

# Sanità

# Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 30-31  
anno XV del 31 lug.-3 set. 2012  
per la pubblicazione sul sito  
della Regione Toscana  
www.regione.toscana.it

## E-HEALTH

Il punto a due anni dall'avvio del progetto "Carta sanitaria elettronica"

Il target 2015:  
raggiungere  
l'80% dei toscani

di Cecilia Chiarugi \*

La "Carta sanitaria elettronica" (Cse) nasce come un progetto di grande innovazione per facilitare e agevolare il rapporto tra i cittadini e la Pa, fornendo un ulteriore strumento di garanzia per la tutela della salute sia a livello locale che centrale. Ciò significa non obbligare più i cittadini a recarsi agli sportelli per presentare documenti cartacei, per firmare fisicamente domande o istanze, per acquisire certificazioni o fornire chiarimenti. Il progetto costituisce quindi un importante strumento di promozione del cambiamento ponendosi l'obiettivo di passare da servizi di livello locale, validi in un ambito territoriale ristretto, a servizi validi e garantiti per tutti i cittadini toscani.

In tale contesto, la sfida di Regione Toscana è che entro il 2015, termine di vigenza del nuovo Piano sanitario, l'80% dei cittadini abbia attivato la Carta e il Fascicolo sanitario. Per perseguire tale finalità, lo sviluppo del sistema informativo in ambito sanitario è stato improntato a una progettualità unitaria che tenga conto dei principali obiettivi: migliorare i processi organizzativi aziendali; alimentare il Fascicolo sanitario elettronico; garantire il governo, la valutazione e il controllo a livello regionale; assolvere al debito informativo verso il livello nazionale.

Per semplificare l'integrazione dei cittadini con il Ssr verrà promosso il ritiro della documentazione sanitaria, ovvero referti,

CONTINUA A PAG. 2

# Salute in rete con la «card»

Il 31% della popolazione ha attivato il servizio e dato il consenso al Fse

A due anni dall'avvio del progetto "Carta sanitaria elettronica" e dall'invio della tessera sanitaria con funzionalità di Cns (Carta nazionale dei servizi), sono circa 1.150.000, ovvero il 31% della popolazione toscana, i cittadini che hanno attivato la propria carta e dato il consenso alla creazione del proprio Fascicolo sanitario elettronico (Fse), che rappresenta una raccolta in formato digitale delle informazioni e dei documenti clinici relativi alle prestazioni sanitarie fornite dal Servizio sanitario regionale.

L'attivazione della carta può essere effettuata presso uno degli sportelli allestiti dalle aziende sanitarie toscane, dove è anche possibile acquistare il lettore di smart card al costo di 4,20 euro, corrispondenti al rimborso del prezzo di acquisto da parte dell'azienda stessa. Inoltre dal mese di marzo 2012 la carta sanitaria elettronica si può attivare anche in farmacia, così come previsto da un accordo fra Regione Toscana, Cispel (Confederazione italiana servizi pubblici enti locali) per le farmacie pubbliche, e Urtofar (Unione regionale toscana titolari di farmacia) per quelle private. L'adesione al progetto da parte delle farmacie è libera e volontaria e le farmacie che hanno aderito all'iniziativa (774, circa il 70% delle 1.109 farmacie toscane) espongono ben visibile un adesivo, con l'immagine della tessera sanitaria e la scritta "Attiva la carta sanitaria elettronica qui". La farmacia rappresenta un punto di contatto strategico fra cittadini e bisogni di salute. È in farmacia che i cittadini abitualmente utilizzano la tessera sanitaria e infatti, nei quattro mesi in cui è stato attivato il canale "farmacie", quest'ultimo ha rappresentato il 46,40% delle attivazioni. Naturalmente, i punti di attivazione nelle farmacie non sostituiscono, ma si aggiungono a quelli già in funzione nelle aziende sanitarie.

Per ciò che riguarda invece la creazione del Fascicolo sanitario, questa è facoltativa e non esiste nessuna scadenza per effettuarla. Il Fse può essere creato anche successivamente all'atti-



Tutti i numeri della tessera

1,150 mln	cittadini con la carta (31%)
774 farmacie	che hanno aderito (70%)
534mila	cittadini che la utilizzano (46,4%)

vazione della Cse, collegandosi al sito web di Regione Toscana. L'accesso al Fse è facile e sicuro: il cittadino può accedere al proprio Fse in ogni momento collegandosi al sito web di Regione Toscana e utilizzando la propria carta, il codice Pin ricevuto al momento dell'attivazione e un lettore di smart card. In tal modo, può consultare i referti dei propri esami del sangue, le esenzioni per patologia, i ricoveri, gli accessi in pronto soccorso, la lista dei farmaci acquistati, ovvero documenti clinici inerenti al proprio stato di salute, messi a disposizione dalle aziende del Servizio sanitario regionale. I dati contenuti nel Fascicolo sono mantenuti protetti e riservati, nel pieno rispetto della privacy: solo il titolare può decidere di condividerli con il medico di famiglia o con altri professionisti per fornire loro informazioni utili per le necessità di diagnosi e cura.

L'attivazione della Cse renderà possibile ai cittadini anche l'accesso ai servizi on-line che verranno progressivamente resi disponibili entro il 2012: il ritiro dei referti, a partire dalle analisi del sangue, la visualizzazione del proprio taccuino vaccinale attraverso il Fse, la stampa dell'attestazione della propria posizione/fascia economica ai fini del pagamento del ticket.

In questo anno, coerentemente a quanto previsto dalle linee guida nazionali in materia di Fse, sarà inoltre sviluppata una sezione riservata al cittadino, il diario del cittadino, per offrirgli la possibilità di inserire dati e informazioni personali relativi al proprio stile di vita, archiviare referti di esami effettuati in strutture non convenzionate o precedentemente all'attivazione del Fse, un diario degli eventi più rilevanti della propria storia sanitaria, i farmaci presi più frequentemente. Questo consentirà di arricchire il Fse con ulteriori informazioni al fine di completare la descrizione del proprio stato di salute.

**Alessandra Morelli**  
Responsabile Progetti e Sviluppo servizi telematici in ambito socio-sanitario Regione Toscana

## INTESA TRA REGIONE E UNIVERSITÀ DI FIRENZE

### Prorogato il Laboratorio MeteoSalute

Rinnovata per un anno la collaborazione in tema di bioclimatologia

Il progetto Laboratorio MeteoSalute proseguirà ancora per un anno. La giunta ha deciso di rinnovare la collaborazione tra Regione e Centro interdepartimentale di Bioclimatologia dell'Università di Firenze, per dare alla popolazione informazioni in tempo reale sulle previsioni meteo e sulle possibili ripercussioni sulla salute, in particolare delle persone più fragili, come anziani e bambini. Sul sito del Laboratorio MeteoSalute si possono trovare le previsioni del tempo giorno per giorno e, per i successivi tre giorni, città per città, con le temperature minime e massime.

Gli "emoticon" (le faccine: rossa per calore molto intenso, blu per freddo molto intenso ecc.) indicano poi le condizioni di benessere o disagio termico in ciascun periodo della giornata (mattina-pomeriggio-sera), le conseguenze per dolori articolari e umore, le possibili condizioni critiche. Ancora, le indicazioni su come vestirsi, le previsioni dei pollini, i consigli su come difendersi sia dal freddo che dal caldo. Al sito può accedere chiunque, all'indirizzo <http://www.biometeo.it/>. In particolare, il sito è un utilissimo strumento per gli amministratori e per gli operatori sanitari, per programmare al meglio l'assistenza sia sul territorio (si veda il Progetto Sorveglianza attiva della persona anziana fragile) che negli ospedali.

## CONTROCANTO

### Un ruolo centrale per i medici di base

Alessandro Bussotti \*

Uno dei grandi problemi, se non il maggiore, della Sanità moderna è la complessità. La gestione della salute diventa sempre più difficile e costosa e richiede interventi che finiscono per complicare il quotidiano di operatori e cittadini. Inoltre, per la progressiva specializzazione degli operatori sanitari in ambiti sempre più ristretti, ormai nessun proble-

ma importante di salute può essere efficacemente affrontato da una sola figura professionale. E d'altra parte ciascun paziente presenta quasi sempre quadri clinici complessi, di cui fanno parte patologie e problemi diversi, quasi sempre ad andamento cronico e che, quindi, non si risolvono con un sin-

CONTINUA A PAG. 2

## LEGGI&DELIBERE

### Profilassi anti-Chagas in gravidanza

La Giunta in un documento dà indicazioni per l'assistenza in gravidanza riguardo alla prevenzione e al controllo della malattia di Chagas congenita. L'obiettivo è favorire l'offerta del test sierologico per malattia di Chagas alle donne latino-americane in gravidanza. Sarà così possibile identificare i portatori dell'infezione, poter controllare ed eventualmente trattare precocemente il bambino dopo la nascita e infine controllare ed eventualmente trattare la madre per eradicare l'infezione influenzando positivamente sulla salute materna e prevenire la trasmissione transplacentare in gravidanze future. (Delibera n. 489 del 04/06/2012)

### Gestione unitaria per il sistema 118

Per rendere omogenea la risposta dei sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 alla richiesta di soccorso su tutto il territorio regionale, la Giunta ha approvato il "Sistema Dispatch della Regione Toscana". Questo programma vuole ridurre la componente soggettiva e personale di interpretazione e di azione degli operatori di centrale, rilevare gli indicatori di priorità di riferimento utili per la corretta attribuzione del codice di criticità e definire, infine, i criteri di attivazione e gestione (quantitativi e qualitativi) delle risorse operative territoriali. (Delibera n. 506 del 11/06/2012)

## ALL'INTERNO

### Anziani più riabilitati

A PAG. 2

### Nuove regole per l'Ecm

DOCUMENTI A PAG. 4-5

### «Risc» tutela i minori fragili

A PAG. 6

**PROGETTI** Al via corsi di formazione per 1.198 operatori sanitari e penitenziari



# Cure in sicurezza nelle carceri

**Priorità a emergenze cardiache, chimiche e suicidi - Coinvolti anche i detenuti**

## Tutte le iniziative in una pagina web dedicata sul sito della Regione

Sul sito web della Regione Toscana da qualche giorno è stata aperta una pagina specificamente dedicata alla salute in carcere. La sezione, che sarà progressivamente implementata, ospita materiali su piani regionali, progetti, atti e normative che riguardano la Sanità penitenziaria. Questa nuova pagina web, curata dal settore Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale, potrà quindi diventare uno strumento di lavoro di facile consultazione per argomenti e atti che riguardano la Sanità in carcere. Sono così facilmente e velocemente disponibili on line informazioni sulla collaborazione tra Regione Toscana e ministero della Giustizia, e gli atti che sanciscono e specificano i termini dell'intesa per lo svolgi-

mento di attività congiunte nell'ambito carcerario o informazioni sul progetto Icam, iniziativa che interviene nell'ambito della custodia attenuata per detenute madri. Sono inoltre consultabili e scaricabili tutti gli atti che determinano il passaggio delle funzioni sanitarie dal ministero di Giustizia alle Regioni, le linee d'intervento prioritarie per il biennio 2011-2012 per la qualità della salute dei cittadini detenuti, la disciplina del servizio sanitario regionale, e il sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale. La pagina è visibile all'indirizzo [www.regione.toscana.it/salute/salute-in-carcere/index.html](http://www.regione.toscana.it/salute/salute-in-carcere/index.html).

