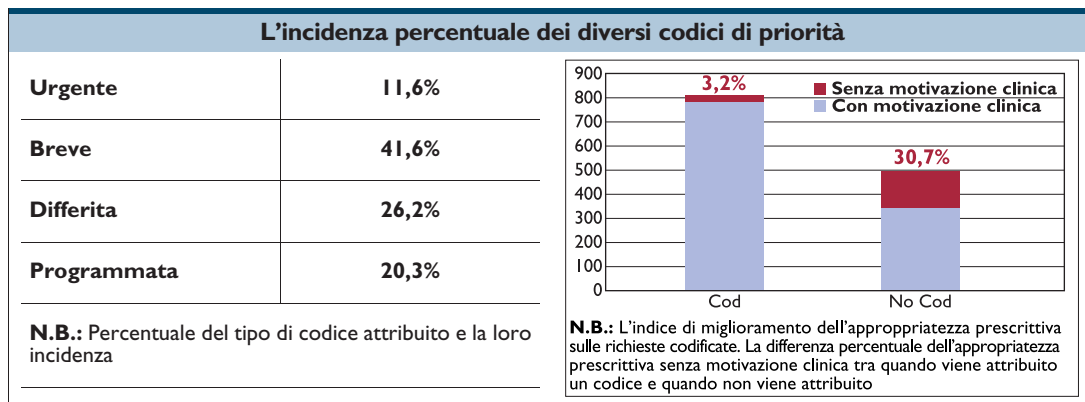
**Codici di priorità coerenti con le condizioni cliniche - Guida ai Mmg**

**N**on solo riduzione delle liste di attesa ma prevalentemente equità, rapidità, trasparenza ed efficacia nelle prestazioni radiodiagnostiche. Queste sono le caratteristiche che rendono il progetto "Prisma" originale rispetto ad altre esperienze realizzate in passato nella Asl di Pisa e in altre aziende sanitarie. Prisma modifica il concetto stesso di lista di attesa in quanto i tempi per l'erogazione delle prestazioni diagnostiche non dipendono dal numero di persone in attesa ma sono stabiliti dal medico curante in base alle necessità cliniche di ogni singolo assistito.

Prisma è stato presentato all'assessorato regionale per la prima volta l'11 febbraio scorso. «Si tratta di un progetto sperimentale originale ed estremamente coraggioso - afferma Rocco Damone, direttore generale dell'Azienda Usl 5 di Pisa - il modello è stato studiato da Sabino Cozza che lo ha anche illustrato agli organi regionali riscuotendo consensi e approvazione. Ci sono voluti infatti circa 2 anni di preparazione (dal 2011 al 2013) in cui lo stesso Cozza ha redatto il piano e lo ha condiviso con tutti i medici di medicina generale e gli specialisti che operano sul territorio aziendale. Dalle prime rilevazioni risulta che il modello applicato funziona perfettamente con la soddisfazione dei cittadini e di tutti gli operatori medici prescrittori ed erogatori».

Non c'è niente di nuovo nei codici di priorità applicati, ma ciò che cambia e che rende il Prisma un modello originale sono le dinamiche organizzative poste alla base e volte a superare quelle criticità che storicamente creano le lunghe liste di attesa.

«La diagnostica per immagini ha avuto uno sviluppo tumultuoso negli ultimi trent'anni fino a diventare un supporto indispensabile alla diagnosi, alla prognosi, al monitoraggio delle malattie - ha commentato il Direttore del dipartimento di radiodiagnostica



della Asl 5, Sabino Cozza - tuttavia, l'accresciuta offerta di prestazioni ha comportato negli anni una progressiva crescita della domanda, non sempre giustificata e appropriata, che ha contribuito a dilatare i tempi di attesa. I lunghi tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche insieme alla mancata applicazione di criteri di equità di accesso dei cittadini costituiscono fattori degradanti del sistema sanitario, questo perché le liste di attesa sono configurate in modo sequenziale e tengono conto solo del tempo di prenotazione come se tutti i cittadini fossero sani, oppure come se fossero tutti affetti dalla stessa malattia oppure che tutte le malattie fossero uguali. In verità - continua Cozza - questo è un sistema rudimentale che non tiene conto dei diversi bisogni, dei diversi livelli di gravità e della necessità di garantire un accesso rapido a quei cittadini per i quali è sospettata una patologia di maggior rilevanza clinica».

Prisma non si limita ad attribuire in prima visita un codice di priorità, visto che ogni codice attribuito può essere modificato dal prescrittore sulla base dell'evoluzione delle condizioni cliniche dell'utente, con l'attribuzione di un nuovo codice che preveda un tempo di accesso più rapido in caso di comparsa di segni e sintomi indicativi di una evoluzione non favorevole del quadro clinico.

Questa dinamicità della domanda e dell'offerta annulla la distanza temporale fra momento della richiesta e momento dell'erogazione della prestazione diagnostica. Il medico di medicina generale può praticare l'osservazione clinica e decidere in modo appropriato non solo il tipo di prestazione da richiedere, ma anche il momento in cui questa sarà effettuata.

La possibilità di attuare tranquillamente l'osservazione clinica costituisce l'elemento fondamentale dell'appropriatezza clinica e, al tempo stesso, un fattore in grado di limitare l'entità della domanda. La possibilità di erogare prestazioni nel tempo previsto dai relativi codici di priorità non è automatica, ma dipende dal fatto che, nella fase di preparazione del progetto, è stato svolto un efficace lavoro di formazione con il personale del dipartimento di radiologia, volto a ottenere la massima flessibilità operativa, affinché almeno il 70% del personale fosse in grado di erogare tutte le prestazioni diagnostiche normalmente richieste.

«Il progetto - sostiene Cozza - è stato redatto con la collaborazione dei medici di famiglia e nasce dall'esigenza di garantire le prestazioni diagnostiche in tempi giusti e adeguati alle diverse necessità. Così, in caso di situazioni urgenti le prestazioni diagnostiche saranno garantite in 72 ore, di fronte al sospetto di patologie importanti saranno erogate entro 10 giorni, mentre a fronte di patologie di minor impatto clinico i

giorni di attesa non supereranno i 30, per tutte le prestazioni che vengono effettuate per generici controlli al di fuori dei percorsi di screening o per disturbi di scarsa rilevanza ad andamento cronico o stagionale, le prestazioni potranno essere programmate oltre i 30 giorni». «Per ridurre il disagio dei cittadini - continua Cozza - abbiamo previsto anche percorsi speciali di presa in carico ogni qualvolta il medico curante sospetti una patologia neoplastica o un patologia di particolare rilevanza clinica. In tali casi, le strutture di radiologia si impegnano a prendere in carico il cittadino e guidarlo senza lungaggini attraverso il percorso diagnostico».

Altra caratteristica del Prisma è il percorso Pic. Di norma se il cittadino non risolve il suo bisogno di diagnosi nel corso di un singolo accesso ai servizi, dovrà fare ricorso ad altre prestazioni; per ottenere tali prestazioni il cittadino è costretto a peregrinare fra le varie liste di attesa. Ciò comporta un allungamento dei tempi di diagnosi, disagio per il cittadino, intasamento delle liste di attesa e maggiori costi. Il progetto prevede, nei casi individuati dal medico di fiducia, la presa in carico da parte del radiologo (Pic), una procedura volta a facilitare il percorso diagnostico dell'utente e a soddisfare in tempi contenuti il suo bisogno di diagnosi con la messa

in campo delle metodiche diagnostiche necessarie per interrompere la cascata negativa sopra esposta.

Il progetto Prisma prevede l'impiego delle stesse risorse umane, tecnologiche e strumentali che sono già in campo e pertanto non comporta alcun aumento di spesa, ma mette in atto una diversa organizzazione delle risorse disponibili che, data l'enormità della domanda di esami diagnostici (circa 200.000 all'anno), non potrà risolvere tutti i problemi, tuttavia potrà dare ai cittadini la certezza che di fronte al bisogno, proprio o dei propri congiunti, le strutture diagnostiche dell'Asl 5 saranno prontamente disponibili e che l'accesso alle prestazioni sarà garantito secondo modalità e tempi equi e giusti, come previsto dal proprio medico di fiducia, il quale avrà il compito fondamentale di intercettare i diversi bisogni e segnalare alle strutture eroganti il grado di priorità sulla richiesta.

Insomma questo progetto costituisce un salto di civiltà e aspira a portare più giustizia nei processi di erogazione delle prestazioni. Ma, affinché possa funzionare bene, è necessario che tutti gli attori, radiologi, medici di medicina generale e specialisti e anche i cittadini, siano consapevoli e collaboranti per

costruire insieme una Sanità più giusta. Sarà, infatti, in primo luogo il medico di medicina generale che avrà la facoltà di decidere il percorso diagnostico e la tempistica, cercando di scegliere correttamente per ciascun paziente, il tempo utile per ottenere la prestazione richiesta. Utilizzando inoltre la possibilità di «presa in carico» del paziente, da parte del medico radiologo, si abbrevieranno i percorsi, evitando anche accertamenti talvolta superflui, e arrivando prima a fare le diagnosi.

A cura di Daniela Gianelli

IL LOTTO DI PONTEDERA SCEGLIE LA "DISTRACTION THERAPY"

## Un Cd prepara i bambini per la sala operatoria

«**Q**uando curi una malattia puoi vincere o perdere, quando ti prendi cura di una persona puoi solo vincere». Patch Adams, con queste parole ha sintetizzato molto bene l'obiettivo che si sono posti i medici e infermieri dell'ospedale Lotti di Pontedera.

