

# Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 45 anno XV del 4-10 dicembre 2012 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

**ONCOLOGIA**

Al via la settima Conferenza organizzativa dell'Istituto toscano

## Tumori, i «consigli» dell'Itt

Riviste le raccomandazioni cliniche su diagnosi, terapie e trial clinici

La nostra rete è un modello per tutto il Paese

di Gianni Amunni \*

Non è stato un caso che la prima iniziativa pubblica dell'Istituto toscano tumori (Itt), quella che nel 2005 sancì la scelta della Regione Toscana verso un modello a rete per l'oncologia, abbia avuto come tema la presentazione di Raccomandazioni cliniche per i principali tumori solidi.

Del resto, nel rapporto Oasi 2010 prodotto dall'Università Bocconi, emerge con chiarezza come la definizione di «strumenti per l'allineamento professionale» (Linee guida, Pdta, Raccomandazioni cliniche) sia al tempo stesso un'esigenza e una priorità comune a ogni esperienza nazionale e internazionale. All'epoca rappresentarono per noi un momento esaltante di discussione scientifica, confronto di esperienze, verifica di criticità e, soprattutto, di senso di appartenenza dei clinici al nascente Itt.

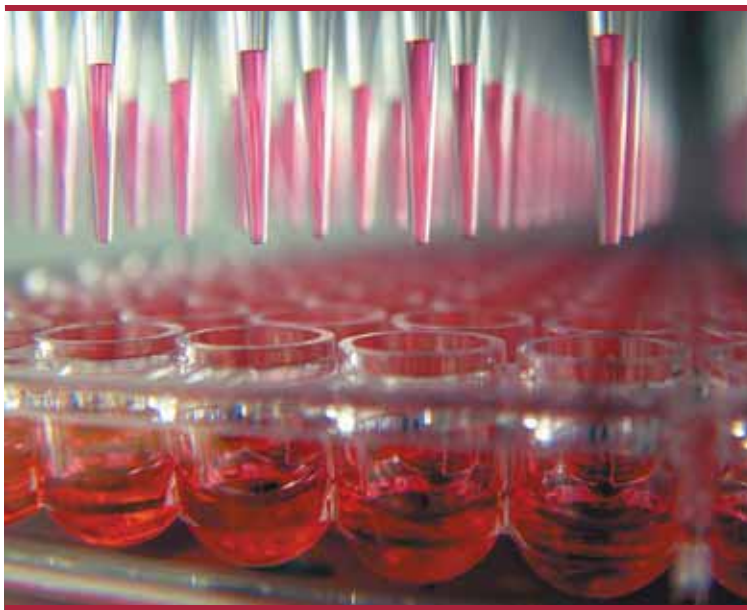
Il lavoro costituì la base per una azione di monitoraggio mediante indicatori degli effettivi livelli di qualità e di omogeneità nelle cure oncologiche in Toscana; un ulteriore momento di consolidamento della rete. La nuova pubblicazione delle Raccomandazioni cliniche avviene in una realtà evoluta in cui la rete è diventata un obiettivo strategico del piano oncologico nazionale e il modello toscano costituisce un riferimento apprezzato nel panorama italiano. Con grande impegno e maturità tutta l'oncologia toscana si è mobilitata

CONTINUA A PAG. 2

Stanno diventando una tradizione per l'Istituto toscano tumori la Conferenza scientifica ai primi di luglio e la Conferenza organizzativa autunnale. Quest'ultima, la settima, sarà dedicata alla revisione delle Raccomandazioni cliniche relative ai tumori di seno, mammella, polmone, colon-retto, prostata, sfera ginecologica e melanoma: queste verranno presentate in un volumetto che costituisce una seconda edizione, a seguito di quella pubblicata nel 2005.

Come in passato, la stesura delle Raccomandazioni cliniche è il risultato di un enorme impegno di tutti i professionisti dell'Itt; ed è anche il risultato di una scelta strategica nuova rispetto all'edizione precedente. È un dato di fatto che organismi nazionali e internazionali altamente qualificati hanno già elaborato Linee guida per il trattamento dei tumori, e che ormai le cure ottimali sono praticamente le stesse in tutto il mondo. Si è deciso di basarsi sul testo messo in rete e regolarmente aggiornato dal «National comprehensive cancer network» (Nccn). Questa versione delle Raccomandazioni cliniche Itt è quindi caratterizzata dalla ricchezza di quasi un centinaio di algoritmi che ne costituiscono il nerbo. Questi algoritmi contemplano e prescrivono l'iter che va dalla diagnostica alla terapia iniziale, alla terapia degli stadi più avanzati, alla opportunità di offrire al paziente l'inserimento in un protocollo di sperimentazione clinica (clinical trial). Infatti, alla fine di ogni capitolo è riportato un elenco dei trial clinici oggi in corso nell'ambito Itt, che devono essere accessibili a tutti i pazienti della Toscana, qualunque sia il loro punto di accesso alla rete.