R.T.

La Toscana è la prima Regione italiana che ha dato l'avvio al percorso formativo per gli operatori sanitari e penitenziari, che prevede anche corsi destinati agli stessi detenuti. Questa scelta è stata resa possibile in seguito al passaggio della Sanità penitenziaria dal ministero di Giustizia al Servizio sanitario nazionale. Il corso ha preso il via a maggio coinvolgendo 150 operatori - di cui 75 personale sanitario e 75 personale dell'amministrazione penitenziaria - ma è solo la prima edizione di cinque previste, organizzate per Area vasta tra aziende sanitarie e istituti penitenziari (una a Siena, due a Firenze e due a Pisa), che coinvolgeranno complessivamente 1.198 operatori.

I percorsi della formazione professionale riguardano quattro aree tematiche, per ciascuna delle quali sono coinvolti detenuti, personale sanitario che opera dentro il carcere, e personale penitenziario. Un modulo formativo riguarderà le tecniche di rianimazione cardio-respiratoria. Saranno realizzati corsi di base per gli operatori sanitari che lavorano a stretto contatto con i detenuti, in modo tale che siano in condizione di praticare manovre necessarie ad affrontare un'emergenza. Procedure mediche specializzate sono invece rivolte al personale che opera negli istituti, che sarà quindi in grado di gestire l'emergenza cardiaca con strumenti avanzati. Un secondo modulo prevede interventi formativi integrati su gestione del rischio chimico, biologico, fisico e in genere rischi derivanti dall'ambiente

in cui si opera, compresa la gestione del rischio suicidario. Un terzo modulo formativo è dedicato in particolare al sistema minorile, con lo scopo di migliorare la gestione della comunicazione, delle emergenze e dei rischi di autolesionismo e suicidio.

Un corso, destinato al solo personale sanitario, sulla gestione del rischio clinico, per l'identificazione e la prevenzione degli errori e degli eventi avversi in ambito sanitario, è organizzato dall'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi. La linea progettuale per la sicurezza alimentare è destinata invece ai detenuti: in particolare, il corso è rivolto a quei detenuti che effettuano la preparazione, somministrazione e distribuzione degli alimenti. Al termine del periodo formati-

vo, i detenuti riceveranno un attestato valido a tutti gli effetti, che costituisce una concreta attestazione di formazione professionale spendibile anche al di fuori del carcere.

Il piano di formazione è una delle scelte che rientrano nella linea adottata dalla Regione che, anche con l'inserimento di un percorso per lo sviluppo continuo della salute in carcere - una qualificazione di chi opera e di chi vive la propria esistenza all'interno degli istituti penitenziari, perché il livello di salute migliori costantemente - in questi ultimi anni ha messo in campo numerose iniziative perché ai detenuti siano garantiti gli stessi servizi e lo stesso livello di salute dei cittadini liberi.

Sono diverse infatti le azioni porta-

te avanti dalla Regione. Nel biennio 2011-2012 sono state approvate le Linee d'intervento prioritarie finalizzate alla qualità della salute dei cittadini detenuti. Gli interventi previsti - da realizzare con la collaborazione tra Regione, Asl, Centro giustizia minorile, Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, volontariato organizzato e terzo settore - riguardano iniziative specifiche per la salute dei minori, la definizione di procedure per individuare con tempestività i bisogni dei detenuti, garantire il monitoraggio e la sorveglianza dei segnali indicatori del rischio di suicidio, lo sviluppo dell'assistenza psicologica e l'intervento del Centro di gestione rischio clinico regionale anche all'interno del carcere, per appro-

fondire gli eventi avversi che si verificano nelle strutture sanitarie delle carceri e individuare eventuali azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti.

E ancora, la formazione professionale diretta al personale sanitario, penitenziario e ai detenuti, l'introduzione della Carta dei servizi sanitari (adottata in tutte le aziende sanitarie) anche dentro il carcere, l'adozione della "Sanità d'iniziativa" anche negli istituti penitenziari, l'adozione della telemedicina, interventi di igiene ambientale per la sanificazione dei letti e di messa a norma degli impianti dei locali sanitari, e il monitoraggio del Laboratorio management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa che valuterà anche la capacità del servizio sanitario toscano di erogare servizi appropriati, in linea con i bisogni della popolazione penitenziaria; la riorganizzazione del Centro clinico - Centro diagnostico terapeutico di Pisa.

Per la salute dei minori, sono già state attivate le azioni del percorso integrato di interventi appropriati ai bisogni assistenziali dei soggetti minori sottoposti a procedimento penale. Per l'attuazione di questi interventi, la Regione ha destinato per il biennio 2011-2012 la somma di 800mila euro. Le linee di intervento sono state inserite anche nel nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015.

Lucia Zambelli  
Agenzia Toscana Notizie

## IL CASO DEL CENTRO CLINICO DELL'ISTITUTO PENITENZIARIO DON BOSCO

### Pisa sperimenta la telemedicina d'urgenza

L'assistenza sanitaria all'interno del carcere Don Bosco di Pisa sarà sempre più simile a quella prestata in Ospedale. Grazie al progetto presentato dall'Azienda sanitaria locale pisana, finanziato con 35mila euro dalla Regione, si punta a migliorare la qualità della degenza e dell'assistenza, ad aumentare il numero di ricoveri e interventi chirurgici, ridurre i tempi di ricovero e migliorare il turnover sui posti-letto.

Il progetto prevede la riorganizzazione delle stanze di degenza per acuti; la creazione di una decharge

room di 17 posti-letto per i pazienti dimessi in attesa di traduzione; la sostituzione della Tac attuale con quella del pronto soccorso di Pontedera; l'installazione della nuova colonna laparoscopica per gli interventi chirurgici; l'informatizzazione del sistema di accettazione dei pazienti; l'attivazione del Ris-pacs (il sistema digitalizzato di trasmissione degli esami radiografici) per la radiologia tradizionale; la distribuzione della nuova Carta dei servi-

zi a tutti i detenuti ricoverati nel Centro clinico; la sperimentazione di un sistema di telemedicina per le urgenze cardiologiche.

Il nuovo assetto prevede 32 posti-letto per la sezione maschile e 7 per quella femminile, più 17 posti-letto nella decharge room, una zona a bassa assistenza sanitaria dove possano essere ospitati i pazienti già dimessi. Il Centro clinico del carcere Don Bosco è in grado di effettuare interventi di chirurgia am-

bulatoriale e day surgery nelle branche specialistiche di chirurgia generale, otorinolaringoiatria, urologia, ortopedia.

Il progetto organizzativo del Centro clinico ha quindi il preciso obiettivo di garantire i bisogni sanitari dei detenuti secondo i criteri di efficienza ed efficacia che caratterizzano le moderne strutture ospedaliere, pur tenendo inevitabilmente conto dell'ambito penitenziario nel quale è inserito. La struttura del Centro

supera una logica e una competenza limitate al territorio regionale: il Centro effettua prestazioni specialistiche che garantiscono i bisogni assistenziali della popolazione carceraria proveniente dall'intero territorio nazionale. Un lavoro che ha già ricevuto l'apprezzamento del ministero della Giustizia, tanto che il Centro clinico del carcere Don Bosco è stato individuato in sede di Conferenza Stato-Regioni tra i Centri diagnostico-terapeutici definiti "necessari e insopprimibili".

Roberto Tatulli

## CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

golo intervento ma richiedono una vera continuità di cura fra i vari livelli di trattamento, a maggiore o minore intensità.

Ecco quindi che diventa cruciale la circolazione delle informazioni fra i professionisti che partecipano alla cura, senza dimenticare dell'importanza che lo stesso cittadino sia messo al corrente della propria situazione in modo che possa prendere decisioni e collaborare fattivamente al mantenimento della propria salute. D'altra parte c'è ormai un unanime consenso che solo in questo modo possano essere efficacemente affrontate le malattie croniche.

La Cse facilita tutto questo, oltre a consentire di non ripetere inutilmente esami già fatti e collaborare a impedire molti interven-

ti inutili o addirittura dannosi, spesso frutto di decisioni prese individualmente, per esempio facendo riferimento alla cosiddetta medicina difensiva e alla difficoltà di informare il paziente e la famiglia in modo serio e con tempi adeguati. Basti pensare alla diffusione dell'alimentazione artificiale in molti casi in cui dati chiari di letteratura pongono una scarsa indicazione o addirittura una controindicazione.

Certo le informazioni, per essere utilizzabili, devono essere fornite in modo adeguato: una parte fondamentale del Fse è costituita dal cosiddetto "patient summary", una sorta di riassunto che mette immediatamente in evidenza, fra l'altro, i problemi importanti e le terapie continuative di

ciascun paziente. E, visto che il medico di medicina generale è l'unica figura professionale in possesso di queste informazioni, risulta centrale la sua collaborazione.

Quindi una buona registrazione e organizzazione delle informazioni potrà essere raggiunta solo dalla collaborazione di figure professionali diverse: solo un team di Mmg che lavorino con infermieri e che si avvalgano di personale di segreteria potrà probabilmente arrivare a fornire facilmente un patient summary adeguato. Questo è del resto ciò che risulta dai dati disponibili dall'esperienza della Sanità di iniziativa.