La consapevolezza che la terapia farmacologica da sola non è sufficiente a controllare in maniera ottimale il dolore, ha fatto sì che presso l'ospedale di Pontedera sia iniziato un percorso specifico per bambini che devono subire l'intervento di adenotonsillectomia. Alla terapia farmacologica sono state associate tecniche non farmacologiche che modulano la percezione finale della sensazione dolorosa.

L'intervento chirurgico per bambini e genitori è sicuramente un evento carico di emozioni, ansia e paura il cui ricordo potrà influenzare i successivi rapporti con il personale sanitario e le cure mediche, non solo in ospedale ma anche a domicilio. Da ciò l'importanza di "prendersi cura" dei bambini nel peri-operatorio. Innanzitutto "prendendosi cura" dei genitori. L'ansia dei genitori è strettamente correlata a quella dei bambini: più sono ansiosi i genitori più lo saranno i loro figli.

L'anestesia e rianimazione e l'otorinolaringoiatria dell'ospedale Lotti hanno dato voce a questo messaggio attraverso un program-



ma di preparazione pre-operatoria all'intervento chirurgico di adenotonsillectomia creando un Dvd a cartoni animati intitolato "Il viag-

gio in ospedale" che i piccoli pazienti potranno vedere insieme a casa prima di iniziare l'iter di pre-ospedalizzazione.

L'intero progetto è stato seguito da Maria Garzia Miltello che si è ispirata a quel che avviene all'Great Hormond Hospital di Londra, con il pieno appoggio dei direttori Paolo Carnesecchi, anestesia e rianimazione e Paolo Grillai, otorinolaringoiatria.

Il Dvd racconta la storia di due bambini, Anna e Luca, dal momento della visita in ospedale con il chirurgo e l'anestesista all'ingresso in sala operatoria fino al ritorno a casa. Lo scopo è quello di ridurre l'ansia pre-operatoria che si ac-

compagna frequentemente a eventi avversi come agitazione al risveglio, maggior dolore post-operatorio e sviluppo di ricordi che influenzeranno negativamente i successivi accessi in ospedale.

Per controllare il dolore associato alla puntura venosa in ambulatorio di pre-ospedalizzazione e in sala operatoria è stata scelta la distraction therapy, una tecnica che senza l'ausilio di farmaci aiuta il bambino ad affrontare procedure dolorose o difficili.

L'attenzione del bambino viene letteralmente distolta da ciò che gli sta accadendo e catturata da uno stimolo alternativo (video giochi, giochi interattivi, gioco con spirometro) scelto in base alle sue preferenze e caratteristiche.



## DOCUMENTI

L'accordo integrativo regionale siglato con i sindacati dei generalisti dà il via all'attuazione della riforma del Ssr approvata a fine 2012

## Cure primarie interpreti della sanità d'iniziativa

Nel mirino presa in carico e appropriatezza - Copertura totale della popolazione nel 2015 - Riordino a regime in 24 mesi

## IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

**Pubblichiamo lo schema di «Accordo integrativo regionale ai sensi degli artt. 4, 14 e 13-bis dell'Acn della medicina generale, 27/9/09» approvato dalla Giunta toscana con delibera n. 1231 del 28 dicembre 2012.**

**1. Quadro di riferimento.** Un servizio sanitario nazionale e regionale con le caratteristiche di universalità, uguaglianza, equità e globalità fonda la sua essenza e sulla sostenibilità e conseguentemente sull'equilibrio di bilancio. La sostenibilità in particolare è minata da molteplici cause: epidemiologiche, demografiche ed economiche. Queste ultime divengono ancora più importanti quando la diminuzione delle risorse disponibili interessa quelle Regioni, come la Toscana, che hanno già posto la massima attenzione all'uso appropriato delle risorse.

L'appropriatezza nell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile per cogliere l'obiettivo della sostenibilità e il soddisfacimento dei bisogni. Per perseguire questo obiettivo occorre spostare la cura delle patologie, in particolare quelle croniche, dall'ospedale al territorio dove ormai è provato che una loro gestione, a parità d'efficacia, è sicuramente meno dispendiosa e più gradita da parte dei cittadini.

È necessario pertanto mettere in grado il territorio di operare aumentando la sua capacità di intercettare, prendere in carico e dare risposta ai bisogni assistenziali dei cittadini. Occorre attuare una profonda riorganizzazione di tutta l'assistenza territoriale e in particolare della medicina generale, che di essa ne è la parte determinante. Essa deve essere inserita al centro del Servizio sanitario toscano, deve contribuire ad aumentare i livelli d'integrazione con i professionisti sia territoriali che ospedalieri, deve contribuire a elaborare e far propri gli obiettivi sia professionali che economici dell'Azienda sanitaria d'appartenenza, deve diminuire la sua variabilità professionale, legata all'inquadramento libero-professionale, deve partecipare al governo clinico dell'Azienda sanitaria.

Le parti firmatarie ritengono che questo possano e debbano essere raggiunti salvaguardando il rapporto fiduciario medico-paziente. Nella nostra Regione il cammino verso questi obiettivi è stato avviato con la Sanità

d'iniziativa, di cui si rilevano i primi riscontri positivi, ma occorre andare oltre, passando da una logica volontaristica a una vera organizzazione della medicina generale e di tutto il sistema d'erogazione delle prestazioni a livello territoriale. È per questo che il presente accordo, ai sensi dell'ultimo Acn e della L. 189/12, intende disciplinare le nuove "opportunità" e "necessità" in esso contenute.

**3.2. Obiettivo generale.** Affidare ai medici della Aft, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento.

**3.3. Individuazione.** Il comitato per la Mg di cui all'art. 23, individua sul territorio dell'Azienda le Aft di concerto con le Oo.Ss.

L'Aft, dalla data della sua istituzione, ricomprende le forme di aggregazione di cui all'art. 54, comma 3 e pregresso Air, e sostituisce, se presenti, anche i team-équipe, previsti dall'art. 26 stesso, facendo decadere la pre-esistente organizzazione e i relativi referenti/coordinatori medici.

I medici che la compongono eleggono tra loro un coordinatore. L'Azienda sanitaria recepisce tale nomina con atto aziendale. La durata del mandato di coordinamento è di tre anni.

**3.4. Compiti.** A regime i compiti dell'Aft possono essere schematizzati come segue:

- assistere, nelle forme domiciliari e ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai Mmg che la compongono;
- realizzare i progetti di Sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicurano la continuità di cura degli assistiti, nell'ottica di quanto previsto dall'art. 10338/2005;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare e implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di comunità e il Dipartimento di Prevenzione;
- favorire l'empowerment dei propri assistiti e contribuire, coordinandosi con la Medicina di comunità e il Dipartimento di prevenzione, alla creazione di condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita;
- erogare, ove possibile, diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte. Queste prestazioni diagnostiche sono funzionali al percorso di presa in carico del paziente e contribuiscono attraverso una azione di filtro, a ridurre gli accessi al Dea, oltre all'abbattimento delle liste d'attesa, anche in relazione all'applicazione del decreto sui codici di priorità. La produzione di diagnostica di primo livello è limitata ai pazienti dell'Aft e dovrà essere regolamentata da appositi accordi a livello aziendale che prevedano sia attività svolte a rapporto orario sia inserite nella definizione del budget di Aft.

**3.1. Definizione.** L'Aggregazione funzionale territoriale (Aft), ai sensi dell'Acn e della L. 189/2012, è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di medicina generale (Mmg).

L'Aft risponde agli obiettivi di garanzia assistenziale che Regione Toscana e la Medicina generale condividono ed è la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di continuità assistenziale.

Nell'ambito della Aft sarà possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina generale.

L'Aft, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.

**3.1. Definizione.** L'Aggregazione funzionale territoriale (Aft), ai sensi dell'Acn e della L. 189/2012, è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di medicina generale (Mmg).

L'Aft, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.

**3.2. Obiettivo generale.** Affidare ai medici della Aft, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento.

**3.3. Individuazione.** Il comitato per la Mg di cui all'art. 23, individua sul territorio dell'Azienda le Aft di concerto con le Oo.Ss.

L'Aft, dalla data della sua istituzione, ricomprende le forme di aggregazione di cui all'art. 54, comma 3 e pregresso Air, e sostituisce, se presenti, anche i team-équipe, previsti dall'art. 26 stesso, facendo decadere la pre-esistente organizzazione e i relativi referenti/coordinatori medici.

I medici che la compongono eleggono tra loro un coordinatore. L'Azienda sanitaria recepisce tale nomina con atto aziendale. La durata del mandato di coordinamento è di tre anni.

**3.4. Compiti.** A regime i compiti dell'Aft possono essere schematizzati come segue:

- assistere, nelle forme domiciliari e ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai Mmg che la compongono;
- realizzare i progetti di Sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicurano la continuità di cura degli assistiti, nell'ottica di quanto previsto dall'art. 10338/2005;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare e implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di comunità e il Dipartimento di Prevenzione;
- favorire l'empowerment dei propri assistiti e contribuire, coordinandosi con la Medicina di comunità e il Dipartimento di prevenzione, alla creazione di condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita;
- erogare, ove possibile, diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte. Queste prestazioni diagnostiche sono funzionali al percorso di presa in carico del paziente e contribuiscono attraverso una azione di filtro, a ridurre gli accessi al Dea, oltre all'abbattimento delle liste d'attesa, anche in relazione all'applicazione del decreto sui codici di priorità. La produzione di diagnostica di primo livello è limitata ai pazienti dell'Aft e dovrà essere regolamentata da appositi accordi a livello aziendale che prevedano sia attività svolte a rapporto orario sia inserite nella definizione del budget di Aft.