Avere adottato come riferimento le Linee guida del «Nccn» non significa aver effettuato una mera traduzione. In vari punti vi sono modifiche, precisazioni e commenti che rappresentano la toscannizzazione di quelle Linee guida: soprattutto, vi è un testo scritto ad hoc dai nostri professionisti, che le hanno fatte diventare le raccomandazioni cliniche Itt 2012. (Può sembrare purismo,



IL PROGRAMMA DELLA GIORNATA

### Indicazioni utili per medici e pazienti

Focus su seno, colon-retto, ginecologia, polmone, prostata e melanoma

La VII Conferenza di organizzazione dell'Istituto toscano tumori, dal titolo «Raccomandazioni cliniche Itt 2012», si svolgerà il prossimo 7 dicembre presso l'Aula magna del Dipartimento Agenzia per la formazione dell'azienda sanitaria 11 Empoli in via Oberdan, 13-19 Sovigliana/Vinci (Firenze). Con questo appuntamento l'Itt proporrà le Raccomandazioni cliniche (in particolare su: mammella, colon-retto, ginecologia, polmone, prostata e melanoma) aggiornate al 2012 che, oltre a presentare alcuni elementi di novità, rappresenteranno un utile strumento e importante riferimento per tutti gli operatori, ma anche un ulteriore elemento di garanzia per i pazienti.

La giornata dedicata alla settima conferenza di organizzazione dell'Itt inizierà alle 9.30 con i saluti di benvenuto per poi passare alle diverse sessioni. La prima, con inizio alle ore 10.00, sarà dedicata ai tumori del polmone, la seconda - alle ore 11.00 - riguarderà invece i tumori della mammella. La mattinata si concluderà con la terza sessione - inizio alle 12.00 - in cui si parlerà dei tumori ginecologici. Nel pomeriggio si parlerà di melanoma - è la quarta sessione con inizio alle 14.00 -, di tumori colon-retto (inizio alle 15.00) per finire con la sesta sessione (alle 16.00) sui tumori della prostata. Alle 17.00 concluderà la giornata l'intervento di Lucio Luzzatto, direttore scientifico Istituto toscano tumori. A tutte le sessioni ci sarà la possibilità di fare domande e commenti, avviando quindi una discussione sui temi trattati.

ma Raccomandazioni cliniche non è sinonimo di Linee guida: quest'ultimo termine, nel gergo contemporaneo, viene riservato a testi elaborati secondo modalità rigorose consacrate dai dettami della «Evidence based medicine».

Talvolta Linee guida e Raccomandazioni vengono viste come limitanti per il giudizio clinico delle persone che hanno in carico il paziente. Per fortuna il livello di maturità dei medici e degli infermieri che lavorano nell'Itt è più che sufficiente per sfatare a priori questo equivoco. Ogni paziente è unico e applicare saggiamente e correttamente le Raccomandazioni cliniche è prerogativa del professionista capace. Che dire di quando sono contemplate opzioni equivalenti, ed è perciò necessario spiegarle al paziente e aiutarlo a scegliere l'opzione a lei o a lui più confacente? Che dire di quando è opportuno offrire l'opzione aggiuntiva di un trial? Che dire di quando occorre considerare l'opzione di cure palliative in alternativa a cure risolutive? Le Raccomandazioni cliniche mirano non a tarpare, bensì a potenziare il ruolo dei Gruppi oncologici multidisciplinari (Gom) e dei singoli professionisti.

Infine, un impegno e una considerazione. Un impegno che prendiamo è che le Raccomandazioni cliniche Itt 2012 non solo saranno subito sul sito Itt, ma saranno anche sulla rete intranet per permettere a tutti di inserire suggerimenti e commenti che contribuiscano ad aggiornarle in modo tempestivo, con cadenza almeno semestrale. La considerazione riguarda il fatto che non vi è «hiatus» tra Conferenza organizzativa e Conferenza scientifica. Le Raccomandazioni cliniche sono un pre-requisito, direi una condicio sine qua non per la ricerca clinica e per la ricerca traslazionale; così come i risultati della ricerca riflessi nella Conferenza scientifica sono il punto di partenza per il miglioramento delle cure, secondo la missione dell'Itt: Capire, Curare e Prevenire il cancro al meglio per tutti.

Lucio Luzzatto

Direttore scientifico Istituto toscano tumori

CONTROCANTO

### La preziosa esperienza del volontariato

di Ida Cipparrone \*

Quando parliamo di Raccomandazioni cliniche già ci immaginiamo una struttura sanitaria, un'équipe medica, infermieri, tecnici. Ma oltre ai professionisti sappiamo tutti quanto sia utile anche la presenza dell'associazionismo. Organizzazioni di volontariato presenti sul territorio, ognuna con le proprie specificità, dal soste-

gno nel momento della diagnosi e della cura alla riabilitazione e all'assistenza domiciliare, sono un valido aiuto posto tra la struttura sanitaria e il paziente. Operano in stretto contatto con gli operatori del Servizio sanitario nazionale, rappresentano l'elemento di completamento della Sanità

CONTINUA A PAG. 2

SCADENZA A FINE ANNO

### Bando regionale per il management di Area vasta

Fino al 31 dicembre 2012 gli aspiranti alla nomina di direttore amministrativo, sanitario e dei servizi sociali delle aziende sanitarie e degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area vasta istituiti nel proprio territorio potranno presentare domanda per formare l'elenco apposito.

Come approvato dal decreto 5221/2012, i candidati interessati devono essere in possesso di requisiti specificati nei singoli avvisi approvati.