\* Mmg, Agenzia Continuità Assistenziale, Aou di Careggi

## Il target 2015 ... (segue dalla prima pagina)

cartelle cliniche ecc., attraverso il Fse. In accordo con le finalità del fascicolo, ovvero migliorare la qualità dell'assistenza, della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione e semplificare l'esercizio del diritto alla salute da parte dell'interessato, si prevede l'ampliamento dei contenuti sanitari e socio-sanitari pubblicati al suo interno. Per favorirne l'utilizzo da parte dei cittadini il servizio di attivazione è stato ampliato rendendolo disponibile, oltre che presso le aziende sanitarie, anche presso le farmacie territoriali e sono in via di valutazione forme di collaborazione con ulteriori soggetti.

Per ridurre "il divario digitale" esistente tra i cittadini e garantire accessibilità e facilità d'uso, verranno inoltre ampliati i punti e gli strumenti di accesso al Fse e agli ulte-

riori servizi on-line che saranno attivati. È prevista anche la diffusione di totem e di punti di consultazione all'interno delle aziende sanitarie e presso punti di accesso assistito ai servizi, anche con il supporto degli operatori del servizio civile. Inoltre è in programma l'attivazione di ulteriori servizi on-line a cui accedere attraverso la Carta, in modo che questa divenga veramente la chiave di accesso sicuro a tutti i servizi on-line non solo in ambito sanitario e sociale, ma più in generale nel rapporto del cittadino con il servizio pubblico regionale.

\* Resp.le Settore Sistema informativo e tecnologie informatiche  
Direzione generale  
Diritti di cittadinanza e coesione sociale  
Regione Toscana

**SSR AI RAGGI X** Studio dell'Ars sui percorsi riabilitativi territoriali per l'età avanzata

# Anziani, più riabilitazione



Ictus e fratture di femore, recupero entro 28 giorni - Fase cronica in calo

**È** in aumento negli ultimi anni in Toscana l'accesso ai servizi riabilitativi da parte degli anziani colpiti da ictus o frattura di femore.

Lo afferma lo studio dell'Ars Toscana che ha monitorato i percorsi riabilitativi territoriali: i risultati sono raccolti nella pubblicazione Ars "Gli anziani in Toscana con ictus e frattura di femore", scaricabile dal sito dell'Agenzia all'indirizzo [www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it).

Ictus e frattura di femore sono le due principali cause di disabilità catastrofica nella popolazione anziana. Nel 2008 i ricoveri per ictus tra gli anziani toscani sono stati 8.262 (3.773 uomini e 4.489 donne), circa 9,3 ogni 1.000 ultra64enni residenti. Mediamente le giornate di degenza sono state 10,3 e nel 18,6% dei casi il ricovero si è concluso con il decesso del paziente. Nello stesso anno gli anziani ricoverati per frattura di femore sono stati 7.027 (1.551 uomini e 5.476 donne), circa 7,8 ogni 1.000 ultra64enni residenti in Toscana. Nel 93% dei casi la frattura ha riguardato il collo del femore, l'85% degli uomini e l'88% delle donne ospedalizzati sono stati operati. La degenza media del ricovero è stata di circa 13 giorni e il 3,1% dei ricoveri si è concluso con un decesso. I dati più recenti, relativi al triennio

2007-2010, mostrano che il 30% degli anziani dimessi per ictus e il 46% dei dimessi per frattura di femore accedono a un percorso di riabilitazione entro i 28 giorni dalla dimissione ospedaliera.

Questi risultati non si discostano molto dalle stime di eleggibilità a percorso riabilitativo disponibili in letteratura, che individuano la quota di anziani colpiti da evento acuto che potrebbero trarre beneficio dalla prestazione di riabilitazione.

Per entrambi gli eventi acuti il regime più frequente è quello ospedaliero, al quale, così come per la lungodegenza, si accede già entro la prima settimana dalla dimissione. La percentuale di riabilitati tra i dimessi per ictus diminuisce con l'età e si sposta maggiormente verso il regime domiciliare o lungodegenza. Tra i dimessi per frattura di femore i più riabilitati sono gli anziani tra i 75 e gli 84 anni o coloro che hanno subito un intervento di protesisi.

Lo studio ha evidenziato anche eventuali modifiche introdotte dalla delibera regionale 595/2005 (Percorso assistenziale per le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione). Per ogni patologia acuta sono stati arruolati anziani ultra64enni residenti in Toscana, dimessi vivi per la patologia in esame,



prima (anni 2003-2005) e dopo (anni 2007-2010) l'entrata in vigore della DR595/2005. Gli anziani sono stati seguiti per i 18 mesi seguenti alla dimissione, salvo decesso o nuovo ricovero ospedaliero in reparti per acuti in grado di compromettere il percorso di riabilitazione in atto.

In base ai dati raccolti dallo studio, il sistema regionale sembra recepire le indicazioni contenute nella Dgr 595/2005, che si traducono principalmente nella diminuzione del ricorso a prestazioni di medicina fisica ambulatoriali nella fase cronica (cioè dopo i 7 mesi dalla dimissione per ictus o frattura di femore), probabilmente grazie anche alla diffusione dei corsi di attività fisica adattata.

In generale è stata rilevata una notevole variabilità tra le Asl toscane, sia per quanto riguarda l'accessibilità al percorso riabilitativo che la tipologia di percorso (ambulatoriale, ospedaliero, lungodegenza, domiciliare, residenziale, extra-ospedaliero). Non è stato ancora possibile, in questa fase, appurare con certezza se queste differenze siano dovute esclusivamente a una diversa organizzazione territoriale nel governo domanda/offerta o se invece sussistano ancora problematiche strutturali che influiscono sulla completezza dei dati inviati ai flussi informativi sanitari. In alcune aziende infatti sono stati rilevati andamenti anomali nell'alimentazione del flusso regionale dei percorsi riabilitativi e in quello dei per-

corsi assistenziali specialistici (quest'ultimo attivo dall'anno 2006), che potrebbero indurre a ipotizzare un problema di rilevazione e invio del dato verso la Regione.

Venendo più nel dettaglio alle modifiche introdotte dalla delibera regionale, in generale è stato rilevato un aumento della percentuale di riabilitati durante la fase acuta (primi 3 mesi dalla dimissione ospedaliera). Per l'ictus i riabilitati entro 28 giorni passano dal 26% (triennio 2003-2005) al 30%. Tra gli anziani con frattura di femore invece, dal 41% del periodo 2003-2005, la percentuale di riabilitati sale al 46% nel triennio seguente all'introduzione della delibera.

Coerentemente con le indicazioni regionali, tende a scomparire il ricorso al percorso assistenziale specialistico di medicina fisica durante la fase cronica, cioè oltre il settimo mese dalla dimissione ospedaliera. Questo genera una generale diminuzione della percentuale di riabilitati durante la fase cronica: dal 15% (triennio 2003-2005) all'11% (triennio 2007-2010) per quanto riguarda gli anziani colpiti da ictus, dal 10% al 6% per coloro che hanno avuto una frattura di femore.

Il lavoro dell'Ars nell'ambito del monitoraggio dei percorsi

di riabilitazione per ictus e frattura di femore, a supporto della Giunta e del Consiglio regionale, continua. Per ottenere una fotografia dell'intera offerta riabilitativa regionale e una completa valutazione dell'aderenza del modello alle indicazioni regionali rimangono ancora da approfondire alcuni regimi di riabilitazione a carattere socio-assistenziale, come a esempio l'attività fisica adattata o le cure intermedie, per le quali a oggi non esistono fonti informative sistematiche. Inoltre, gli stessi operatori delle Asl hanno evidenziato la necessità di misurare l'incidenza dell'attività di riabilitazione svolta in regime di Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) o di Adi (Assistenza domiciliare integrata). Questo sarà invece possibile a breve, grazie all'introduzione di un nuovo flusso sanitario regionale (a regime da gennaio 2012) che ha come oggetto di rilevazione le prese in carico e le prestazioni erogate in Rsa o Adi dalle Asl toscane.

**Paolo Francesconi**  
Dirigente Ars Toscana  
**Francesco Profili**  
Funzionario di ricerca Ars Toscana  
**Marco Tagliaferri**  
Funzionario Regione Toscana,  
Dg Diritti di cittadinanza  
e coesione sociale

DALLO STUDIO AIFA-BEST ALLA PRATICA CLINICA: APPUNTAMENTO A GIUGNO

## Osteoporosi, focus su epidemiologia e prevenzione

**L'**osteoporosi rappresenta uno dei maggiori problemi per la salute sia italiana che europea e in Italia ne sono affetti il 23% delle donne ultra 40enni e il 14% degli uomini ultra 60enni. Per combatterla in modo sempre più efficace è necessaria un'attenta strategia di prevenzione, che deve cominciare fin dall'adolescenza, con una corretta prevenzione. L'aspetto fondamentale della prevenzione è emerso con forza anche in occasione del recente convegno "La gestione del paziente osteoporotico: dai risultati dello studio Aifa-Best alla pratica clinica", organizzato dall'Ars Toscana a Firenze.

Prendendo spunto dallo studio Best, progetto finanziato dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) per valutare il profilo beneficio-rischio dei bifosfonati (una fra le più diffuse classi di farmaci per l'osteoporosi), il convegno dell'Ars è stato un momento di discussione su vari aspetti: le strategie di prevenzione; l'appropriatezza, l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici per l'osteoporosi; il costo sociale ed economico dell'osteoporosi e delle sue complicanze. Sono state inoltre affrontate in modo approfondito le problematiche di gestione clinica dei pazienti ad alto rischio di fratture.