**3.1. Definizione.** L'Aggregazione funzionale territoriale (Aft), ai sensi dell'Acn e della L. 189/2012, è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di medicina generale (Mmg).

L'Aft risponde agli obiettivi di garanzia assistenziale che Regione Toscana e la Medicina generale condividono ed è la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di continuità assistenziale.

Nell'ambito della Aft sarà possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina generale.

L'Aft, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, sostituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.

**3.2. Obiettivo generale.** Affidare ai medici della Aft, secondo obiettivi definiti e concordati con l'Azienda sanitaria, la tutela della salute della popolazione di riferimento.

**3.3. Individuazione.** Il comitato per la Mg di cui all'art. 23, individua sul territorio dell'Azienda le Aft di concerto con le Oo.Ss.

L'Aft, dalla data della sua istituzione, ricomprende le forme di aggregazione di cui all'art. 54, comma 3 e pregresso Air, e sostituisce, se presenti, anche i team-équipe, previsti dall'art. 26 stesso, facendo decadere la pre-esistente organizzazione e i relativi referenti/coordinatori medici.

I medici che la compongono eleggono tra loro un coordinatore. L'Azienda sanitaria recepisce tale nomina con atto aziendale. La durata del mandato di coordinamento è di tre anni.

**3.4. Compiti.** A regime i compiti dell'Aft possono essere schematizzati come segue:

- assistere, nelle forme domiciliari e ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai Mmg che la compongono;
- realizzare i progetti di Sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicurano la continuità di cura degli assistiti, nell'ottica di quanto previsto dall'art. 10338/2005;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare e implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di comunità e il Dipartimento di Prevenzione;
- favorire l'empowerment dei propri assistiti e contribuire, coordinandosi con la Medicina di comunità e il Dipartimento di prevenzione, alla creazione di condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita;
- erogare, ove possibile, diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte. Queste prestazioni diagnostiche sono funzionali al percorso di presa in carico del paziente e contribuiscono attraverso una azione di filtro, a ridurre gli accessi al Dea, oltre all'abbattimento delle liste d'attesa, anche in relazione all'applicazione del decreto sui codici di priorità. La produzione di diagnostica di primo livello è limitata ai pazienti dell'Aft e dovrà essere regolamentata da appositi accordi a livello aziendale che prevedano sia attività svolte a rapporto orario sia inserite nella definizione del budget di Aft.

Le tre tipologie aggregative della Medicina generale				
	Mono-professionali	Multi-professionali	Funzionali	Strutturali
ET		X	X	
AFT	X		X	
UCCP		X		X

degli ausili in uso e la condivisione di tutte le informazioni essenziali per la presa in carico dei bisogni sociosanitari dei cittadini.

**3.5. Composizione e caratteristiche.**

**1.** È composta da medici a ciclo di fiducia (di Assistenza primaria secondo l'Acn 2009) e da medici a rapporto orario.

**2.** La dimensione di riferimento è di norma di 30.000 assistiti. È composta da un numero di Mmg non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria. Rimodulazioni che tengano conto di situazioni territoriali specifiche saranno adottate in sede di Comitato aziendale. Sarà inoltrata comunicazione alla Regione Toscana, per il monitoraggio della presente intesa.

**3.** È composta da tutti i medici a ciclo di fiducia di un ambito territoriale. Qualora su un ambito territoriale il numero dei medici a ciclo di fiducia ecceda il parametro sopra descritto, vengono costituite più Aft, secondo criteri individuati a livello aziendale.

**4.** Qualora nell'ambito territoriale siano presenti un numero di medici a rapporto di fiducia e/o di assistiti non sufficienti, l'Aft potrà riunire ambiti limitrofi o quote di essi.

**5.** I criteri di scelta del medico da parte del cittadino restano quelli previsti dall'Acn in vigore. Per la localizzazione degli studi professionali si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 35, comma 6 dell'Acn.

**6.** L'ingresso nella Aft, per la quota di attività a rapporto orario relativa alla ex Continuità assistenziale, avverrà su domanda mediante bando specifico per ciascuna Aft predisposto dall'Azienda sanitaria e rivolto ai medici di ex Continuità assistenziale iscritti negli elenchi di continuità assistenziale della Regione Toscana. A tal fine viene elaborata una graduatoria di cui hanno priorità decrescente:

- medici con rapporto di fiducia all'interno della Aft che abbiano l'incarico di ex Continuità assistenziale in diverso territorio;
- medici che svolgono l'attività di ex Continuità assistenziale nelle postazioni che insistono sulla popolazione dell'Aft;
- medici a rapporto orario che hanno effettuato la sperimentazione delle Aft;
- medici convenzionati con l'Azienda sede della Aft;
- per gli altri, a parità di punteggio ottenuto dopo l'applicazione delle priorità sopra contemplate, sarà valutata l'anzianità di incarico di ex Continuità assistenziale.

I medici a doppio incarico, attività primaria e C.a., potranno scegliere, lasciando l'attività primaria, di entrare nella Aft dove effettuano la C.a. I medici eccedenti la disponibilità di ore presso la singola Aft saranno ricollocati in postazioni limitrofe della stessa Azienda.

**7.** Al suo interno, ciascun Mmg è titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con previsione di piena occupazione, articolabile in attività oraria e attività fiduciaria.

**8.** Gli assistiti che la compongono sono tutti i pazienti che hanno scelto i medici appartenenti alla Aft indipendentemente dalla residenza.

**9.** I moduli della Sanità di iniziativa fanno parte della Aft.

È priva di personalità giuridica. I Mmg che la compongono possono essere supportati, previo accordo con l'Azienda, da società di servizio, anche di tipo cooperativo, relativa-

mente alla funzione di garantire ai Mmg dell'Aft l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione e del personale.

**3.6. I medici nella Aft.** Ai sensi della L. 189/12, l'attività dei medici nella Aft è distinta in due tipologie, cui corrispondono specifici e più articolati sistemi di remunerazione:

**1. Attività di tipo fiduciario.** Connesse alla scelta del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista. Il medico a ciclo di fiducia acquisisce assistiti in carico secondo modalità corrispondenti al vigente Acn, rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore. Tale attività andrà organizzata dal medico a ciclo di fiducia secondo criteri di congruità che risultino funzionali al complesso dei compiti assistenziali da erogare nei confronti delle persone assistite, fatto salvo quanto previsto sul numero minimo di ore di ambulatorio come da Acn e Air 2005. Ciascun anno, entro il mese di gennaio, per ciascuna Aft è redatto un piano generale delle attività a rapporto orario sottoposto al parere vincolante della Asl. Al medico a rapporto di fiducia al quale venga affidato dall'Azienda un incarico a rapporto orario per progetti condivisi, viene ridotto il massimale di 37,5 assistiti per ciascuna ora ai sensi del vigente Acn. Se le ore dell'incarico non sono di tipo definitivo, per la copertura dell'attività di assistenza primaria il medico a ciclo di fiducia sarà affiancato da un medico a esclusivo rapporto orario, facente parte dell'Aft qualora vi sia disponibilità oraria, altrimenti da un sostituto da lui indicato.

Una volta costituite le Aft, i nuovi medici che accederanno alla aggregazione entreranno esclusivamente a rapporto orario.

In caso di carenza di medici a rapporto di fiducia in un ambito territoriale dell'Aft, verrà individuato, in base a graduatoria, il medico che potrà acquisire scelte fra coloro che sono a rapporto orario esclusivo nella stessa Aft. In caso di assenza di medici disponibili sarà attivata la zona carente come da Acn.

**2. Attività di tipo oraria.** Attività non direttamente connessa alla scelta da parte del cittadino, ma necessarie a supportare l'assistenza fiduciaria e a realizzare attività assistenziali comuni a tutta la popolazione della Aft, comprese alcune funzioni attualmente svolte dai medici della Medicina dei servizi.

L'attività oraria, organizzata all'interno dell'Aft, oltre alle attività già previste dall'Acn, può comprendere:

- attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale

Visto che:

- la normativa indica solo l'arco d'attività degli orari di lavoro della attuale C.a. (ricompresi dalle ore 10 del prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 dei feriali);
- la stessa normativa permette flessibilità di orario - fra l'altro già attuata per le due ore del sabato mattina - e la possibilità di effettuare la C.a. anche in reperibilità da parte dell'attività primaria;
- gli accordi regionali possono portare l'orario di lavoro della C.a. a 38 ore, di cui 14 in attività diurna feriale, se facenti parte di forme associative strutturali;

La funzione di garantire ai Mmg dell'Aft l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione e del personale.