Per candidarsi è possibile visionare lo schema di domanda e modalità di presentazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana (parte terza - n. 47 del 21/11/2012) o consultarlo e scaricarlo nelle pagine del sito web regionale dedicate al servizio sanitario toscano, [www.regione.toscana.it/](http://www.regione.toscana.it/)

sst. La domanda, rivolta alla direzione generale «Diritti di cittadinanza e coesione sociale» - Settore affari generali, via T. Alderotti, 26/N, 50139 Firenze - deve pervenire entro e non oltre il 31/12/2012 ed essere presentata solo in via telematica dalla propria casella di posta elettronica certificata (Pec) all'indirizzo [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it) o tramite il sistema informatico regionale Ap@ci collegandosi e registrandosi all'indirizzo <https://web.e.toscana.it/apaci>.

Nell'oggetto va inserito: «Domanda per l'inserimento nell'elenco di aspiranti alla nomina a direttore amministrativo/direttore sanitario/dei servizi sociali». Fa fede la data di invio. Info: 055 438 3997-3358, dal lunedì al venerdì, orario 9-13.

ALL'INTERNO

### Pisa contrasta l'infertilità

A PAG. 3

### Via alla gestione accentrata

A PAG. 4-5

### Donne, rischio violenza a casa

A PAG. 6



**COUNSELLING** Dopo la sperimentazione il Centro d'ascolto è attivo dal 3 dicembre



# La bussola delle malattie rare

Per gli utenti un supporto nei percorsi assistenziali della rete regionale

Ha preso ufficialmente il via il Centro di ascolto malattie rare. Dopo un periodo di sperimentazione, dal 3 dicembre presso la direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana è attivo il servizio.

Si costituisce come un servizio di counselling e supporto psicologico telefonico, soluzione operativa già sperimentata con successo dal 2009 a oggi all'interno della Regione Toscana rispetto alla gestione di problematiche di natura oncologica. Il Centro è contattabile attraverso il numero verde 800880101 dal lunedì al venerdì in orario 8.00-20.00 e il sabato e la domenica in orario 9.00-15.00 e/o tramite l'indirizzo e-mail ascolto.rare@regione.toscana.it.

Al servizio rispondono operatori appositamente formati per accogliere, analizzare e rispondere ai diversi bisogni dell'utente (pazien-

ti, familiari, medici, operatori socio-sanitari) attraverso azioni di informazione, orientamento, risoluzione criticità e supporto psicologico.

L'iniziativa ha come obiettivo quello di fornire agli utenti un punto di ascolto e di supporto nei percorsi assistenziali aiutandoli nella "navigazione interna" alla rete regionale delle malattie rare a partire dall'accesso alle informazioni, ma anche per quanto concerne le difficoltà psicologiche e sociali che possono insorgere in caso di patologia rara.

Il Centro si pone come una forma integrativa ai servizi già esistenti sul territorio con i quali lavora in sinergia per garantire una presa in carico globale dei bisogni dell'utente.

Il servizio si avvale, infatti, della collaborazione di una rete multi-disciplinare di referenti esterni, quali, le strutture di coordinamento



La locandina del Centro d'ascolto malattie rare

della rete dei presidi, e referenti aziendali psicologi e assistenti sociali.

Per altri bisogni informativi specifici quali, per esempio, riferimenti di associazioni, informazioni sui livelli di esenzione/erogazione farmaci, possono essere coinvolti il forum delle As-

soziazioni toscane malattie rare e gli specifici settori di competenza presso la Regione Toscana.

Altri referenti esterni sono rappresentati dalle Strutture di genetica medica delle aziende ospedaliero-universitarie della Regione e i referenti regionali della me-

dicina generale e della pediatria di famiglia per le malattie rare.

Inoltre, il Centro di ascolto malattie rare si avvale della collaborazione con il telefono verde malattie rare dell'Istituto superiore di Sanità per richieste quali sperimentazioni cliniche a livello nazionale e internazionale, riferimenti su centri accreditati e associazioni a livello nazionale e norme a livello nazionale e regionale extra-Toscana.

Il servizio risulta fondamentale ed efficace nell'offrire uno spazio in cui la persona possa sentirsi accolta e aiutata nei vari momenti di difficoltà oltre che a fornire informazioni valide, aggiornate e personalizzate sulle patologie rare, riducendo il senso di disorientamento e portando a una chiarificazione e maggiore fruizione dei percorsi della rete regionale per le malattie rare.

Garantire la possibilità di

un supporto psicologico consente inoltre di accogliere gli aspetti emotivo-relazionali connessi alla fase di malattia e di vita della persona e/o del familiare e quindi facilita l'attivazione/riattivazione di risorse personali e strategie di coping utili a far fronte alle attuali difficoltà.

Le informazioni raccolte dal Centro di ascolto malattie rare permetteranno una attenta rilettura dei bisogni degli utenti che vuole promuovere circuiti virtuosi tra aziende sanitarie e utenti e una più appropriata programmazione dei servizi di accoglienza e assistenza.