Le implicazioni non solo sanitarie, ma anche socio-economiche, delle fratture osteoporotiche sono infatti importanti: tra i soggetti anziani le fratture sono una delle cause principali di mortalità, portano a una riduzione del livello di autosufficienza e richiedono spesso un ricovero a lungo termine, con costi molto elevati per il sistema sanitario nazionale. I dati italiani sulle fratture da fragilità fanno riflettere sia in termini di incidenza che di costi correlati: basti citare che in Italia ben il 50% delle donne e il 12,5% degli uomini di età maggiore di 50 anni riportano almeno una frattura da fragilità nel corso della propria vita. Per quanto riguarda la Toscana, nel 2011 si sono



registrati 13.784 ricoveri per fratture riconducibili verosimilmente a osteoporosi, con una stima approssimativa di incidenza pari a 4 su 1.000 residenti. In meno di 10 anni (2000-2008), si sono verificate in Italia oltre mezzo milione di fratture femorali negli anziani, responsabili di circa 800mila ricoveri e con costi diretti totali per il Sistema sanitario nazionale pari a circa 8,5 miliardi di euro. E a livello europeo, invece, l'ammontare globale annuo per la cura di questa patologia si attesta a 36 miliardi di euro. E la situazione non è certo destinata a migliorare a causa dell'invecchiamento generalizzato della popolazione: si stima che nel 2020 le donne italiane affette da osteoporosi saranno circa 4,7 milioni e che nel 2050 l'osteoporosi costerà all'Europa 76,7 miliardi all'anno. Pertanto, l'orientamento - anche a livello internazionale - è quello di cercare di trattare l'osteoporosi in tempo per ridurre il rischio di frattura, piuttosto che dover poi curare e riabilitare le fratture stesse. In questo ambito, il convegno Ars ha approfondito alcuni aspetti stra-

tegici quali le strategie più efficienti per identificare i pazienti a rischio di frattura, il management clinico dei pazienti a rischio di frattura e l'importanza delle banche dati per monitorare in modo efficace i pazienti affetti da osteoporosi.

Ma quali sono le strategie più efficienti per identificare i pazienti a rischio di frattura e quali trattamenti risultano più efficaci? La densitometria ossea a doppia emissione di raggi X (Dexa) è attualmente la metodologia usata per la diagnosi e il trattamento farmacologico preventivo dell'osteoporosi. Nel 2011 sono stati oltre 50mila i cittadini toscani a sottoporsi a questa tecnica d'indagine che, tuttavia, non risulta adeguata come strumento di screening: è infatti uno strumento d'indagine poco sensibile, con un basso rapporto costo-efficacia. Negli ultimi dieci anni si sono quindi moltiplicate le ricerche per identificare fattori diversi dalla Dmo, ma comunque in grado di predire il rischio di fratture, come la storia personale di fratture, la familiarità di frattura dell'anca, il fumo, l'uso di cortisone, un ecces-

so di alcool, una drastica riduzione del peso corporeo e la presenza di artrite reumatoide.

Riguardo ai trattamenti da mettere in atto contro l'osteoporosi, le indicazioni emerse anche durante il convegno Ars sono quelle di sottoporre a terapia farmacologica solo i pazienti ad alto rischio frattura, gli unici per i quali abbiamo fra l'altro un'adeguata documentazione di efficacia. Questi farmaci non sono infatti esenti da rischi: la ricerca più recente ha infatti confermato che un loro uso prolungato aumenta il rischio di sviluppare una rara forma di necrosi della mandibola e anche un'eccessiva mineralizzazione delle ossa, con conseguente rischio di fratture definite atipiche. Ulteriori ricerche stanno indagando i potenziali effetti anche a carico dell'apparato cardiovascolare e gastrointestinale. Pertanto, sebbene il rischio sia piuttosto basso, è importante per i medici sapere che esiste e orientarsi per un intervento farmacologico solo se la riduzione del rischio di frattura è prevalente rispetto ai potenziali effetti collaterali della terapia. Non hanno invece controindicazioni, e sono dunque da raccomandare a chiunque, i provvedimenti non farmacologici: cioè un adeguato apporto di calcio e vitamina D tramite la dieta o anche una moderata attività fisica. Occorre inoltre cercare di eliminare i fattori di rischio già citati: fumo, alcool, eccessiva riduzione di peso e uso eccessivo di cortisone.

In ogni caso, anche per l'osteoporosi è fondamentale affidarsi a uno specialista e rispettare la terapia prescritta sia per migliorare il proprio stato di salute che per ridurre i costi sanitari correlati.

**Giampiero Mazzaglia**  
Collaboratore  
Agenzia regionale di Sanità  
Ars Toscana

**DOCUMENTI** *Recepito l'Accordo Stato-Regioni sull'educazione medica continua - In pista nuove regole per l'accreditamento dei provider*



# Rivoluzione Ecm: ecco le linee guida regionali

Tra le aree prioritarie intensità di cura, emergenza e materno-infantile - Stanziati 400 milioni l'anno fino al 2014

**IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO**

**P**ubblichiamo la delibera n. 599 /2012 approvata il 10 luglio dalla Giunta, con cui è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile in materia di Ecm per il 2012-2015. Il provvedimento definisce anche l'organizzazione del Formas, il Laboratorio regionale per la formazione sanitaria.

**LA GIUNTA REGIONALE**

**DELIBERA**

1. di approvare l'allegato A "Recepimento Accordo Stato-Regioni 19/04/2012: la formazione Ecm 2012-2015" parte integrante e sostanziale della presente delibera;

2. di approvare l'allegato B "La governance del Formas", parte integrante e sostanziale della presente delibera;

3. di assegnare la somma di euro 400.000,00 per ciascuna delle annualità del bilancio pluriennale 2012-2014, da prenotarsi sul capitolo 24009 "Formazione continua del personale dipendente del servizio sanitario" a favore dell'Aou Careggi, all'interno della quale è incaricato il Formas, per garantire la realizzazione di percorsi formativi regionali, come indicato nell'allegato A del presente atto, secondo la seguente articolazione:

- Euro 400.000,00 sul bilancio 2012;
- Euro 400.000,00 sul bilancio pluriennale vigente 2012-2014, annualità 2013;
- Euro 400.000,00 sul bilancio pluriennale vigente 2012-2014, annualità 2014.

4. di dare atto che l'efficacia delle prenotazioni assunte sulle annualità 2013 e 2014 è subordinata alla definitiva approvazione Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 da parte del Consiglio regionale;

5. di dare indicazione alle Aziende sanitarie toscane di contenere al massimo il ricorso alla formazione esterna intendendo sia il ricorso alla docenza esterna al Ssr, sia la partecipazione del personale alle iniziative formative non organizzate dalle Aziende sanitarie toscane e di concentrare invece le risorse disponibili sulla formazione obbligatoria

collettiva che garantisce coerenza ai valori guida dell'Sst come indicato nella nota dell'Assessore al Diritto alla Salute del 20 febbraio 2012 prot. n. AOO-GRT/0050622/A.90.10;

6. di dare mandato alla Direzione generale di stipulare accordi e convenzioni con Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) al fine di garantire l'invio dal parte dei provider regionali dei dati dell'anagrafe formativa;

7. di dare mandato alla Direzione generale di mantenere con Ars (Agenzia regionale Sanità) il rapporto di collaborazione sull'accreditamento dei provider, già avviato;

**ALLEGATO A**

**Recepimento Accordo Stato-Regioni 19/04/2012: la formazione Ecm 2012-2015**

**Premessa**

Il 19 aprile 2012 è stato approvato l'Accordo Stato-Regioni n. 101 sull'Ecm, "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti".

L'approvazione di questo atto fondamentale e l'evoluzione della formazione continua in questi anni rendono necessario un atto regionale che affronti i nodi centrali dell'Ecm, sia per rappresentare le trasformazioni avvenute, sia per dare omogeneità al sistema toscano con il contesto nazionale sia, ovviamente, per avviare quei cambiamenti che possano permettere al sistema di sostenere le sfide future.

**Linee di indirizzo**

Nell'Accordo vengono individuate 7 aree tematiche e 29 obiettivi formativi che si devono armonizzare nel dossier formativo di ogni operatore e che sono tradotti e declinati sulla realtà regionale. Le 7 aree tematiche, che si propongono di migliorare i sistemi sanitari nel loro complesso, sono riferite a tutti gli operatori sanitari e fanno riferimento a:

- il soddisfacimento dei bisogni formativi nel campo specifico delle proprie conoscenze e competenze tecnico-professionali relative alle attività svolte;
- la capacità di collaborazione e integrazione tra strutture, tra attività e tra professionisti;
- il trasferimento nelle pratiche preventive e clinico-assistenziali, delle conoscenze e delle innovazioni tecnico-scientifiche, organizzative e gestionali, con le relative valutazioni di impatto;
- la cultura e la pratica della sistematica valutazione della qualità dei processi, degli esiti, della qualità percepita delle attività rese attraverso programmi educativi finalizzati a un uso esperto delle tecniche di *audit*, di revisione tra pari, di seminari di autovalutazione dando così impulso al circuito del miglioramento continuo;
- la sistematica attività di diffusione dei principi, degli strumenti e delle procedure idonee ed efficaci al radicamento delle buone pratiche professionali in particolare l'adesione, l'adattamento, l'applicazione e la valutazione di impatto di linee guida, raccomandazioni, proto-

colli diagnostico-terapeutici, percorsi di cura e assistenza;

- la cultura della sicurezza delle cure attraverso programmi di formazione per la prevenzione, la rilevazione e la gestione degli errori nei sistemi e nelle procedure tecnico-professionali;

- la cultura dei valori etici e civili del nostro sistema di tutela della salute, in particolare la centralità del cittadino-paziente nei servizi perseguendo gli obiettivi di una comunicazione efficace per una migliore gestione del consenso informato e delle plurime relazioni interprofessionali, di umanizzazione dei luoghi, dei processi e delle relazioni di cura, di utilizzo efficace, efficiente (*management*) e appropriato delle risorse, anche attraverso una sistematica attività di informazione e formazione sui codici deontologici professionali.

Vengono poi confermati gli obiettivi che erano nell'Accordo Stato-Regioni n. 192 del 2009 e si rimarca quale siano, fra questi, gli ambiti di particolare rilievo per Ssn e Ssr:

- umanizzazione delle cure, nell'ambito del quale viene sottolineato il trattamento del dolore acuto e cronico;
- qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali, nell'ambito del quale vengono sottolineati l'applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence base practice, l'appropriatezza delle prestazioni nei Lea, i sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia e gli aspetti relazionali;
- contenuti tecnico-professionali specifici di ciascuna professione.

**I percorsi formativi dovranno stimolare l'integrazione**

Aree tematiche e obiettivi racchiudono, in maniera sintetica, ciò che serve per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza delle prestazioni del sistema sanitario.