**3.6. I medici nella Aft.** Ai sensi della L. 189/12, l'attività dei medici nella Aft è distinta in due tipologie, cui corrispondono specifici e più articolati sistemi di remunerazione:

**1. Attività di tipo fiduciario.** Connesse alla scelta del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista. Il medico a ciclo di fiducia acquisisce assistiti in carico secondo modalità corrispondenti al vigente Acn, rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore. Tale attività andrà organizzata dal medico a ciclo di fiducia secondo criteri di congruità che risultino funzionali al complesso dei compiti assistenziali da erogare nei confronti delle persone assistite, fatto salvo quanto previsto sul numero minimo di ore di ambulatorio come da Acn e Air 2005. Ciascun anno, entro il mese di gennaio, per ciascuna Aft è redatto un piano generale delle attività a rapporto orario sottoposto al parere vincolante della Asl. Al medico a rapporto di fiducia al quale venga affidato dall'Azienda un incarico a rapporto orario per progetti condivisi, viene ridotto il massimale di 37,5 assistiti per ciascuna ora ai sensi del vigente Acn. Se le ore dell'incarico non sono di tipo definitivo, per la copertura dell'attività di assistenza primaria il medico a ciclo di fiducia sarà affiancato da un medico a esclusivo rapporto orario, facente parte dell'Aft qualora vi sia disponibilità oraria, altrimenti da un sostituto da lui indicato.

Una volta costituite le Aft, i nuovi medici che accederanno alla aggregazione entreranno esclusivamente a rapporto orario.

In caso di carenza di medici a rapporto di fiducia in un ambito territoriale dell'Aft, verrà individuato, in base a graduatoria, il medico che potrà acquisire scelte fra coloro che sono a rapporto orario esclusivo nella stessa Aft. In caso di assenza di medici disponibili sarà attivata la zona carente come da Acn.

**2. Attività di tipo oraria.** Attività non direttamente connessa alla scelta da parte del cittadino, ma necessarie a supportare l'assistenza fiduciaria e a realizzare attività assistenziali comuni a tutta la popolazione della Aft, comprese alcune funzioni attualmente svolte dai medici della Medicina dei servizi.

L'attività oraria, organizzata all'interno dell'Aft, oltre alle attività già previste dall'Acn, può comprendere:

- attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale

Visto che:

- la normativa indica solo l'arco d'attività degli orari di lavoro della attuale C.a. (ricompresi dalle ore 10 del prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 dei feriali);
- la stessa normativa permette flessibilità di orario - fra l'altro già attuata per le due ore del sabato mattina - e la possibilità di effettuare la C.a. anche in reperibilità da parte dell'attività primaria;
- gli accordi regionali possono portare l'orario di lavoro della C.a. a 38 ore, di cui 14 in attività diurna feriale, se facenti parte di forme associative strutturali;

La funzione di garantire ai Mmg dell'Aft l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione e del personale.

**3.6. I medici nella Aft.** Ai sensi della L. 189/12, l'attività dei medici nella Aft è distinta in due tipologie, cui corrispondono specifici e più articolati sistemi di remunerazione:

**1. Attività di tipo fiduciario.** Connesse alla scelta del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti del singolo professionista. Il medico a ciclo di fiducia acquisisce assistiti in carico secondo modalità corrispondenti al vigente Acn, rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore. Tale attività andrà organizzata dal medico a ciclo di fiducia secondo criteri di congruità che risultino funzionali al complesso dei compiti assistenziali da erogare nei confronti delle persone assistite, fatto salvo quanto previsto sul numero minimo di ore di ambulatorio come da Acn e Air 2005. Ciascun anno, entro il mese di gennaio, per ciascuna Aft è redatto un piano generale delle attività a rapporto orario sottoposto al parere vincolante della Asl. Al medico a rapporto di fiducia al quale venga affidato dall'Azienda un incarico a rapporto orario per progetti condivisi, viene ridotto il massimale di 37,5 assistiti per ciascuna ora ai sensi del vigente Acn. Se le ore dell'incarico non sono di tipo definitivo, per la copertura dell'attività di assistenza primaria il medico a ciclo di fiducia sarà affiancato da un medico a esclusivo rapporto orario, facente parte dell'Aft qualora vi sia disponibilità oraria, altrimenti da un sostituto da lui indicato.

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

- gli accordi regionali e aziendali possono individuare ulteriori compiti e le modalità di partecipazione del medico di C.a. alle attività previste nelle équipes territoriali, nelle Utap e nelle altre forme organizzative delle cure primarie,

in attesa che:

quanto previsto dalla L. 189/12 circa le attività della Aft e il ruolo unico sia recepito e normato da un accordo fra Sisac e le Oo.Ss. della Medicina generale;

si conferma che, in via transitoria, l'orario di attività della ex continuità assistenziale rimarrà quello previsto dall'Acn in vigore, ma, in via sperimentale la continuità assistenziale di tipo tradizionale potrà essere limitata a un arco di ore ricompreso fra le 20 e le 24, che sono le ore nelle quali vengono effettuate le quasi totalità delle visite domiciliari. Dalle ore 24 alle ore 8 il Ssr garantirà le urgenze. Tale organizzazione sarà realizzata attraverso obiettivi intermedi concordati a livello aziendale.

Le ore liberate, nel comparto a rapporto orario, saranno utilizzate dall'Aft in attività diurne.

A titolo di indicazione generale, dovranno essere indirizzate alla presa in carico di assistiti ricoverati in reparti di cure intermedie e nei ricoveri temporanei a bassa intensità assistenziale, oppure, in collaborazione con l'attività del medico di fiducia dell'assistito, per il supporto dell'assistenza ai pazienti in dimissione complessa, per l'assistenza ai cittadini nelle fasi terminali della vita (in particolare pazienti oncologici) e in tutte quelle attività che hanno lo scopo di evitare ricorsi impropri agli ospedali e in particolare al Dea. Tali attività dovranno essere individuate congiuntamente dai coordinatori dell'Aft e dalla Direzione aziendale e sottoscritte in uno specifico piano annuale di organizzazione, recepito a livello di Comitato aziendale. Gli orari diurni saranno organizzati di norma in turni di 8 ore, dalle 8 alle 16 e dalle 16 alle 24.

In alcune aree, per esempio quelle a particolare densità di popolazione, dalle 24 alle 8 potrà permanere un servizio di continuità assistenziale sovra Aft per le urgenze di comunità, a pianta organica ridotta.

I medici a rapporto orario passeranno progressivamente a 38 ore settimanali, rispettando il monte orario complessivo definito dal precedente Air della continuità assistenziale. Con il passaggio ad attività diurne e di conseguenza alle 38 ore, essendo i medici a rapporto orario impegnati in attività tese al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, occorrerà ridefinire una più omogenea distribuzione fra le Aziende.

I medici che attualmente ricoprono l'attività di assistenza primaria e di continuità assistenziale all'interno della Aft non diverranno incompatibili con la stessa al superamento dell'ora 650 scelte, ma diminuiranno le ore a rapporto orario al progressivo aumento degli assistiti in carico secondo il criterio che a 37,5 pazienti corrisponde un'ora. Il ricalcolo delle ore a rapporto orario scatta quando siano stati maturati incrementi di assistiti secondo scaglioni di 150 pazienti, corrispondenti ciascuno a 4 ore di rapporto orario.

Il passaggio alle 38 ore e alle attività diurne per i medici di C.a. avverrà su base volontaria e all'interno di sperimentazioni h16 che dovranno essere avviate in ogni Azienda sanitaria. La sperimentazione avrà termine all'entrata in vigore a livello aziendale delle norme previste dal nuovo Acn.

Questa organizzazione potrà consentire il superamento delle due ore di reperibilità previste per l'assistenza primaria il sabato mattina, che saranno utilizzate per la formazione.

Il ruolo unico nei settori della Medicina generale potrebbe vedere la possibilità che anche i convenzionati dell'Emergenza sanitaria

entrino a far parte della Aft, ma la sovrapposizione oraria delle due attività rende difficile la sua organizzazione. L'ingresso quindi di tali medici non sarà, in fase iniziale, previsto in Toscana, in attesa di una più puntuale normativa a livello nazionale.

Per i medici della medicina dei servizi, vista la non omogenea distribuzione a livello regionale e aziendale, l'ingresso nella Aft avverrà su base volontaria e in quelle aggregazioni che nella programmazione aziendale ne prevedano l'impiego, sia nel campo della prevenzione di massa che in quello effettuato precedentemente.

I medici della Aft nell'ottica di perseguire gli obiettivi concordati con l'Azienda sanitaria possono proporre forme aggiuntive di continuità assistenziale (come per esempio reperibilità telefonica nei confronti dei colleghi in turno, supporto organizzativo e coordinamento) che vedano la partecipazione dei medici della ex attività primaria, il sabato e nei giorni festivi previo accordo con la Direzione aziendale.

Obiettivo prioritario del team di Aft sarà quello di garantire una continuità assistenziale ai cittadini affetti da gravi patologie e a quelli affetti da patologie croniche ad alto rischio di ospedalizzazione. Essenziale per attuare tutto questo è la disponibilità di diagnostica di I livello e di integrazione con i servizi infermieristici. Altrettanto indispensabile è la creazione di un supporto informatico che metta in rete tutti i Mmg e che permetta, a chi garantisce la continuità dell'assistenza, la consultazione del diario clinico del cittadino.

L'intera materia relativa alla continuità assistenziale sarà ulteriormente normata dal successivo accordo che dovrà essere stipulato con il settore e le parti in causa.

- attività orarie afferenti al governo clinico

Partecipazione a Commissioni previste dalla normativa in vigore, coordinamento delle Aft, partecipazione allo staff aziendale e agli organismi di programmazione. Per tali attività, nel caso di partecipazione di un medico a rapporto di fiducia, questi sarà sostituito da altro medico a rapporto orario della stessa Aft o, ove non disponibile, attraverso il rimborso della sostituzione secondo gli accordi vigenti.