**Luca Pianigiani**  
coordinatore  
del Centro di ascolto regionale  
malattie rare  
Regione Toscana  
**Silvia Bonini**  
Centro di Ascolto regionale  
malattie rare  
Regione Toscana

SUL WEB DATI STATISTICI, ASSOCIAZIONI E CONTATTI

## Un nuovo sito per informare i pazienti

La Regione Toscana, in collaborazione con la Fondazione toscana "G. Monasterio" di Pisa che gestisce il Registro toscano malattie rare, ha elaborato un nuovo sito pubblico dedicato alla rete regionale delle malattie rare [www.malattierare.toscana.it](http://www.malattierare.toscana.it) che si presenta come un valido e importante strumento di informazione e comunicazione al servizio dei pazienti e della società.

La Regione Toscana ha istituito dal 2004 una rete regionale di presidi dedicati alla malattie rare (Rmr), un gruppo di Coordinamento regionale e dal 2005 un Registro toscano sulle malattie rare (Rtmr) per programmare interventi di Sanità pubblica in risposta agli urgenti bisogni assistenziali della comunità di pazienti affetti da malattie rare. Un aggiornamento della rete ha avuto luogo nel 2009 e un altro è tuttora in corso.

La rete regionale sulle malattie rare (Rmr) comprende attualmente 150 centri di riferimento accreditati e 17 strutture di Coordinamento di rete che collaborano nel gruppo di Coordinamento regionale con il forum delle Associazioni toscane per le malattie rare e con la Regione Toscana e il Rtmr. Lo sviluppo della rete dei presidi del Registro toscano malattie rare ha consentito un attivo coordinamento e interazione tra professionisti medici con lo scambio di conoscenze ed esperienze utili a fornire ai pazienti un rapido e uniforme accesso alle migliori pratiche cliniche e assistenziali attraverso tutto il territorio regionale. Il Rtmr raccoglie dati clinici ed epidemiologici che sono registrati da medici professionisti operanti nei 150 Centri di riferimen-

to e riguardano, al 23/11/2012, 24.165 casi di 527 malattie rare. I dati raccolti costituiscono un potente strumento per avere un osservatorio epidemiologico permanente, identificare indicatori per un'appropriate gestione dei servizi. Dal 2005 era già disponibile un sito pubblico ([www.rtmr.it](http://www.rtmr.it)) che conteneva informazioni utili per i pazienti, per i medici e altri soggetti interessati relative alle attività svolte e in corso del Rtmr e della Rmr.

Al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle informazioni sulle malattie rare è stata condivisa con tutto il gruppo di Coordinamento regionale l'esigenza di disegnare lo sviluppo del nuovo sito pubblico con la disponibilità di nuovi contenuti e funzionalità che rispondono ai bi-

sogni delle parti interessate. La nuova struttura del sito è formata da aree altamente funzionali: Percorso del paziente, News, Dati statistici, Associazioni, Informazioni, Contatti, Link utili, Area riservata. Grazie alla collaborazione delle strutture di coordinamento e del Formas (Laboratorio regionale per la formazione sanitaria) saranno disponibili 150 schede informative dettagliate sulle malattie e sui percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, accessibili attraverso motori di ricerca disponibili nelle specifiche aree citate.

L'area Dati statistici mostrerà i dati aggregati del Rtmr che verranno aggiornati giornalmente. Le Associazioni dei pazienti disporranno di un'area dedicata in cui verranno riportate tutte le in-

formazioni sulle Associazioni relative ai profili e attività aggiornate. È stata sviluppata un'area Informazioni che conterrà link utili, documentazione, sezione invio richieste mediche e amministrative e le frequenti domande con le relative risposte. L'area News riporterà l'elenco aggiornato degli eventi contenente la fonte, l'autore, la data dell'evento, titolo e testo, allegati. È prevista un'area riservata per la gestione, il controllo e lo sviluppo dei contenuti, accessibile ai soli responsabili del sito.

A cura di  
**Fabrizio Bianchi**  
**Federica Pieroni**  
**David Paoli**  
**Michele Lipucci Di Paola**  
**Anna Pierini**  
Registro toscano malattie rare  
Ifc-Cnr/Fondazione toscana  
"Gabriele Monasterio", Pisa

► **CONTROCANTO** (segue dalla prima pagina)

pubblica e fanno sì che il paziente, confuso e disorientato dalla improvvisa e inaspettata condizione di "malato", si senta preso in carico globalmente e aiutato ad affrontare il difficile percorso che lo attende.

La diagnosi di malattia irrompe infatti inaspettata nella vita delle persone, interrompendo la loro quotidianità e costringendole spesso a prendere dimestichezza con realtà fino a quel momento non conosciute. Le scelte di approccio sanitario devono essere condivise tra il medico e il paziente, spesso valutando soluzioni alternative e operando le opportune scelte; ma quante volte il malato e i suoi familiari, privi della necessaria esperienza, si trovano smarriti di fronte alla necessità di

prendere decisioni così importanti? Ed ecco allora che la presenza di un punto di ascolto del volontariato, gestito da personale qualificato spesso affiancato da qualcuno che in passato ha affrontato un percorso simile, può fornire, soprattutto nella fase iniziale del nuovo percorso a ostacoli, l'aiuto necessario, il consiglio nato da esperienze vissute sulla propria pelle e la speranza sorta dalla consapevolezza che il nuovo nemico può essere debellato.