In quest'ottica gli operatori sono al centro dei sistemi sanitari con le loro competenze e le relazioni fra di loro e verso i pazienti; la gestione delle risorse umane si articola in modo da superare la spendibilità dell'operatore all'interno della singola struttura per valorizzarlo all'interno del percorso del paziente con mobilità fra ospedale e territorio.

La multidisciplinarietà diventa un elemento caratterizzante dei modelli ospedalieri in modo da assicurare una risposta adeguata alla polipatologia, affermando il principio dell'integrazione funzionale delle competenze sia nel ricovero che nelle attività ambulatoriali, così come nel rapporto territorio-ospedale-territorio.

È importante quindi sviluppare nuove interazioni interprofessionali con modelli e contenuti che formino al sistema competenze in grado di promuovere autonomia e responsabilità. Partendo dall'esperienza delle emergenze urgenti, si prefigura la possibilità di organizzare percorsi formativi regionali per sviluppare competenze specifiche in determinate aree e per certi profili professionali.

zione che potrà avvalersi a questo scopo di specifici gruppi di lavoro.

La formazione deve pertanto offrire la possibilità di dialogare sui problemi e sulle soluzioni, in modo che gli operatori coinvolti in specifici percorsi socio-assistenziali possano confrontarsi sul percorso del paziente nel territorio, in ospedale e verso altre strutture.

In quest'ottica la formazione è uno strumento importante per condividere percorsi socio-assistenziali all'interno dell'ospedale e fra ospedale e territorio, per condividere un linguaggio comune fra équipe multidisciplinari e per acquisire modalità di lavoro in équipe.

Di seguito alcuni esempi dello sviluppo di ambiti nei quali la formazione avrà un ruolo centrale nei prossimi anni. *Sanità d'Iniziativa*

Il progetto di Sanità di iniziativa basata sull'*expanded chronic care model* avvia le Aziende sanitarie toscane ha già raggiunto, nelle fasi di espansione progressivamente avviate, il 30% della popolazione, con l'obiettivo di incrementare fino al 40% la copertura nell'anno 2012.

Elemento vincente e prioritario è sicuramente rappresentato dall'équipe assistenziale, formata dai medici di medicina generale, infermieri e operatori socio-sanitari assegnati al modulo, oltre alle figure specialistiche e sanitarie di supporto. L'integrazione professionale e organizzativa è un requisito indispensabile che va ricercato con il confronto continuo e con la formazione. Per questo motivo è necessario destinare progetti formativi ai percorsi assistenziali contestualizzati nelle Aziende, allo sviluppo delle relazioni professionali all'interno dell'équipe, all'implementazione dell'utilizzo della telemedicina e delle tecnologie

sanitarie. Un accento particolare va posto sull'opportunità di valorizzare percorsi formativi interdisciplinari. *Intensità di cura*

Il processo di innovazione organizzativa avviato dalla Regione Toscana per la ricerca delle rimodulazioni e degli adeguamenti organizzativi in grado di rispondere all'evoluzione delle esigenze di salute dei cittadini, già avviato dal Piano sanitario regionale 2008-2010, necessita di essere proseguito e perfezionato in un'ottica di miglioramento organizzativo continuo.

Le Aziende sanitarie sono impegnate nel cambiamento del modello organizzativo finalizzato all'erogazione in ambito ospedaliero di prestazioni sempre più riconducibili ad un'alta complessità tecnologica e organizzativa, modulate in relazione al bisogno del paziente.

Il cambiamento che si intende realizzare con il modello definito "per intensità di cura" prevede che l'assetto organizzativo di tipo tradizionale basato su articolazioni organizzative strutturalmente e funzionalmente chiuse costruite intorno alle singole discipline, dovrà sempre più trasformarsi in un coordinamento tra professionisti di diverse discipline con conseguente allineamento tra servizi e *setting* assistenziali, allo scopo di garantire continuità delle cure nei diversi livelli di intensità e complessità.

Il processo di innovazione organizzativa avviato dagli Accordi Stato-Regioni 168/2007 e 192/2009 e n. 101/2012 e dalla Lr 40/2005.

In questi anni gli Accordi Stato-Regioni hanno trasformato ruoli e compiti dei soggetti che intervengono nella formazione continua, a cominciare dal passaggio dall'accreditamento degli eventi formativi all'accreditamento dei provider, che configura un ruolo della Regione sempre più come soggetto accreditante e garante del sistema e sempre meno come realizzatore diretto di percorsi formativi.

In relazione a ciò la Regione Toscana con Dgr 643/2008 ha ridisegnato il sistema toscano di Educazione continua in Medicina, che a oggi è opportuno implementare sia sulla base delle trasformazioni determinate dalla normativa nazionale, sia sulla base degli sviluppi del sistema toscano.

La scelta di queste figure dovrà avvenire individuando persone in possesso di caratteristiche personali adeguate, con spiccati tratti di personalità che assicurino la capacità di ascolto, l'atteggiamento negoziale e non prescrittivo, la sensibilità nelle relazioni e la capacità di lavorare in gruppo.

La formazione regionale ha il compito di assicurare lo sviluppo delle competenze per garantire il cambiamento. Il percorso formativo regionale, che prende avvio dalle logiche che ispirano il modello organizzativo per intensità di cure, dovrà svilupparsi su aspetti metodologici specifici in un raccordo costante con le esigenze emergenti a livello aziendale, per fornire, attraverso percorsi formativi coerenti, risposte efficaci ai bisogni professionali rilevati.

**Emergenza-urgenza**

La Regione Toscana ha disegnato il sistema di See and Treat come evoluzione del modello di triage, prefigurando competenze specifiche dell'infermiere soprattutto nella fascia assistenziale a bassa intensità, dapprima con una sperimentazione in alcune Aziende poi estesa a tutti i pronto soccorso della Toscana.

**Materno-infantile**

Si prevede una riorganizzazione orientata a una forte integrazione fra strutture pediatriche e neonatologiche nell'ambito di ciascuna Area vasta, a favorire le intese fra le strutture di pediatria degli ospedali e i pediatri di famiglia per garantire appropriatezza del flusso di pazienti che si rivolge ai pronto soccorso, a garantire la continuità assistenziale e a potenziare le cure domiciliari pediatriche.

Nell'ambito materno-infantile la formazione sarà orientata a garantire l'appropriatezza dei percorsi di presa in carico per favorire l'equità di accesso e la qualità dell'assistenza con particolare riferimento alle aree della procreazione

Il percorso di innovazione organizzativa avviato negli ultimi anni, che è stato

(continua a pagina 5)

**CONTRIBUTI**

# Alle farmacie disagiate 300 milioni di «aiuti»: i requisiti per ottenerli

Il finanziamento massimo è di 12mila euro - Domande entro settembre

**P**ubblichiamo la delibera n. 600/2012, approvata dalla Giunta il 10 luglio scorso, che disciplina i requisiti, i criteri e le modalità per ottenere i contributi destinati nel 2012 alle farmacie disagiate ubicate nella Regione.

**LA GIUNTA REGIONALE**

Vista la Lr del 12/07/2004, n. 37 che all'art. 6 prevede l'intervento finanziario della Regione a favore delle farmacie disagiate attraverso la concessione di un contributo annuale;

Visto l'art. 7 della Legge 362/91, così come modificato dal Dl 223/2006, che prevede la possibilità per le società di persone di essere titolare dell'esercizio di non più di quattro farmacie ubicate nella provincia dove ha sede legale;

Rilevata la necessità di garantire una distribuzione sempre più capillare delle farmacie aperte al pubblico;

Ritenuto necessario ridefinire e approvare per l'anno 2012 requisiti, criteri e modalità per la concessione del contributo contenuti nell'allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, alla luce di quanto previsto dall'art. 7 della legge 362/91, così come modificato dal Dl 223/2006;

Ritenuto di destinare per l'anno 2012 la somma di euro 300.000,00 quale importo massimo per la concessione del contributo;

Vista la Lr n. 67 del 27/12/2011 "Bilancio di Previsione per l'anno finanziario 2012" e Bilancio pluriennale 2012/2014;

Vista la Dgr n. 2 del 9/01/2012 con la quale la Giunta regionale ha approvato il bilancio gestionale 2012 e pluriennale 2012/2014;

A voti unanimi

**DELIBERA**

1. di approvare l'allegato A, come parte integrante e sostanziale del presente atto, nel quale sono definiti i requisiti, i criteri e le modalità previsti per l'anno 2012 per la concessione del contributo a favore delle farmacie disagiate della Regione Toscana;

2. di incaricare la competente struttura della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale della predisposizione della modulistica da utilizzare dai titolari delle farmacie per la presentazione della domanda;

3. di prenotare la somma pari a euro 270.000,00 per l'anno 2012 sul capitolo n. 26046 (Codice gestionale 162301) e la somma pari a euro 30.000,00 sul capitolo n. 26157 (Codice gestionale 153500) sul bilancio di previsione 2012, che presentano la necessaria disponibilità, a favore delle farmacie pubbliche e private ubicate nella Regione Toscana e in possesso dei requisiti previsti nell'allegato A per la concessione del suddetto contributo.

**ALLEGATO A**

**Contributo annuale a favore delle farmacie disagiate della Regione Toscana (Lr 37/2004 art. 6)**

L'art. 6 della Lr del 12/07/2004 n. 37 prevede l'intervento finanziario della Regione a favore delle farmacie disagiate con un contributo annuale.

Il contributo, in considerazione della continua dequalificazione delle zone più disagiate che può creare gravi problemi di carattere economico alle farmacie e mettere in discussione la continuità dell'esercizio farmaceutico, è finalizzato a garantire la capillarità dell'assistenza farmaceutica territoriale.

cie e mettere in discussione la continuità dell'esercizio farmaceutico, è finalizzato a garantire la capillarità dell'assistenza farmaceutica territoriale.

**A. Importo del contributo**

1. La Regione Toscana mette a disposizione per ogni anno solare un contributo che per l'anno 2012 è pari a euro 300.000 (trecentomilaeuro) a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione.

2. Tale contributo è concesso fino all'esaurimento della suddetta somma stanziata annualmente, nel rispetto del comma 6 dell'art. 6 della Lr 37/04.

3. Per le farmacie pubbliche e private che hanno iniziato l'attività nel corso dell'anno 2011, previa verifica dei requisiti di accesso, l'eventuale contributo concesso sarà ricalcolato su base mensile.