A regime, tutti i Mmg potranno articolare la propria attività professionale fra attività fiduciaria e oraria.

**3.7. Il coordinatore dell'Aft.** Il coordinatore dell'Aft deve possedere i requisiti già previsti per i coordinatori dei moduli di Sanità d'iniziativa. Eventuali deroghe motivate dovranno essere valutate e validate in sede di Comitato aziendale. Il coordinatore dovrà effettuare corsi di formazione obbligatori che saranno organizzati ad hoc dal Centro toscano di formazione e ricerca in Medicina generale.

Il coordinatore ha i seguenti compiti:

- indice e organizza le riunioni dei medici facenti capo all'Aft, rapportandosi con il personale aziendale e in particolare con i dirigenti del territorio;
- conduce e coordina gli incontri a carattere organizzativo e/o clinico all'interno della Aft;
- rappresenta i medici dell'Aft nei rapporti con gli ospedali di riferimento, con la Zona-Distretto e con l'Azienda;
- è garante per la parte medica dell'attuazione dei percorsi di presa in carico all'interno dell'Aft del paziente con bisogni complessi;
- contratta con l'Azienda obiettivi di budget all'interno di quelli contenuti nell'accordo aziendale;
- garantisce all'interno dell'Aft la discussione del budget, inteso come la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento;
- concorda la partecipazione della Aft alle campagne di prevenzione collettiva;

garantisce la continuità assistenziale, con modalità organizzative che verranno definite in un apposito accordo di settore;

- nell'ottica di garantire pari dignità fra le varie professionalità presenti nel Servizio sanitario toscano e continuità assistenziale al paziente, sarà compito del coordinatore di Aft concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in Aft al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il Dea. Sarà compito del coordinatore di Aft verificare se esistano le condizioni socioassistenziali che garantiscono una corretta continuità assistenziale nella dimissione dei pazienti "difficili" o che comunque necessitano di ulteriore assistenza, mediante accordo fra le professionalità interessate e solo dopo che saranno garantite al cittadino tutte le forme di assistenza necessarie, in accordo con i Punti unici di accesso là dove istituiti.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, esaminare le motivazioni in sede di Comitato aziendale, i medici provvederanno a nuova elezione del coordinatore. Ugualmente, in caso di sfiducia da parte della maggioranza dei medici dell'Aft o in caso di sanzioni emanate dal Collegio Arbitrale, si procede a nuove elezioni.

**3.8. Remunerazione del coordinatore dell'Aft.** La remunerazione sarà pari a 300 scelte per 10 ore settimanali. Se le ore saranno di più: riduzione del massimale di 37,5 assistiti ogni ora eccedente le dieci per chi ha 1.500 scelte. Tali pazienti saranno gestiti da un medico a rapporto orario e rimarranno in carico al medico titolare; in caso di non disponibilità di ore erogate da medici a rapporto orario nella Aft, saranno gestite da un medico sostituto. Nel caso in cui il medico abbia meno di 1.500 scelte; pagamento delle ore eccedenti le dieci secondo la remunerazione oraria prevista dall'Acn. Questa spesa è sostituita del pagamento oggi dovuto ai coordinatori della Sanità d'iniziativa, le cui funzioni saranno riassorbite dalle figure dei coordinatori di Aft/Uccp. Il tetto massimo di spesa per la remunerazione dei coordinatori di Aft/Uccp, è pari a 1,8 milioni annui per un numero massimo di 100 coordinatori, che saranno coperti dalla quota di risorse oggi destinata a finanziare il compenso per i coordinatori dei moduli (vedi paragrafo 5 - Art. 27 Acn - Appropriazione delle cure e dell'uso delle risorse), oltre agli incrementi contrattuali di cui all'art. 8, comma 2 del rinnovo biennio economico 2008-09 Acn.

**3.9. Il sistema informativo dell'Aft.** L'Aft dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico, da finanziare attraverso razionalizzazione di spesa a livello locale, con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale. Con l'acquisizione degli add on, a cura di Estav Centro, mediante "Procedura negoziata per l'integrazione del software Mmg e PIs in applicazione della Drg n. 469 del 2010", il sistema basato sui software di cartella clinica dei Mmg prevederà, per il colloquio, quanto contenuto nella DgrT 469 del 31/3/2010, in particolare (v. tabella in alto):

Il sistema in rete deve garantire la condivisione di informazioni cliniche con l'attività di continuità assistenziale tenendo conto di specifiche esperienze aziendali.

**3.10. Rapporti dell'Aft con le altre forme associative della Mg ex art. 54 Acn.**

- contratta con l'Azienda obiettivi di budget all'interno di quelli contenuti nell'accordo aziendale;
- garantisce all'interno dell'Aft la discussione del budget, inteso come la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento;
- concorda la partecipazione della Aft alle campagne di prevenzione collettiva;

garantisce la continuità assistenziale, con modalità organizzative che verranno definite in un apposito accordo di settore;

- nell'ottica di garantire pari dignità fra le varie professionalità presenti nel Servizio sanitario toscano e continuità assistenziale al paziente, sarà compito del coordinatore di Aft concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in Aft al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il Dea. Sarà compito del coordinatore di Aft verificare se esistano le condizioni socioassistenziali che garantiscono una corretta continuità assistenziale nella dimissione dei pazienti "difficili" o che comunque necessitano di ulteriore assistenza, mediante accordo fra le professionalità interessate e solo dopo che saranno garantite al cittadino tutte le forme di assistenza necessarie, in accordo con i Punti unici di accesso là dove istituiti.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, esaminare le motivazioni in sede di Comitato aziendale, i medici provvederanno a nuova elezione del coordinatore. Ugualmente, in caso di sfiducia da parte della maggioranza dei medici dell'Aft o in caso di sanzioni emanate dal Collegio Arbitrale, si procede a nuove elezioni.

**3.8. Remunerazione del coordinatore dell'Aft.** La remunerazione sarà pari a 300 scelte per 10 ore settimanali. Se le ore saranno di più: riduzione del massimale di 37,5 assistiti ogni ora eccedente le dieci per chi ha 1.500 scelte. Tali pazienti saranno gestiti da un medico a rapporto orario e rimarranno in carico al medico titolare; in caso di non disponibilità di ore erogate da medici a rapporto orario nella Aft, saranno gestite da un medico sostituto. Nel caso in cui il medico abbia meno di 1.500 scelte; pagamento delle ore eccedenti le dieci secondo la remunerazione oraria prevista dall'Acn. Questa spesa è sostituita del pagamento oggi dovuto ai coordinatori della Sanità d'iniziativa, le cui funzioni saranno riassorbite dalle figure dei coordinatori di Aft/Uccp. Il tetto massimo di spesa per la remunerazione dei coordinatori di Aft/Uccp, è pari a 1,8 milioni annui per un numero massimo di 100 coordinatori, che saranno coperti dalla quota di risorse oggi destinata a finanziare il compenso per i coordinatori dei moduli (vedi paragrafo 5 - Art. 27 Acn - Appropriazione delle cure e dell'uso delle risorse), oltre agli incrementi contrattuali di cui all'art. 8, comma 2 del rinnovo biennio economico 2008-09 Acn.

**3.9. Il sistema informativo dell'Aft.** L'Aft dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico, da finanziare attraverso razionalizzazione di spesa a livello locale, con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale. Con l'acquisizione degli add on, a cura di Estav Centro, mediante "Procedura negoziata per l'integrazione del software Mmg e PIs in applicazione della Drg n. 469 del 2010", il sistema basato sui software di cartella clinica dei Mmg prevederà, per il colloquio, quanto contenuto nella DgrT 469 del 31/3/2010, in particolare (v. tabella in alto):

Il sistema in rete deve garantire la condivisione di informazioni cliniche con l'attività di continuità assistenziale tenendo conto di specifiche esperienze aziendali.

**3.10. Rapporti dell'Aft con le altre forme associative della Mg ex art. 54 Acn.**

- contratta con l'Azienda obiettivi di budget all'interno di quelli contenuti nell'accordo aziendale;
- garantisce all'interno dell'Aft la discussione del budget, inteso come la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento;
- concorda la partecipazione della Aft alle campagne di prevenzione collettiva;

garantisce la continuità assistenziale, con modalità organizzative che verranno definite in un apposito accordo di settore;

- nell'ottica di garantire pari dignità fra le varie professionalità presenti nel Servizio sanitario toscano e continuità assistenziale al paziente, sarà compito del coordinatore di Aft concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in Aft al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il Dea. Sarà compito del coordinatore di Aft verificare se esistano le condizioni socioassistenziali che garantiscono una corretta continuità assistenziale nella dimissione dei pazienti "difficili" o che comunque necessitano di ulteriore assistenza, mediante accordo fra le professionalità interessate e solo dopo che saranno garantite al cittadino tutte le forme di assistenza necessarie, in accordo con i Punti unici di accesso là dove istituiti.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati, esaminare le motivazioni in sede di Comitato aziendale, i medici provvederanno a nuova elezione del coordinatore. Ugualmente, in caso di sfiducia da parte della maggioranza dei medici dell'Aft o in caso di sanzioni emanate dal Collegio Arbitrale, si procede a nuove elezioni.