Non indicazioni cliniche, ma condivisioni di esperienze, che possono tornare utili per il paziente e per chi gli sta vicino. Nell'orientarsi tra le varie strutture e nel gestire appuntamenti e controlli, ci si può trovare smarriti: volontari appositamente formati

delle diverse associazioni possono rappresentare la guida pratica per affrontare il percorso di cura fornendo le informazioni necessarie. E ancora, una volta superate le prime fasi della nuova condizione, le associazioni con i loro specialisti del settore spesso forniscono al paziente il supporto psicologico e di attività fisica necessario per la totale ripresa delle normali attività. In un sistema integrato è la squadra quella che conta. Mi piacerebbe che alle associazioni di volontariato che operano in ambito sanitario fosse riconosciuto un ruolo ufficiale, per portare dentro la squadra anche la voce del cittadino.

\* Presidente Lega italiana lotta contro i tumori - Sezione di Firenze

► **La nostra rete è un modello...** (segue dalla prima pagina)

ta per portare alla VII Conferenza di organizzazione Itt un testo che, a partire da autorevoli riferimenti internazionali e nazionali, segna il nuovo standard per l'Itt nella cura dei tumori della mammella, del polmone, del colon-retto, della prostata, della sfera ginecologica e della cute.

Queste Raccomandazioni cliniche 2012, arricchite da indicatori per il monitoraggio dei percorsi di cura e dalla indicazione degli studi clinici che ci vedono coinvolti, saranno ancora di più un'occasione di aggiornamento per i giovani, uno strumento di lavoro per i nostri clinici, un riferimento per la programmazione e la sorveglianza, ma soprattutto una garanzia di qualità ed equità nelle cure per gli utenti. Proprio in questo periodo si realizzano altri due im-

portanti eventi per l'Itt: l'avvio della definizione di una griglia di unità di competenza per i tumori rari o ad alta complessità e l'apertura del nuovo edificio che accoglierà i ricercatori del Core research laboratory, struttura di riferimento per la ricerca in campo oncologico. Ciascuno di questi momenti rappresenta il rafforzarsi di un diverso obiettivo strategico: l'attenzione alla qualità diffusa delle cure, la necessità di percorsi condivisi per l'alta specializzazione, il sostegno alla ricerca sia di base che clinica. L'Itt riconosce il valore irrinunciabile di ciascuna di queste azioni, ne sottolinea la reciproca interdipendenza e opera per la loro effettiva integrazione.

\* Direttore operativo Itt



**SSR AI RAGGI X** Percorso "Infertilità e procreazione assistita" al Santa Chiara di Pisa

# Obiettivo salute riproduttiva



**Preso in carico diagnostico-terapeutico fin dall'accesso alla struttura**

**L**e coppie alle prese con problemi di infertilità o le pazienti in età fertile, sottoposte a terapia oncologica ma desiderose di preservare la propria capacità riproduttiva, hanno ora un unico punto di accesso per i propri bisogni assistenziali.

È stato infatti inaugurato all'ospedale S. Chiara di Pisa, nell'ambito del Dipartimento materno-infantile, il percorso "Infertilità e procreazione medicalmente assistita", di cui è referente il ginecologo Vito Cela. Si tratta di un iter diagnostico-terapeutico strutturato e assicurato da un team multidisciplinare di professionisti, nel quale viene inserito ogni paziente che accede alla struttura, ottenendo la presa in carico globale della propria problematica e la soluzione terapeutica idonea. Il percorso ha anche una nuova sede logistica (edificio 5, ex Urologia), dove sono stati riutilizzati gli ambulatori e le sale chirurgiche preesistenti. Il tutto finalizzato ad agevolare il percorso assistenziale del paziente, che non dovrà più migrare da uno specialista all'altro ma potrà ottenere, nella stessa sede, una risposta integrata e multidisciplinare.

Oggi sono sempre più in aumento le coppie con problemi di fertilità e sta al contempo diminuendo l'età di insorgenza di determinate neoplasie nelle giovani donne. Di qui la necessità di offrire una risposta altamente specializzata e in grado di risolvere il problema nella maggioranza dei casi, per questi due grossi filoni di intervento.

Nel caso delle pazienti oncologiche, grazie ai progressi della medicina che assicurano in molti casi la guarigione, e comunque un allungamento della vita, è possibile, terminato il ciclo terapeutico e superata la malattia, intraprendere un cammino per ottenere una gravidanza, grazie alla possibilità di superare gli effetti collaterali dei trattamenti terapeutici ricorrendo alla crioconservazione di ovociti e tessuto ovarico prima dell'inizio della terapia. Tale possibilità è cruciale specie nelle pazienti in età pediatrica che ricevono la diagnosi di malattia oncologica. Il punto di forza del percorso consiste, in tal



caso, nella collaborazione con il team oncologico integrato, che permette di offrire trattamenti e opzioni di preservazione e ripristino della fertilità, mantenendo il tessuto gonadico prelevato prima dell'inizio della chemio/radioterapia. La crioconservazione in una banca può durare anche anni. Una volta guarito, il tessuto gonadico potrà essere recuperato e utilizzato ai fini della gravidanza. Anche sul fronte dell'infertilità non dovuta a problematiche oncologiche, la domanda è consistente. Si stima che oggi nel mondo esistano dai 60 agli 80 milioni di coppie non fertili, per cui il fenomeno rappresenta un problema di notevole impatto sociale. L'infertilità è infatti l'incapacità della donna di portare a termine la gravidanza (la sterilità è invece l'incapacità di ottenere una gravidanza entro due anni di regolare attività sessuale).