**B. Requisiti per accedere al contributo**

1. Il contributo è concesso a favore delle farmacie pubbliche e private che nel corso dell'anno 2011 hanno fatto registrare un volume d'affari ai fini Iva non superiore ai 329.000,00 euro (trecentoventinove milaeuro), rilevabile dalla dichiarazione Iva presentata per lo stesso anno.

2. Ai fini della determinazione del volume d'affari ai fini Iva si stabilisce che:

a) per le farmacie che hanno iniziato l'attività nel corso dell'anno 2011, il volume d'affari complessivo registrato nel periodo di apertura effettiva sarà calcolato riportandolo su base mensile;

b) per le farmacie nelle quali sono presenti succursali, dispensari farmaceutici e/o proiezioni, i relativi volumi d'affari ai fini Iva concorrono alla formazione del volume d'affari complessivo per accedere al contributo.

3. Non possono accedere alla concessione del contributo per l'anno 2012 coloro che hanno acquisito la titolarità della farmacia, per la quale si richiede il contributo, nell'anno 2012.

**C. Modalità di presentazione della domanda**

I titolari delle farmacie pubbliche e private ubicate nella Regione Toscana in possesso dei requisiti previsti per l'accesso al contributo, presentano domanda redatta su modulistica predisposta con apposito decreto dirigenziale dai competenti uffici regionali in materia, entro il 30 settembre di ogni anno.

Il competente ufficio regionale sulla base delle domande pervenute, entro il 31 dicembre di ogni anno, redige una graduatoria in ordine crescente, sulla base del volume di affari complessivo ai fini Iva dichiarato nella domanda presentata per la concessione del contributo.

**E. Importo del contributo**

Ai beneficiari del contributo risultanti dalla graduatoria, spetta un contributo massimo erogabile di 12.000,00 euro (dodicimilaeuro) secondo la seguente determinazione (si veda tabella 1).

Per le farmacie pubbliche e private che hanno iniziato l'attività nel corso dell'anno 2011, l'importo del contributo concesso sarà determinato su base mensile in rapporto al periodo effettivo di attività svolto nell'anno di riferimento.

**F. Liquidazione del contributo**

Il contributo spettante ai titolari delle farmacie pubbliche e private aventi diritto sarà liquidato previo accertamento della veridicità di quanto dichiarato nella domanda presentata, così come previsto dall'art. 71, Dpr n. 445 del 28/12/2000 e dalla delibera Giunta regionale n. 1058 dell'01/10/2001 della Regione Toscana.

Tabella 1	
Farmacia che:	Contributo concesso
- non ha usufruito di un periodo di chiusura per ferie - non ha effettuato turni con altre farmacie	Euro 12.000,00 ( <i>dodicimila</i> )
- ha usufruito di un periodo di chiusura per ferie - non ha effettuato turni con altre farmacie	Euro 9.000,00 ( <i>novemila</i> )
- non ha usufruito di un periodo di chiusura per ferie - ha effettuato turni con altre farmacie	Euro 7.500,00 ( <i>settemilacinquecento</i> )
- ha usufruito di un periodo di chiusura per ferie - ha effettuato turni con altre farmacie	Euro 6.000,00 ( <i>seimila</i> )

(...omissis...)

**Il testo integrale del documento è consultabile tra gli atti della Regione Toscana**

Versione Pdf dell'Allegato al n. 30-31 del 31 lug.-3 set. 2012 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98 Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

SOCIALE

Il percorso sperimentale di presa in carico dei ragazzi a rischio abusi

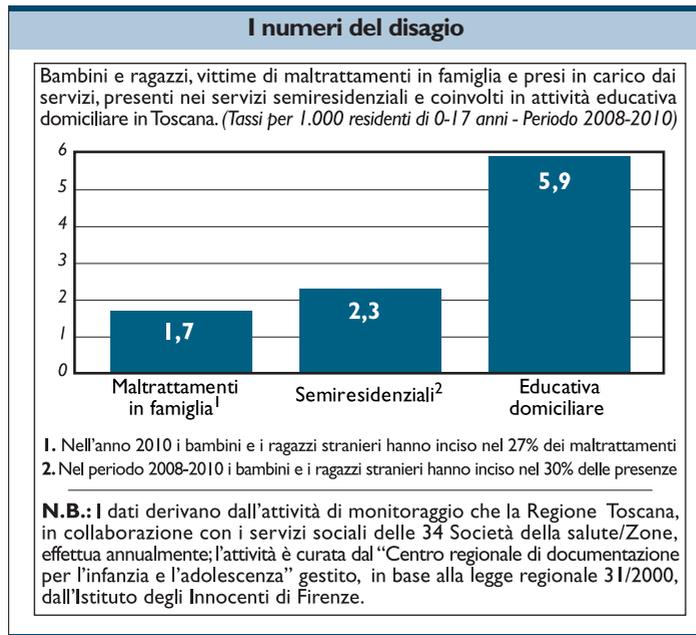


# «Risc» aiuta i minori fragili

## In sei territori si utilizza un protocollo che dal 2015 sarà esteso a tutti

Un tema che fatica a emergere, quello dei minori costretti a vivere fuori dalla propria famiglia, perché senza dubbio non ha il richiamo di altre problematiche che toccano anche nella percezione comune il mondo dei bambini e degli adolescenti. Eppure, a ben guardare, il problema del diritto a crescere in una famiglia è per molti ragazzi il problema di un diritto negato che rimanda a una condizione "ordinaria", quotidianamente fronteggiata dalle istituzioni e dai servizi socio-sanitari. Nel 2010, secondo il Centro regionale di documentazione su infanzia e adolescenza, i minori toscani allontanati dai propri genitori sono stati 1.744, di cui 606 sono collocati in strutture socio-educative e 1.138 in affidamento familiare, con un tasso medio di 3,6 minori fuori famiglia ogni 1.000 minori residenti. L'obiettivo della riduzione degli allontanamenti e della ricerca di soluzioni incisive per la tutela dei bambini e dei ragazzi a rischio di abbandono, maltrattamento e grave emarginazione, risulta pertanto come una necessità non eludibile. Gli indicatori sui minori in carico ai servizi sociali per maltrattamento intrafamiliare registrano 997 presenze al 31 dicembre 2010, di cui 370 in carico dal 1° gennaio dello stesso anno, mentre sempre nel 2010 sono 1.318 i bambini e ragazzi che frequentano i centri diurni.

Ma quando e come l'operatore pubblico può e deve decidere di allontanare? Come può valutare le competenze genitoriali? Con quali metodologie? Con quali strumenti per la verifica di efficacia degli interventi attivati? A questi quesiti la Regione Toscana ha cercato di rispondere attraverso l'adesione al progetto nazionale sperimentale «Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo - Risc». Avviato nel 2009 sulla base della proposta di ricerca-azione voluta dal ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali e commissionata alla Fondazione Emanuela Zancan di Padova, il percorso ha coinvolto altre sei Regioni (Abruzzo, Basilicata, Emilia, Piemonte, Toscana e Veneto) in un comune obiettivo: incidere concretamente sull'area di rischio rappresentata da quelle famiglie di ragazzi o adolescenti attraversate da fattori problematici di natura diversificata e spesso concomitante, tale comunque



da compromettere crescita e sviluppo dei minori.

In questa fase sperimentale del progetto Risc sono stati coinvolti i servizi sociali di sei territori regionali (Comune di Firenze e Società della salute Valdarno Inferiore, Fiorentina Sud-est, Alta Val d'Elsa, Mugello e Pisana) ai quali è stato richiesto di effettuare la presa in carico dei minori a rischio di trascuratezza, maltrattamento o abuso attraverso un protocollo metodologico corredato da un software messo a punto dalla Fondazione Zancan, da anni impegnata nell'integrazione nel campo sociale tra metodi qualitativi e quantitativi e la sperimentazione di laboratori incentrati su progetti personalizzati. Riconoscendo le potenzialità del metodo di lavoro sperimentato, la Regione ha assunto la decisione di oltrepassare i limiti del percorso sperimentale per diffondere la metodologia tra tutti i servizi sociali e socio-sanitari del territorio, attraverso un programma di lavoro triennale (approvato con delibera Gr 227/2012) che continuerà ad avvalersi dell'esperienza della Fondazione Zancan. Lo strumento Risc dovrà servire a disseminare tra i servizi sociali e socio-sanitari del sistema integrato regionale una metodologia di presa in carico basata sulla misurazione e sul monitoraggio degli interventi e sulla valutazione di outcome.

Entro il 2015 tutti i servizi della Toscana utilizzeranno la stessa metodologia valutativa e di intervento con notevoli vantaggi in termini di crescita professionale, omogeneità e verifica dei risultati. Si tratta di un obiettivo che si sposa agli snodi nevralgici tracciati dal nuovo Piano integrato sanitario e sociale regionale, sintetizzabili nello sforzo di porre al centro delle politiche e delle azioni la persona con i suoi bisogni e le sue risorse, a cui i servizi devono poter relazionarsi con mezzi adeguati a riscontrare anche gli esiti degli interventi attivati. Una dimensione espansiva che impegna quindi la Regione a ottimizzare i risultati della sperimentazione, volgendoli al disegno di un sistema più organico e strutturato sull'area dei fattori di rischio familiare. Una fase ulteriore di sviluppo che tuttavia non sarebbe possibile senza la conferma della disponibilità degli operatori sociali e socio-sanitari coinvolti a mettersi in gioco, raccogliendo la sfida, non banale, di avvicinarsi alla metodologia proposta, praticarla e armonizzarla con il loro bagaglio professionale e con il loro contesto organizzativo.

**Lorella Baggiani**

Politiche contrasto al disagio sociale  
Regione Toscana  
**Francesco Grandi**  
Istituto degli Innocenti di Firenze

PROGETTI PERSONALIZZATI COME PUNTO DI FORZA

## Anche il genitore è assistito

Tra i punti di forza del protocollo Risc rientra sicuramente il metodo di lavoro per progetti personalizzati, teso a focalizzare, nell'attività di intervento e più in generale all'interno del complesso e articolato mondo dei servizi sociali e sanitari, l'attenzione sulla persona.