**3.8. Remunerazione del coordinatore dell'Aft.** La remunerazione sarà pari a 300 scelte per 10 ore settimanali. Se le ore saranno di più: riduzione del massimale di 37,5 assistiti ogni ora eccedente le dieci per chi ha 1.500 scelte. Tali pazienti saranno gestiti da un medico a rapporto orario e rimarranno in carico al medico titolare; in caso di non disponibilità di ore erogate da medici a rapporto orario nella Aft, saranno gestite da un medico sostituto. Nel caso in cui il medico abbia meno di 1.500 scelte; pagamento delle ore eccedenti le dieci secondo la remunerazione oraria prevista dall'Acn. Questa spesa è sostituita del pagamento oggi dovuto ai coordinatori della Sanità d'iniziativa, le cui funzioni saranno riassorbite dalle figure dei coordinatori di Aft/Uccp. Il tetto massimo di spesa per la remunerazione dei coordinatori di Aft/Uccp, è pari a 1,8 milioni annui per un numero massimo di 100 coordinatori, che saranno coperti dalla quota di risorse oggi destinata a finanziare il compenso per i coordinatori dei moduli (vedi paragrafo 5 - Art. 27 Acn - Appropriazione delle cure e dell'uso delle risorse), oltre agli incrementi contrattuali di cui all'art. 8, comma 2 del rinnovo biennio economico 2008-09 Acn.

**3.9. Il sistema informativo dell'Aft.** L'Aft dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico, da finanziare attraverso razionalizzazione di spesa a livello locale, con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale. Con l'acquisizione degli add on, a cura di Estav Centro, mediante "Procedura negoziata per l'integrazione del software Mmg e PIs in applicazione della Drg n. 469 del 2010", il sistema basato sui software di cartella clinica dei Mmg prevederà, per il colloquio, quanto contenuto nella DgrT 469 del 31/3/2010, in particolare (v. tabella in alto):

Il sistema in rete deve garantire la condivisione di informazioni cliniche con l'attività di continuità assistenziale tenendo conto di specifiche esperienze aziendali.

**3.10. Rapporti dell'Aft con le altre forme associative della Mg ex art. 54 Acn.**

- contratta con l'Azienda obiettivi di budget all'interno di quelli contenuti nell'accordo aziendale;
- garantisce all'interno dell'Aft la discussione del budget, inteso come la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento;
- concorda la partecipazione della Aft alle campagne di prevenzione collettiva;

garantisce la continuità assistenziale, con modalità organizzative che verranno definite in un apposito accordo di settore;

- nell'ottica di garantire pari dignità fra le varie professionalità presenti nel Servizio sanitario toscano e continuità assistenziale al paziente, sarà compito del coordinatore di Aft concordare percorsi finalizzati a favorire il passaggio diretto di cittadini che necessitano di assistenza di secondo livello dall'assistenza erogata in Aft al reparto ospedaliero di riferimento, senza passare attraverso il Dea. Sarà compito del coordinatore di Aft verificare se esistano le condizioni socioassistenziali che garantiscono una corretta continuità assistenziale nella dimissione dei pazienti "difficili" o che comunque necessitano di ulteriore assistenza, mediante accordo fra le professionalità interessate e solo dopo che saranno garantite al cittadino tutte le forme di assistenza necessarie, in accordo con i Punti unici di accesso là dove istituiti



SOCIALE

Dimessi 22 internati grazie ad altrettanti progetti «personalizzati»



# Si avvicina l'addio all'Opg

## A Montelupo 33 pazienti - Cruciale lavorare con i servizi territoriali

**P**rosegue il percorso di chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e le scadenze previste dalla legge 9/2012, art. 3-ter, sono divenute pressanti per tutte le Regioni. Lo scorso 7 febbraio è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto del ministero della Salute che assegna le risorse finanziarie e fissa un termine di 60 giorni entro il quale ogni Regione dovrà presentare un piano per allestire le strutture residenziali che dovranno accogliere le persone sottoposte a misura di sicurezza. Le Regioni devono inoltre realizzare un altro importante obiettivo, essenziale per poter realisticamente programmare il numero e la tipologia delle strutture residenziali necessarie in ogni Regione: il comma 4 dell'art. 3-ter della legge pone l'obiettivo della riduzione del numero di persone ancora presenti in Opg: «... Le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale», allo scopo di limitare l'utilizzo delle future strutture residenziali solo alle persone per le quali è effettivamente accertata la "pericolosità sociale" e che necessitano di un trattamento terapeutico non realizzabile nelle strutture del Servizio psichiatrico territoriale, o da esse accreditate.

La Regione Toscana, fin dall'entrata in vigore del Dpcm 1/4/08, che ha attribuito alle Regioni la competenza alla cura di detenuti e internati, è intervenuta sui processi di presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale delle persone presenti nell'Opg di Montelupo Fiorentino e nella delibera 841/2011 è stato previsto un programma di dimissione dei pazienti internati residenti in Toscana, aventi i requisiti sanitari e giuridici di dimissibili. È stato effettuato un mirato intervento di analisi della condizione di ognuno dei pazienti presenti e - con una metodologia di lavoro partecipativa,

e condivisa, tra la Uoc "Salute in carcere" della Usl 11 di Empoli, che ha in carico la cura delle persone in Opg, e i relativi Dipartimenti di salute mentale - sono stati redatti, attivati e realizzati 22 progetti di dimissione. I progetti elaborati sono stati presentati al competente regionale dell'assessorato ai Diritti di cittadinanza e coesione sociale e sono stati oggetto di un intervento di sostegno attraverso finanziamenti.

Ogni progetto, considerate le risorse messe in campo dalla Regione, ha ricevuto un finanziamento pari al 65% dei costi per 12 mesi equivalenti, per un totale di impegno in delibera di 450mila euro. Il 50% del costo finanziato è stato erogato all'attivazione del progetto e il restante 50% è stato, o sarà, erogato dopo 6 mesi, previa verifica della realizzazione del progetto. A tale scopo è stata predisposta una scheda di monitoraggio finalizzata ad accertare l'andamento, gli eventuali scostamenti o modifiche intercorse, le criticità eventualmente verificatesi nel tempo e le ipotesi formulate alla scadenza dei 12 mesi. I progetti hanno individuato le soluzioni di re-inserimento all'uscita dall'Opg, per tempi variabili per ognuno ma non inferiori a un anno: 17 Strutture residenziali terapeutica; 1 Residenza sanitaria per Anziani; 4 Domicilio.

Entro il mese di ottobre 2012 tutti i 22 pazienti erano stati dimessi e inviati nelle rispettive soluzioni individuate per accoglienza. Un solo caso, dimesso nel mese di agosto 2012, è rientrato in Opg a fine settembre per un esito negativo dovuto a difficoltà di adattamento alla struttura individuata. In un altro caso, dimesso nel corso del 2012, si è verificato un temporaneo rientro in Opg ma successivamente, nel mese di ottobre, è stata riattivata la medesima modalità di dimissione per cui attualmente il progetto prosegue. I pazienti dimessi sono affetti da un mix di patologia

significativo e indicativo della complessità: psicosi schizofreniche 10; disturbo affettivo bipolare 3; disturbo di personalità 5; ritardo mentale 3; disturbo organico 1.

La media di permanenza in misura di sicurezza in Opg di tutti i 22 pazienti individuati è stata calcolata in 46 mesi. Dodici di questi pazienti al momento della dimissione erano in proroga della misura di sicurezza, cioè un prolungamento della misura oltre la scadenza prefissata in sentenza, per una media di tempo trascorso in proroga di 17 mesi.

L'intervento attuato ha contribuito, in sinergia con altre dimissioni attivate con risorse dei Servizi o con soluzioni senza specifici costi aggiuntivi per le Usl, a ridurre il numero dei presenti toscani nell'Opg di Montelupo Fiorentino (da 47 nel luglio 2011 a 33 nel gennaio 2013). Attualmente sono solo 37 i pazienti toscani (ai 33 di Montelupo si aggiungono altri tre maschi in Opg di Reggio Emilia e una donna nell'Opg di Castiglione delle Stiviere).

Le valutazioni relative a tale intervento e ai risultati ottenuti in termini di riduzione delle presenze in Opg possono essere sicuramente utili a definire una più concreta e realistica programmazione del numero e della tipologia di posti letto che si rendono necessari ad affrontare nel futuro le esigenze e i percorsi di cura e reinserimento territoriale conseguenti alla scadenza del 31 marzo 2013, termine dopo il quale le persone sottoposte a misura di sicurezza dovranno essere esclusivamente inviate nelle strutture residenziali citate dalla legge e dal decreto ministero Salute.

Includibile appare comunque un intervento condiviso con i Servizi territoriali per intervenire sui processi d'ingresso in Opg dei pazienti affetti da disturbo mentale e autori di reato. È necessario prevedere una precoce conoscenza degli eventi e dei procedimenti giudiziari che ne scaturiscono, una valutazione delle

condizioni del paziente e delle risorse che possono essere messe in campo, una coerente presa in carico del paziente rispetto alle necessità di cura e di risoluzione di problemi socio-assistenziali che possono aver determinato il comportamento anti-giuridico.

Mi riferisco nello specifico ai reati di natura cosiddetta "bagattellare", laddove le condotte anti-giuridiche esprimono un disagio, del singolo paziente ma anche del contesto familiare, e non una reale e strutturata "pericolosità sociale", parametro che in realtà esprime una concreta "probabilità di commettere reati della medesima o di altra specie".