Si calcola che il 15% delle coppie in età fertile sia affetto da severe disfunzioni riproduttive e che un ulteriore 10% soffra di patologie di gravità più lieve. Posti anche gli effetti nocivi degli attuali stili di vita e il differimento della gravidanza a un'età in cui la fertilità è ridotta, c'è anche un 15% (uomini) e 10% (donne) di alterazioni genetiche (cromosomiche o mutazioni) presenti nelle persone infertili (ogni anno in Italia circa 500.000 coppie chiedono un

consulto per infertilità).

Di qui l'esigenza di un percorso assistenziale di diagnosi e cura, articolato in tappe successive, che offra screening e consulenza alle coppie in cerca di gravidanza, coinvolgendo professionisti di tante strutture dell'Azienda ospedaliera universitaria Pisana. Si parte da un colloquio iniziale con un ginecologo esperto in materia, per poi essere indirizzati, attraverso esami clinici e strumentali, alle consulenze specialistiche necessarie (biologi, endocrinologi, oncologi, senologi, ematologi, radioterapisti, pediatri, genetisti, psicologi, sessuologi, psichiatri, andrologi, reumatologi, fisiopatologi della riproduzione, con l'ausilio indispensabile di infermieri, tecnici e ostetriche), fino all'individuazione della diagnosi e della terapia, coinvolgendo sempre tutte le figure richieste. La fase diagnostica sarà affiancata dalla possibilità di offrire alla paziente uno step terapeutico anche chirurgico, grazie alla presenza, nei locali del centro, di sale operatorie e ambulatori chirurgici dove si svolgeranno interventi di chirurgia mini-invasiva per il ripristino della fertilità, come nel caso dell'endometriosi (isteroscopia e laparoscopia operative).

a cura di  
**Emanuela del Mauro**  
Ufficio Stampa Aou Pisa

**EPATOLOGIA**

## Epatite virale cronica e tumori, una scuola sulle cure per il fegato

**A**l 63° congresso annuale dell'Associazione americana per lo studio del fegato, che si è tenuto a Boston dal 9 al 12 novembre scorsi, l'unità operativa di Epatologia dell'AouP, centro di riferimento della Regione Toscana per le epatopatie croniche e il tumore del fegato, ha presentato (oltre ad altri 6 lavori collaborativi per trials clinici internazionali su nuovi farmaci anti-epatite C), due lavori sull'importanza della personalizzazione della cura.

Il primo dimostra il miglior rapporto costo-efficacia della strategia terapeutica di combinazione tra interferone e antivirali orali per l'epatite cronica B, promossa negli ultimi anni proprio dalla struttura ospedaliera pisana. Essa si basa sulla personalizzazione dello schema di trattamento durante la terapia, utilizzando non solo la quantizzazione dell'acido nucleico virale (HbV-Dna), ma anche dell'antigene di superficie (HBsAg), come proposto nei recenti lavori condotti nel laboratorio di fisiopatologia della stessa Uo di Epatologia, pubblicati su riviste internazionali dal gruppo (Hepatology 2009, Gastroenterology 2010, Journal of Hepatology 2012) e recentemente confermati dai centri di riferimento delle associazioni epatologiche internazionali. Lo studio presentato all'Aasld dimostra che, anche nella terapia dell'epatite cronica B, come già dimostrato nell'epatite cronica C, i modelli di personalizzazione della terapia antivirale proposti dall'Uo di Epatologia permettono, a parità di efficacia terapeutica, di risparmiare circa 8mila euro a paziente. Tale pratica, se estesa a tutti i centri prescrittori, nella logica di spending review, determinerebbe per circa 20.000 pazienti in trattamento in Italia un risparmio complessivo di 160 milioni di euro.

Il secondo lavoro, presentato da Filip-

po Oliveri, dimostra - sull'ampia casistica di epatocarcinomi seguita presso l'Uo di Epatologia (circa 500 seguiti dal 2000 al 2010, in collaborazione con diversi specialisti dell'AouP) - l'importanza della personalizzazione delle strategie terapeutiche in relazione alle diverse tipologie di neoplasie che conseguono alla diversa causa della malattia di fegato che si associa e provoca il tumore.

Questi risultati testimoniano il ruolo leader della Uo di Epatologia dell'AouP nella moderna gestione della personalizzazione della cura delle malattie del fegato. E infatti l'Associazione italiana per lo studio del fegato le ha assegnato l'organizzazione della "Monotematica 2013" sulla personalizzazione della cura in epatologia, che si terrà a Pisa il 17-19 ottobre 2013.