Per la gestione di tali progetti personalizzati, lo strumento utilizzato nello studio Risc, sia in una prospettiva metodologica che di funzionalità operativa, tramite il relativo software S-P, appare, oltre che completo e dettagliato, capace di fare sintesi tra la situazione problematica, la rete personale e dei servizi, la valutazione del problema, la definizione degli obiettivi, le azioni di sostegno e la misurazione dell'efficienza ed efficacia delle stesse. Lo stesso software, grazie all'utilizzo di uno schema polare, permette inoltre di riprodurre graficamente il processo di intervento nel suo sviluppo temporale, fornendo una modalità di lettura immediata e generale, ma anche analitica e comparativa della sua evoluzione.

Nondimeno lo studio Risc offre l'opportunità di applicare lo stesso protocollo anche per la presa in carico del genitore affinché, con la stessa logica di intervento personalizzato, sia possibile agire in maniera preventiva e riparativa riguardo ai fattori interni alla famiglia che determinano rischi nello sviluppo del bambino e per predisporre, di conseguenza, i necessari interventi di valutazione e recupero delle capacità genitoriali. Uno dei valori aggiunti di Risc è inoltre la capacità di "pesare", attraverso una specifica mappatura, ogni soggetto e risorsa incluso nello spazio di vita del bambino. Per tentare di raggiungere risultati contraddistinti da un più alto grado di completezza vengono infatti valutati non solo i soggetti e le risorse concretamente ed attualmente presenti nello spazio di vita del minore, ma anche quelli esistenti a livello solo "potenziale", i quali, se attivabili, possono comunque contribuire a migliorare l'efficacia dell'intervento.

All'interno di un sistema costretto troppo spesso a fronteggiare quasi solo urgenze quotidiane, in cui gli operatori si soffermano più sull'analisi degli elementi di criticità che non sulle effettive potenzialità presenti, la capacità di "pesare" del protocollo Risc è dunque utile in quanto costringe a un'indagine valutativa di quei fattori che, se opportunamente stimolati, possono entrare nella scena del progetto di aiuto. Da apprezzarsi è anche il valore culturale della sperimentazione Risc, che avvalorata e traduce in atti concreti di intervento quanto contenuto nella normativa e nella deontologia afferente alle professioni socio-sanitarie. Nell'ambito del quadro legislativo di realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, delineato infatti nella legge 328/2000, viene riconosciuto « il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e cura della persona », come ribadito, a livello regionale, dalla Lr 41/2005 in cui, tra l'altro, al primo comma dell'art. 53 si descrivono le « politiche per i minori » in termini di « interventi e servizi volti a garantire al minore protezione e le cure necessarie per il suo benessere, e a promuoverne il pieno e armonico sviluppo psicofisico, l'educazione e la crescita in un idoneo ambiente familiare e sociale ».

In sostanza il protocollo Risc può risultare un concreto strumento, in linea con i dettami della normativa, per tentare di raggiungere risultati maggiormente efficaci nell'ambito della tutela minorile e del sostegno alle famiglie, valorizzandone al contempo i singoli componenti e le loro relazioni.

**Andrea Barani**

Assistente Sociale, Società della salute Valdarno Inferiore

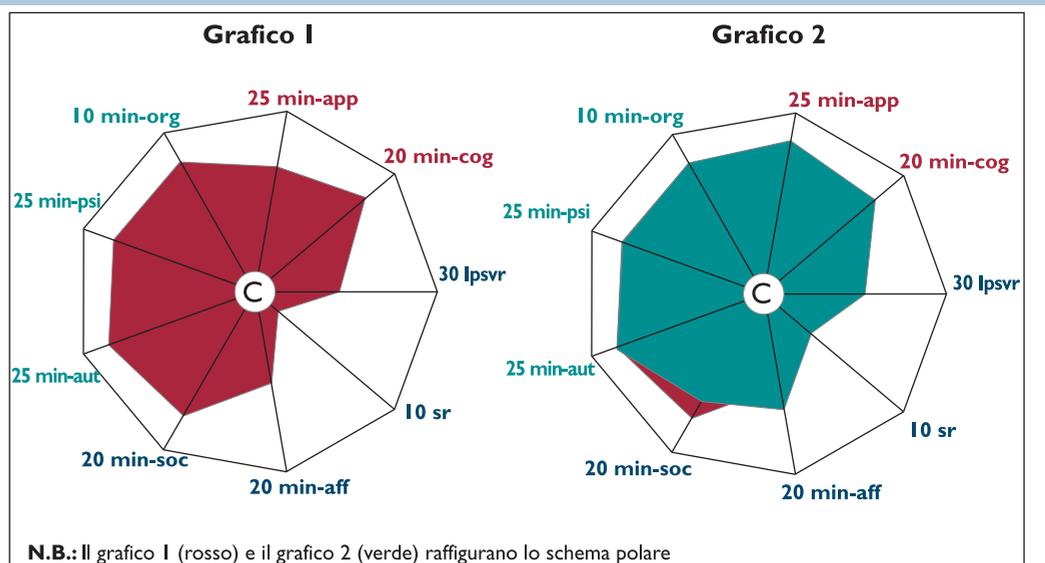
Contributo estratto dalla sperimentazione al protocollo per la presa in carico: punti di forza, potenzialità e criticità, monografia "Minori a rischio di allontanamento nell'esperienza degli operatori", in "Studi Zancan. Politiche e servizi alle Persone", rivista bimestrale, n. 5, sett./ott. 2011, pp. 85-95.

### Come funziona il metodo

La metodologia S-P, sperimentata in diverse condizioni operative dell'ambito familiare e dell'infanzia, accompagna le fasi del lavoro per progetti personalizzati e si articola nella raccolta della domanda formulata dalla persona e/o dalla sua famiglia, l'analisi della situazione del bambino/ragazzo e della sua famiglia, con specifica attenzione ai problemi, ai fattori di rischio, alle capacità e alle potenzialità dei genitori, del bambino e delle possibili figure di riferimento; infine la definizione dei problemi sui quali intervenire. Contestualmente si predispongono il progetto personalizzato e il piano operativo, con l'indicazione dei risultati attesi di efficacia e le conseguenti verifica e valutazione di esito. Nello schema polare sono sintetizzati i problemi ma anche le potenzialità del bambino al centro di attenzione secondo specifiche scale di valutazione.

Più le aree analizzate sono coperte e si avvicinano alla parete più "funzionano bene", al contrario più si avvicinano al centro del diagramma più esprimono la necessità di intervento. In tale ottica il grafico 1 evidenzia la situazione del minore al momento iniziale della presa in carico, mentre lo schema polare di cui al grafico 2 sintetizza, in merito allo stesso caso e attraverso una sovrapposizione di schemi, i risultati raggiunti per ciascuna scala di valutazione a una successiva data preselezionata (3 mesi dalla presa in carico), facilitando anche un'immediata analisi delle differenze. Le sigle tecniche sul perimetro del diagramma identificano le aree comprese tra i raggi dello schema polare, rispettivamente corrispondenti (in senso orario) alla sfera cognitivo/comunicativa, apprendimento, affettivo-relazionale, socio-relazionale, spazio-vita, autonomie, psicomotoria e organica.

### Esempio di schema polare di un caso nella fase di presa in carico e monitoraggio intermedio



PISA

Strategia di collaborazione tra l'Aou e il centro "lavante" di Granada

# Hi-tech in cooperazione Ue



«Nina» ed «Endocas» in Spagna grazie a un progetto Regione-Miur

Una delegazione della Regione Toscana composta, per l'Aou, dallo staff del Centro di formazione e simulazione per la rianimazione neonatale "Nina" e del Centro di eccellenza "Endocas" per la chirurgia assistita al computer dell'Università di Pisa, oltre al personale del Centro di simulazione per la rianimazione pediatrica del Meyer di Firenze, ha effettuato una visita al Centro di simulazione medica "Lavante" di Granada, in Spagna. Si tratta di una struttura interamente dedicata

alla simulazione medica e chirurgica avanzata, dove si coniugano le più avanzate metodologie di simulazione con la sperimentazione di nuove tecnologie applicate alla salute.

Nel Centro vengono riprodotte situazioni reali tramite l'utilizzo di simulatori che ricreano immagini di sintesi e la sensazione tattile, e viene utilizzato anche il sistema robotico Da Vinci, settore nel quale l'Aou, con il suo Centro multidisciplinare di chirurgia robotica, vanta una lunga esperienza avendo acquistato

il primo robot nel 2001 e avendo ora assunto, con due macchine e la doppia consolle per la formazione dei chirurghi, il ruolo di coordinamento del polo regionale di chirurgia robotica della Regione Toscana, recentemente costituito.

La visita della delegazione toscana è servita a mettere a punto strategie di cooperazione europea e a studiare progetti comuni in questo settore dove la Regione Toscana vanta già una grossa esperienza. Per l'Aou erano presenti, per il Centro "Nina", Armando Cuttano, re-

sponsabile, ed Emilio Sigali e Sara Condino per il Centro Endocas. Entrambi i centri vantano una lunga esperienza nella formazione in simulazione. Lo staff di "Nina" - un'isola neonatale attigua alla terapia intensiva neonatale dell'Unità operativa di Neonatologia dell'Aou, dove vengono simulate con il manichino interattivo (SimNewB) situazioni patologiche realistiche e i formatori insegnano tutte le manovre richieste da una moderna rianimazione - è a capo di una task force nazionale. Il Centro Endocas, inve-

ce, il primo centro italiano di formazione avanzata mediante simulazione in medicina (chirurgia assistita al computer), è stato istituito a Pisa grazie a un progetto finanziato dal ministero per l'Università e la ricerca, con il concorso dell'Università di Pisa, della Scuola Superiore di studi Sant'Anna, del Cnr, della Regione Toscana e il sostegno della Fondazione "Arpa" e dell'Aou.

Emanuela Del Mauro  
Ufficio stampa Aou Pisa

AREZZO

## Emergenza: equipaggi specializzati e due automediche super-attrezzate

Da qualche giorno gli equipaggi medico/infermiere del 118 di Arezzo che interverranno sui codici maggiori in città e comuni limitrofi, viaggeranno su due Freemon Fiat a trazione integrale, allestiti di tutto punto dalla società specializzata Fratelli Mariani di Pistoia. Una soluzione stabile, con un mezzo giudicato eccellente sia dagli operatori del 118 che dai piloti/istruttori di Strasicura, che ne hanno testato le caratteristiche (piloti che hanno istruito gratuitamente i 30 infermieri del 118 che guidano questi mezzi).