È utile segnalare che nell'anno 2012 ancora 26 pazienti residenti toscani sono stati oggetto di misure di sicurezza e inviati nell'Opg di Montelupo Fiorentino e altri 24 nel 2011. È del tutto evidente che le misure proposte dovranno ricevere la consapevole autorizzazione, di competenza della magistratura, basata sulla valutazione della pericolosità sociale ancora residua; non si può però dubitare del fatto che, di fronte alle esigenze di cura concretizzate in un programma terapeutico forte e costantemente monitorato, e in assenza di reati di elevata valenza criminologica, il magistrato potrà accogliere le ipotesi avanzate dai Servizi, in piena

coerenza con le sentenze della Corte costituzionale n. 253/03 e 367/04 che prevedono, proprio a tale scopo, l'applicazione di misure di sicurezza "non detentive" «...quando una misura non segregante quale la libertà vigilata, accompagnata da opportune prescrizioni, avrebbe consentito di soddisfare in modo più adeguato le esigenze di cura e di tutela e quelle di controllo della pericolosità sociale».

La Regione Toscana, fin dall'entrata in vigore del Dpcm 1/4/08, che ha attribuito alle Regioni la competenza alla cura di detenuti e internati, è intervenuta sui processi di presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale delle persone presenti nell'Opg di Montelupo Fiorentino e nella delibera 841/2011 è stato previsto un programma di dimissione dei pazienti internati residenti in Toscana, aventi i requisiti sanitari e giuridici di dimissibili. È stato effettuato un mirato intervento di analisi della condizione di ognuno dei pazienti presenti e - con una metodologia di lavoro partecipativa,

coerenza con le sentenze della Corte costituzionale n. 253/03 e 367/04 che prevedono, proprio a tale scopo, l'applicazione di misure di sicurezza "non detentive" «...quando una misura non segregante quale la libertà vigilata, accompagnata da opportune prescrizioni, avrebbe consentito di soddisfare in modo più adeguato le esigenze di cura e di tutela e quelle di controllo della pericolosità sociale».

**Franco Scarpa**  
Psichiatra

Direttore Uoc "Salute in carcere" Asl 11 e Coordinatore gruppo interregionale di bacino

### A SCUOLA DI ALIMENTAZIONE

## Cibo sano anche in carcere

**N**el 2012 il Settore alimenti e veterinaria del Dipartimento di prevenzione della Asl 11 di Empoli ha progettato e attuato, in applicazione della Dgr 441/2011, un percorso di tutela della salute in carcere, mirato alla sicurezza alimentare attraverso la progettazione e l'organizzazione di eventi formativi destinati ai detenuti, al personale penitenziario e al personale sanitario operante negli istituti penitenziari presenti sul territorio di competenza: la Casa circondariale di Empoli (22 donne) e l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino (circa un centinaio di internati uomini). In entrambi i casi la preparazione del vitto è affidata

agli ospiti degli istituti sotto il controllo del personale penitenziario.

Durante lo svolgimento delle attività istituzionali di controllo è emersa come punto particolarmente critico per la sicurezza dei pasti somministrati la non adeguatezza della formazione in ambito alimentare degli addetti e del personale penitenziario di sorveglianza. A questo si aggiungevano la frequente variazione dei detenuti addetti al servizio di cucina e la scarsa

fiducia in possibilità di cambiamento da parte del personale penitenziario di vigilanza. Sono stati pertanto progettati corsi sulla sicurezza alimentare.

Vista l'organizzazione delle strutture, al fine di garantire il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori, si è ritenuto opportuno aggiornare, oltre ai detenuti, anche il personale penitenziario sui requisiti minimi in materia di igiene per garantire la salubrità degli alimenti e assicurare l'effettiva applicazione delle buone prassi. Il personale detenuto ha partecipato a un percorso di formazione professionale relativo al Settore cucina e sistema Haccp denominato "Cucignolo" organizzato dal Circondario Empolese Valdelsa.

Per i corsi sono state utilizzate modalità di apprendimento attivo e lezioni frontali per ottimizzare l'apprendimento e sono stati formati complessivamente 25 operatori penitenziari, 11 detenute della Casa circondariale e 11 internati dell'Ospedale psichiatrico giudiziario.

Al termine dei corsi i partecipanti hanno acquisito le seguenti competenze: individuare rischi e pericoli alimentari; applicare i metodi dell'autocontrollo e dei principi del sistema Haccp; identificare le modalità di conservazione degli alimenti e di approvvigionamento delle materie prime; applicare le corrette procedure di pulizia e sanificazione dei locali, delle attrezzature e dell'igiene personale. A fine corso si è provveduto alla verifica didattica dell'apprendimento attraverso la somministrazione di un test a scelta multipla e tutti i partecipanti hanno superato la prova.

Oltre alla valutazione teorica del risultato formativo abbiamo voluto verificare la ricaduta della formazione sulla preparazione pasti ripetendo i controlli ufficiali e confrontando il livello di sicurezza e di conformità gestionale alla normativa con quanto rilevato nelle ispezioni precedenti.

Durante il controllo è stato accertato che in entrambe le strutture sono state revisionate e adeguate le procedure del sistema Haccp (Piano di autocontrollo); sono stati individuati e affidati precisi ambiti di responsabilità e mansioni; in particolare la responsabilità del

Piano è stata affidata per la prima volta a Commissari del personale penitenziario con il compito non solo di gestione e applicazione dello stesso ma anche della formazione continua degli addetti tramite l'addestramento. Nelle ispezioni di verifica il livello di igiene delle strutture e delle attrezzature è risultato nettamente migliorato, con un'attenzione particolare alla modalità di pulizia e sanificazione dei locali e delle attrezzature (questo in particolare a Montelupo dove esistono specifici vincoli di sicurezza a es. relativamente all'uso dei disinfettanti) e al controllo della temperatura di conservazione degli alimenti soprattutto in relazione allo sporzionamento e alle preparazioni anticipate.

Il percorso individuato, quindi, ha sicuramente contribuito a migliorare l'attenzione e la consapevolezza sulle problematiche relative alla sicurezza alimentare e ha stimolato la ricerca di soluzioni gestionali anche innovative che possono aiutare a superare le rigidità della struttura e le ristrettezze

**Senza reati gravi  
misure di sicurezza  
non detentive**

**Sui "banchi"  
carcerati, agenti e  
personale sanitario**

di risorse; contemporaneamente ha fornito ai detenuti una possibilità di socializzazione e di crescita culturale oltre che uno strumento spendibile per un più facile reinserimento nella comunità al termine del periodo detentivo. Per gli operatori sanitari ha rappresentato un momento di riflessioni su realtà spesso misconosciute e "diverse" da quelle in cui siamo abituati a operare e che necessitano di essere affrontate con un approccio più flessibile, anche se rigoroso.

L'esperienza fatta costituisce uno stimolo per continuare la collaborazione con le strutture carcerarie al fine di proseguire il percorso di tutela della salute in carcere, mirato non solo alla sicurezza alimentare ma estendendolo anche all'ambito nutrizionale in un'ottica globale di rapporto fra alimenti e salute.

**Maria Giannotti**  
Direttore Uoc  
Igiene Alimenti e Nutrizione  
Asl 11 Empoli  
**Laura Manetti**  
Tecnico della prevenzione  
Settore alimenti e veterinaria  
Asl 11 Empoli

**SOCIALE**

La gestione del rischio clinico estesa anche ai centri di contenzione

# Più sicurezza per i detenuti



**I servizi carcerari inseriti nel bersaglio Mes-S. Anna - Corsi per operatori**

**N**ell'autunno scorso a Firenze, presso le aule del "Nuovo ingresso" di Carreggi, si sono svolte le prime due giornate di lavori connessi al progetto formativo "Facilitatori Grc per i servizi sanitari all'interno delle carceri toscane". Da quando i servizi sanitari delle carceri sono stati affidati alle Regioni, la Regione Toscana, tra le prime in Italia a promuovere lo sviluppo di iniziative su questo tema, ribadendo la centralità della sicurezza del paziente, ormai divenuta priorità di politica sanitaria nazionale e internazionale, ha patrocinato l'estensione della Gestione del Rischio clinico alle strutture sanitarie collocate all'interno delle carceri toscane.

Nello stesso quadro di programmazione di iniziative per la qualità e la sicurezza delle cure in carcere, il Laboratorio management e Sanità (Mes) della Scuola Superiore S. Anna ha ricevuto l'incarico dalla Regione Toscana di elaborare un set di indicatori al fine di valutare la performance delle aziende sanitarie relativa alla tutela della salute dei detenuti. In questo modo anche i servizi sanitari carcerari sono quindi inseriti nel sistema di valutazione della performance messo a punto dal Mes, il quale ha realizzato una prima mappatura tra gli istituti penitenziari toscani come attività propedeutica alla definizione degli indicatori. Una sezione del questionario era specificamente dedicata alla gestione del rischio clinico all'interno degli istituti penitenziari e anche grazie all'individuazione dei margini di miglioramento evidenziati da questo primo screening è stato possibile affinare gli obiettivi del progetto d'implementazione del sistema Grc nelle strutture sanitarie all'interno delle carceri.