Invece, al XX congresso europeo di gastroenterologia (Uegw 2012) di Amsterdam, l'Unità operativa di Gastroenterologia e malattie del ricambio dell'AouP è stata premiata con la "Rosetta di eccellenza" per il lavoro: "Valutazione precoce del-

la risposta al Sorafenib nell'epatocarcinoma avanzato mediante tomografia computerizzata perfusionale: studio pilota". Lo studio, presentato da Rodolfo Sacco, è stato possibile grazie all'interazione con l'Uo di Radiodiagnostica I dell'AouP, che ha messo a punto un innovativo protocollo radiologico, evidenziando come il clinico epato-gastroenterologo possa valutare, entro i primi tre mesi di terapia con Sorafenib, nei pazienti con tumore epatico avanzato, la risposta al farmaco grazie all'esecuzione della Tac perfusionale, che indica come ottimizzare il dosaggio, se proseguire il trattamento o interromperlo. Con il risultato di una migliore aderenza al trattamento e di un contenimento della spesa terapeutica.

**Pubblicazioni e riconoscimenti internazionali**

**DALLA DIAGNOSI ALLA RIABILITAZIONE**

## Senologia, inaugurato il primo centro toscano

**L**e pazienti colpite da un tumore al seno a Pisa possono contare su un Centro a loro dedicato che le libera dalle incombenze organizzative e burocratiche, organizzando il percorso terapeutico, chirurgico e riabilitativo. Il Centro è diretto da Manuela Roncella, una dei chirurghi più esperti, a livello nazionale, nell'ambito del carcinoma mammario. Formatasi a Pisa sotto la guida di Franco Mosca e Mario Selli, si è perfezionata a Milano con Umberto Veronesi e poi al John Wayne Cancer Institute Santa Monica (California).

Nel 2001 l'AouP le ha affidato la sezione di Chirurgia e terapie integrate dei tumori femminili, nel 2008 l'unità operativa di senologia e nel 2010 la costruzione di una breast-unit che ha organizzato percorsi di diagnosi e cura a carattere multidisciplinare. Ogni anno vengono trattati oltre 500 nuovi casi

di carcinoma mammario e solo nel 2011 sono stati eseguiti circa 900 interventi di chirurgia senologica. Un'esperienza che ha portato alla creazione del primo Centro senologico della Toscana, inaugurato in ottobre.

Obiettivo del Centro è sostenere le pazienti dal momento della diagnosi sino alla fase riabilitativa. Per raggiungere questo scopo al Centro hanno afferrito i professionisti di diverse specialità che in passato dovevano essere coinvolti con procedure talvolta complicate e lunghe per le pazienti. Quando il Centro supererà l'attuale fase sperimentale ed entrerà pienamente a regime saranno i professionisti dell'AouP - e non più le pazienti - a farsi carico di ogni aspetto del percorso di cura. L'iter inizia con la fase diagnostica. Una donna (o un

uomo: su 100 carcinomi della mammella, uno colpisce un uomo) che da sola o attraverso un rilievo strumentale sospetta di essere stata colpita dal tumore, viene invitata dal proprio medico di medicina generale a rivolgersi allo sportello Cord-Accoglienza dell'Istituto toscano tumori presente nel Centro (050993576, [senologia@ao-pisa.toscana.it](mailto:senologia@ao-pisa.toscana.it)). Il personale del Cord, fin dall'inizio, si fa carico di sostenere la paziente dal punto di vista organizzativo (programmazione della visita senologica e dell'eventuale approfondimento strumentale) e di porsi come punto di riferimento e di supporto psicologico. La paziente viene quindi visitata da un gruppo di radiologi che elaborano la diagnosi delle lesioni, alla quale spesso è utile associare il profilo biologico.

Questi dati sono utilissimi all'oncologo per valutare se sia il caso di prescrivere una terapia medica prima di intervenire chirurgicamente. La decisione - come previsto dall'Itt - viene presa nell'ambito della discussione interdisciplinare. I professionisti del Centro (radiologi, oncologi, radioterapisti, chirurghi e anatomo-patologi) si riuniscono infatti tutte le settimane per valutare ogni singolo caso e decidere in maniera collegiale le strategie da adottare. Nei casi più complessi a queste figure si uniscono il medico nucleare, il genetista e il ginecologo. Terminata la fase diagnostica, nella maggior parte dei casi si passa alla fase chirurgica cui - in alcuni casi - è possibile affiancare un trattamento radioterapico intraoperatorio.

Il nuovo concetto di minimo

trattamento efficace ha modificato drasticamente la qualità della vita delle pazienti trattate. La nuova filosofia di trattamento cerca di coniugare l'imprescindibile necessità di rimozione radicale del tumore con la ricerca del miglior risultato in termini di qualità di vita, cercando di conservare la cute o il complesso areola-capezzolo. Le pazienti che hanno subito un intervento al Centro non vengono abbandonate. Al contrario, la riabilitazione è considerata un elemento peculiare e irrinunciabile del percorso di cura. In questa fase la paziente è seguita da psicologi, fisioterapisti e fisioterapisti che la accompagnano fino alla completa riabilitazione. Al loro lavoro si unisce il contributo delle associazioni di volontariato ospitate dal Centro.