Le due vetture (Charlie 1 e Charlie 2 i nomi in codice) sono attrezzate come autentici pronto soccorso di strada (dagli strumenti per la rianimazione cardiopolmonare al life pack 15 per la trasmissione dei tracciati cardiaci al cardiologo guardia in Utic 24 ore su 24, dall'ossigeno alla tavola spinale, fino a tutto quel materiale di prima necessità che serve nelle condizioni più diverse e spesso estreme) con apparecchiature in grado di fornire una assistenza qualificatissima in una strada, una casa, un cantiere di lavoro.

**Medico e infermiere specialisti in terapia d'urgenza**

che è cambiata - ha sottolineato il direttore del 118 Massimo Mandò - perché sull'automedica c'è un equipaggio formato da un medico e un infermiere entrambi specialisti di medicina d'urgenza. Ed entrambi capaci di intendersi con rapidità e appropriatezza sulle manovre da compiere in emergenza. Chi conosce la difficoltà dell'intervento su una persona grave, che sia incastrata in un'auto, o

che abbia un problema neurologico o circolatorio, sa bene quanto siano importanti la rapidità, la sicurezza, la consapevolezza di ogni manovra e di ogni strumento utilizzato». Operatori e volonta-

ri, integrati nella gestione del servizio 118, rappresentano quindi una colonna preziosa del servizio 118. L'arrivo dei due mezzi è stato anche l'occasione per fare il punto sul lavoro svolto dal 19 febbraio scorso quando il nuovo servizio è entrato in funzione. Sono state 1.096 le uscite delle automediche (quasi 8 al giorno), 60% in codice rosso e 40% in codice giallo.

Pierluigi Amorini  
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

PISTOIA

## Logopedia: progetti personalizzati per i bambini dell'Asl fino a 10 anni

Un polo per la logopedia è stato realizzato nel presidio di via della Quiete, nella zona distretto di Pistoia. Sei logopediste, oltre a due neuropsicomotriciste dell'età evolutiva, operano insieme all'ultimo piano della struttura sanitaria, realizzando un vero e proprio intervento di équipe sui piccoli utenti che devono seguire cicli di riabilitazione. Al momento attuale, grazie agli sforzi di riorganizzazione effettuati, le liste d'attesa per i cicli di logopedia sono di pochissimi mesi e l'intervento è articolato in cicli di 10, 30 o 60 sedute settimanali a seconda della patologia.

Per ogni paziente viene redatto un progetto riabilitativo personalizzato congiunto tra neuropsichiatra infantile e logopedista (o neuropsicomotricista). Nel 2011 le logopediste della zona distretto di Pistoia (che operano, oltre che in via della Quiete, anche nei distretti di Quaranta, Agliana e San Marcello) hanno seguito 327 bambini per un totale di 8.834 prestazioni.

«I bambini hanno un'età da pochi mesi a 10 anni - spiegano le logopediste - e possono presentare semplici disturbi di pronuncia di alcuni suoni, oppure

**Il team specializzato ha già assistito 327 piccoli pazienti**

avere difficoltà legate a problemi uditivi o ancora, più frequentemente, disturbi del linguaggio o dell'apprendimento, disabilità cognitive, problematiche riconducibili all'autismo o patologie neuromotorie. Il fatto di essere insieme - riferiscono - è positivo per un confronto continuo sui casi che seguiamo». Nella nuova sede sono stati predisposti allestimenti ludici che evocano i personaggi e i giochi preferiti dai bambini. «Colgo l'occasione

- ha detto Simone Bonacci, direttore della unità operativa della riabilitazione funzionale - per ringraziare le logopediste che si sono dedicate con passione alla riorganizzazione degli spazi, realizzando ambienti meno sanitari e più a misura di bambino». «Il nostro obiettivo resta riunire anche le logopediste all'Unità funzionale Salute mentale infanzia e adolescenza e questa opportunità - ha spiegato Luigi Rossi, responsabile della zona distretto di Pistoia - ci verrà sicuramente offerta con l'apertura del nuovo ospedale e la conseguente riorganizzazione di tutti i servizi territoriali».

Daniela Ponticelli  
Ufficio Stampa Asl 3 Pistoia

LUCCA

## Alimentazione: solo qualità toscana fornita alle mense dei tre ospedali

Qualità toscana per i cibi distribuiti nei reparti e offerti nelle mense degli ospedali dell'Asl 2 Lucca. La ditta che si occupa dei servizi di ristorazione per gli stabilimenti ospedalieri di Lucca, Barga e Castelnuovo, ha sottoscritto un protocollo con la Regione, le organizzazioni dei produttori agricoli (Cia, Coldiretti, Confagricoltura) e le cooperative (LegaCoop, ConfCooperative, Cooperativa agricola di Legnaia, Terre dell'Etruria coop. Agricola) per promuovere l'utilizzo di prodotti agricoli coltivati e lavorati in Regione.

Il progetto, condiviso con l'Asl lucchese, prevede un'attenta selezione dei fornitori e un sistema di raccolta, lavorazione e trasporto che garantisce la migliore conservazione e freschezza dei prodotti. In questi mesi estivi nei tre ospedali sono proposte frutta e verdura coltivate in Toscana con metodi tradizionali e consegnate direttamente alla cucina dall'azienda agricola, senza passaggi intermedi. Si è cominciato già da giovedì 12 luglio 2012 con la frutta proveniente dalla ditta La Castel-

laccia di Gavorrano. I due marchi che contraddistinguono questi prodotti, "Km0 Toscana" e "Filiere Corta Toscana", garantiscono inoltre che i produttori rispettano tutte le normative europee, nazionali e regionali e sono sottoposti a regolari controlli del Ssr.

Si è quindi creata una filiera corta strutturata e organizzata, basata sull'aggregazione dei produttori e sull'integrazione tra i vari segmenti di questa rete virtuosa, in grado di promuovere un consumo di massa dei prodotti di qualità dell'agricoltura toscana. In questa maniera, tra l'altro, le mense pub-

bliche si approvvigionano localmente e diventano un motore di sviluppo locale.

Il protocollo firmato con la Regione rientra nell'ambito del progetto "Filiere Corta" avviato fin dal 2007 all'interno del quale è compresa la specifica misura "Mense più sane", che ha consentito di inserire nelle mense i prodotti biologici, quelli tipici e quelli tradizionali.

Sirio Del Grande  
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

**Per il periodo estivo frutta controllata dalla "Filiere Corta"**

### IN BREVE

AREZZO

La Asl aretina ha accompagnato la manifestazione musicale Arezzo Wave, quattro giorni che hanno rappresentato per un'azienda come la Asl al tempo stesso un grande impegno e una grande opportunità. Impegno sul fronte della organizzazione della assistenza, come accade ogni qual volta ci siano massicce concentrazioni di persone, ma anche opportunità da cogliere come occasione di promozione della salute. Ad Arezzo Wave la Asl 8 si è presentata con la Campagna "Passion for Life", dedicata alla comunicazione e prevenzione rivolta in particolare ai giovani e un'attenzione particolare è stata dedicata alla prevenzione dell'Aids, con la diffusione gratuita di profilattici, per prevenire la diffusione del virus, che oggi più che mai può coinvolgere chiunque e non soltanto le cosiddette categorie a rischio, che sono erroneamente meno attente e preparate.

PISTOIA

È partita in questi giorni, anche sul territorio pistoiense, una significativa indagine rivolta agli anziani (promossa dal ministero della Salute e realizzata dalla Regione Toscana con la collaborazione delle Asl e delle Sds e con il fondamentale contributo dell'Istituto Superiore Sant'Anna di Pisa), per capire qual è il loro stato di salute e di quali servizi necessitano. Questo studio, nella Regione Toscana, è stato denominato "Passi D'Argento" e, in particolare, si rivolge alle persone con più di 64 anni di età per conoscere i loro problemi e le loro esigenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale. Nella Provincia di Pistoia sono oltre 66mila gli anziani con più di 64 anni e di questi sarà coinvolto un campione di circa 600 residenti nelle zone distretto di Pistoia e Valdinievole.

LIVORNO

Un progetto ideato da quattro scuole livornesi e realizzato con la collaborazione dell'Educazione alla salute di Livorno e della Bassa Val di Cecina dell'Asl 6 ha conquistato il secondo posto al concorso organizzato a conclusione del programma regionale "Creatività è Salute" per la promozione della cultura del benessere tra i giovani. Il progetto Alisei (Azioni libere salute educazione immaginazione) realizzato dalle scuole secondarie di primo grado "G. Galilei" di Cecina e "T. Tesi" dell'istituto comprensivo Micali di Livorno, e di secondo grado "M. Polo" di Cecina e "C. Colombo" di Livorno ha sbaragliato la concorrenza di 65 istituti scolastici provenienti da tutta la Regione che assieme ad altre 24 associazioni culturali coinvolte avevano presentato 16 progetti.

LUCCA

I rappresentanti dei sindacati confederali e di categoria e una delegazione della Rsu hanno visitato nei giorni scorsi il cantiere del nuovo ospedale di Lucca. Dopo il sopralluogo organizzato con le maggiori autorità provinciali e prima di altre analoghe iniziative dedicate a gruppi rappresentativi della cittadinanza, anche gli esponenti delle organizzazioni sindacali hanno quindi potuto "toccare con mano" lo stato di avanzamento dei lavori della nuova struttura. È stata una visita interessante, anche per prendere visione della divisione interna degli spazi, già evidente nel monoblocco che entrerà in esercizio il 1° febbraio 2014. Contemporaneamente l'Asl 2 sta facendo conoscere la nuova realtà agli operatori sanitari: tutti dovranno aver visto da vicino, almeno una volta prima del trasloco, la nuova costruzione.

# CHI DONA SANGUE HA CUORE.

In Toscana migliaia  
di persone vivono grazie  
alla donazione di sangue,  
plasma e piastrine.

NUMERO VERDE  
**800 556060**

[www.regione.toscana.it/donareilsangue](http://www.regione.toscana.it/donareilsangue)



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana



Regione Toscana



AVIS



FRÀRES  
DONATORI DI SANGUE