Il progetto prevede infatti diversi momenti formativi rivolti agli operatori della Sanità carceraria individuati dalle varie aziende sanitarie della Regione come "facilitatori" del sistema Grc. Tramite questo percorso, iniziato appunto a settembre con chiusura prevista nella primavera di quest'anno, gli operatori avvieranno il percorso di implementazione degli strumenti "classici" della gestione del rischio clinico nelle varie strutture di appartenenza. Si parla di percorso poiché la mes-



sa a punto negli istituti penitenziari di tali strumenti e set di buone prassi, mirati a incrementare la sicurezza di pazienti e operatori, in quanto nati e sviluppati soprattutto in ambito ospedaliero, non sarà di immediata realizzazione, stanti la specificità e le criticità delle condizioni ambientali e di quotidianità in cui si trovano i detenuti e in cui opera il personale sanitario stesso.

Inoltre, come confermato dai professionisti che hanno partecipato alle prime giornate di attività, sono molte le problematiche specifiche del contesto carcerario che moltiplicano i fattori di rischio connessi ai trattamenti medici, farmacologici e sanitari in genere. L'obiettivo è (e sarà) quindi quello di aumentare la sicurezza del sistema sanitario anche in carcere, cambiando le modalità con cui viene erogata l'assistenza, cercando di non dover investire risorse aggiuntive, ma applicando nel modo più calato possibile nella realtà carceraria, e quindi con la massima efficacia, tutto quello che è disponibile al momento in tema di sicurezza delle cure: Raccomandazioni ministeriali e Buone pratiche (come da tabella seguente), nonché l'adozione del "Reporting and learning sy-

stem", un sistema per segnalare eventi avversi e "quasi eventi" in modo da creare un repertorio per analizzarli sistematicamente e tradurli in miglioramenti per la pratica clinica stessa.

Il corso, accreditato Ecm, è stato caratterizzato dall'alternarsi di discussioni in plenaria e lavori in piccoli gruppi che hanno consentito ai partecipanti di testare i metodi e gli strumenti per la gestione del rischio presentati dai relatori (audit su evento significativo e un'analisi di processo per individuare i possibili rischi). Nonostante molti dei partecipanti abbiano visto i concetti e gli strumenti della "patient safety" per la prima volta concretamente come dispositivi della pratica quotidiana, il corso ha ottenuto un punteggio di qualità percepita di 4.57 su 5 e il 100% di coloro che hanno svolto il test conclusivo ha superato la prova.

Il corso si è poi concluso con il mandato per il lavoro sul campo: la sperimentazione di quanto appreso in aula nelle proprie realtà lavorative, registrandone punti di forza e di criticità, proposte di adattamento e miglioramento, nonché indicando la previsione di ulteriori step nel processo d'implementazio-

ne e come valutarne l'impatto. Gli esiti di queste attività saranno oggetto di una giornata seminariale di follow-up in cui verrà data diffusione a tali risultati e in cui i nuovi Facilitatori Grc per i servizi sanitari all'interno delle carceri toscane condivideranno con i colleghi il prodotto della loro sperimentazione.

Questi i primi passi compiuti per portare i servizi sanitari carcerari al livello dei percorsi assistenziali garantiti a coloro che si rivolgono al sistema sanitario pubblico. La sfida per il futuro consisterà nel diffondere e valutare le attività per la sicurezza delle cure, in un quadro comune che integri queste azioni con gli interventi di miglioramento della qualità e di valutazione della performance, senza dimenticare la sorveglianza tramite i dati epidemiologici e le problematiche di tipo igienico, aspetti che chiamano in causa anche l'amministrazione penitenziaria. Se la detenzione vuole avere anche finalità rieducative, è anche necessario trattare le persone detenute e ammalate secondo gli stessi standard dei percorsi assistenziali garantiti alle persone libere. Per i detenuti, forse, le istituzioni hanno una responsabilità ancora maggiore in merito alla sicurezza delle cure, in quanto la limitazione della libertà rende impossibile la scelta del curante e delle strutture presso le quali farsi ricoverare in caso di bisogno. D'altro canto il servizio sanitario del carcere può anche diventare un luogo di educazione sanitaria e di riabilitazione delle funzioni fisiche e mentali del detenuto. Dipende, in ultima analisi da chi vi opera e da chi ha la responsabilità dell'organizzazione dei servizi, responsabilità intesa come "poter contare su" professionisti e manager preparati e impegnati per garantire la qualità e la sicurezza delle cure a tutti, come in fondo prevede l'art. 32 della Costituzione italiana che riconosce la salute come un diritto dell'individuo, includendovi chiaramente anche coloro che sono privati dei diritti di cittadinanza perché detenuti.

**Alessandro Cerri e Tommaso Bellandi**  
Centro Gestione rischio clinico e sicurezza dei pazienti Regione Toscana

## PREVENZIONE E ASSISTENZA ATTRAVERSO I SERT

### Le misure alternative per le dipendenze

**L**a Toscana, già prima dell'entrata in vigore del Decreto legislativo 230 del 1999 con il quale, a decorrere dal 1° gennaio 2000, sono state trasferite al Ssn le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, e in ossequio al principio della parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria tra persone libere e detenute, ha organizzato la presa in carico e la cura di soggetti tossico-alcol dipendenti detenuti, attraverso la rete territoriale dei Servizi per le dipendenze (Sert).

I Sert, capillarmente diffusi in tutto il territorio toscano, hanno assicurato alle persone con problemi di tossico/alcol dipendenza detenute: le cure mediche, ivi comprese le terapie con farmaci sostitutivi e non; il supporto psicologico; il supporto sociale; il lavoro di equipe per la diagnosi e la formulazione del programma terapeutico; il raccordo operativo con operatori della giustizia (educatore carcere, polizia penitenziaria, psicologo ex art. 80 del

"servizio nuovi giunti") e con operatori della sanità afferenti ad altre Uo (es. infettivologia, psichiatria).

Di grande rilevanza la certificazione di tossico/alcol dipendenza che consente al detenuto, se rientrando nel limite di pena da espriare stabilito dalle norme vigenti, di effettuare richiesta di affidamento in prova nei casi particolari ex art. 94 Dpr. n.309/90 per curare più efficacemente la sua patologia all'esterno delle mura penitenziarie.

La Toscana è stata tra le prime regioni italiane a contrastare il fenomeno del sovraffollamento degli istituti penitenziari. Oltre a diversi accordi sottoscritti con l'Amministrazione penitenziaria e le istituzioni territoriali interessate, ha emanato direttive nei confronti delle aziende Usl toscane volte a favorire la continuità assistenziale alle persone (adulti e minori) che, alla data di entrata in vigore della riforma della sanità penitenziaria (1° gennaio 2009), avevano in corso misure alternative alla pena in comunità terapeuti-

che per tossico-alcol dipendenti precedentemente disposte dal ministero di Giustizia.

L'attenzione alla cura delle persone detenute con problemi di tossicoalcol dipendenza e al problema del sovraffollamento delle carceri si è ulteriormente rafforzata con l'adozione della delibera di Giunta regionale toscana 848/2010 "Trasferimento al Ssn delle funzioni sanitarie penitenziarie. Interventi di inserimento in comunità terapeutiche di soggetti detenuti tossico/alcol dipendenti (misure alternative alla pena) e definizione del percorso assistenziale. Determinazioni".

Con la suddetta delibera la Giunta ha voluto equiparare il percorso di presa in carico dei detenuti tossico-alcol dipendenti in tutte le sue fasi, compreso l'inserimento in Comunità terapeutica per lo svolgimento di uno dei programmi terapeutici definiti dalla deliberazione di Giunta regionale toscana 1165/2002, alle stesse condizioni economiche e terapeutiche previste per le persone tossico-alcol dipendenti in libertà in carico ai servizi territoriali ai quali sono state messe a disposizione risorse aggiuntive pari a Euro 350.000,00. Ma

si è voluto anche istituire uno specifico tavolo di lavoro composto dal Garante dei Diritti dei Detenuti, da rappresentanti del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze, dal Provveditorato Regionale per l'Amministrazione penitenziaria della Toscana, dalla Magistratura di Sorveglianza e dall'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, per l'elaborazione di una proposta di percorso assistenziale e procedure idonee per la presa in carico di persone detenute tossico/alcol dipendenti sottoposti a misure alternative alla detenzione, qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero.

Il documento prodotto dal tavolo è stato approvato dalla Giunta regionale con deliberazione 1232 del 27 dicembre 20112 "Approvazione Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcolodipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere e destinazione risorse" che ha altresì desti-

nato alle Aziende Usl toscane ulteriori risorse aggiuntive pari a euro 500.000,00 per favorire l'incremento dei percorsi di cura all'esterno del carcere, sia con programmi ambulatoriali che residenziali in Comunità terapeutiche.

L'attenzione della Toscana alla tematica si è poi concretizzata con l'Accordo sottoscritto il 1° luglio 2011, di durata triennale, tra la Regione Toscana, le Aziende Usl ed il Coordinamento degli Enti ausiliari della Regione Toscana, al quale aderiscono tutte le Comunità terapeutiche per tossicoalcol dipendenti operanti nel territorio toscano, che si è reso disponibile ad ospitare nelle proprie strutture persone sottoposte a misure alternative alla detenzione.

**Continuità di cura affidata alle linee varate dalla Giunta**

**La presa in carico avviene con la rete territoriale**

**Arcangelo Alfano**  
Responsabile Po "Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze" Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere Regione Toscana





Regione Toscana

# I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria  
Elettronica guardi  
le tue analisi sul pc.  
Convieni a tutti.

**Quasi a tutti.**

Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde  
**800 004 477**

**Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.**

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione [www.regione.toscana.it/cartasanitaria](http://www.regione.toscana.it/cartasanitaria)