**Andrea Zanotto**  
Ufficio Stampa Aou Pisa



## DOCUMENTI

Le regole regionali per garantire l'omogeneità dei documenti contabili redatti dagli enti del Ssr prescritta dal Dlgs 118/2011



# Gestione sanitaria accentrata ai nastri di partenza

## Obbligo di contabilità economico-patrimoniale per le Regioni che gestiscono direttamente una quota del finanziamento

### IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

**D**i seguito il testo della delibera della Giunta regionale n. 805 del 10 settembre 2012 recante la perimetrazione del bilancio regionale per l'attività sanitaria e l'attivazione della gestione sanitaria accentrata, adottata in attuazione del titolo II del Dlgs 118/2011.

### LA GIUNTA REGIONALE

#### DELIBERA

1) di approvare, in attuazione dell'art. 20 del Dlgs 118/2011, la perimetrazione del bilancio riportata in allegato A al presente atto, parte integrante dello stesso;

2) di formalizzare, ai sensi dell'art. 22 del Dlgs 118/2011, le responsabilità delle strutture e organismi coinvolti nell'attuazione del titolo II del detto decreto, come specificato nell'allegato B del presente atto, parte integrante dello stesso;

3) di approvare, ai sensi dell'art. 27 del Dlgs 118/2011, il Piano dei conti da utilizzare dalla Gestione sanitaria accentrata della Regione Toscana, riportato quale allegato D al presente atto, parte integrante dello stesso.

4) di approvare, ai sensi dell'art. 27 del Dlgs 118/2011, il Piano dei conti da utilizzare dalla Gestione sanitaria accentrata della Regione Toscana, riportato quale allegato D al presente atto, parte integrante dello stesso.

### ALLEGATO B

Specificazione delle funzioni e individuazione delle strutture e organismi regionali responsabili delle attività di cui al Titolo II del Dlgs 118/2011.

**Responsabile della gestione sanitaria accentrata** **Soggetto responsabile: Responsabile pro tempore del settore "Finanza, contabilità e controllo" della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale**

Funzioni:

a) implementazione e tenuta di una contabilità economico-patrimoniale, atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola Regione e lo Stato, le altre Regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici e i terzi vari, inerenti alle operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali;

b) elaborazione e adozione del bilancio di eser-

cizio della gestione sanitaria accentrata;

c) compilazione, coerente con il bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la Regione, dei modelli ministeriali Ce e Sp di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni, e relativi all'ente ivi identificato con il codice "000";

d) redazione del bilancio sanitario consolidato, mediante il consolidamento dei conti della gestione accentrata stessa e dei conti degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), ovvero le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni e le aziende ospedaliere-universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale.

In sede di consolidamento, il responsabile della Gsa garantisce la coerenza del bilancio sanitario consolidato con le risultanze dei modelli ministeriali Ce e Sp di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e s.m.i. e relative all'ente ivi identificato con il codice "999".

In sede di consolidamento il responsabile della Gsa e il responsabile della predisposizione del bilancio regionale assicurano l'integrale raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria. La riconciliazione è riportata obbligatoriamente nella nota integrativa al bilancio consolidato.

**Responsabile della predisposizione del bilancio regionale** **Soggetto responsabile: Responsabile pro tempore dell'Area di coordinamento risorse finanziarie della Direzione generale presidenza**

Funzioni:

Interviene nel processo di consolidamento dei conti, insieme al responsabile della Gsa, per assicurare l'integrale raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria.

**Responsabile regionale per la certificazione Organismo responsabile: Settore interno alla Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale a diretto riferimento del direttore generale.**

Funzioni:

Il soggetto certifica, con riferimento alla gestione sanitaria accentrata:

a) in sede di rendicontazione trimestrale:

- la regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità;

- la riconciliazione dei dati della Gsa con i dati del bilancio finanziario;

- riconciliazione dei dati di cassa;

- coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità;

b) in sede di rendicontazione annuale:

- quanto riportato al punto a);

- corrispondenza del bilancio alla contabilità.

### ALLEGATO C

**Linee guida per l'Avvio della gestione sanitaria accentrata - "Gsa"**

#### I. Quadro generale

Il decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011, Titolo II, si pone la finalità di perseguire l'obiettivo della omogeneità dei documenti contabili redatti dagli enti del Servizio sanitario nazionale e dalle Regioni.

Tale norma detta i principi contabili cui devono attenersi gli stessi enti per l'attuazione delle disposizioni contenute al fine di garantire che essi concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci.

In particolare, tra gli enti cui fa riferimento il Titolo II, l'art. 19 comma 2 individua al punto b) le Regioni, per la parte del finanziamento del servizio sanitario regionale direttamente gestito, e rilevata attraverso scritture di contabilità econo-

mico-patrimoniale.

In particolare, a decorrere dal 1° gennaio 2012 le Regioni, che scelgono di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario, dovranno istituire, ai sensi dell'art. 22 del Dlgs 23 giugno 2011 - n. 118, uno specifico centro di responsabilità denominato Gestione sanitaria accentrata (anche Gsa). Pertanto, tali Regioni sono deputate a introdurre e tenere una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola Regione, lo Stato le altre Regioni/Province autonome, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici e i terzi vari, inerenti alle operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali.

Nel corso del documento sono declinate le modalità per consentire l'immediato avvio della Gsa della Regione Toscana.

#### 2. Contesto regionale

##### 2.1 Premessa

Nel corso del 2002 la Regione Toscana ha avviato il "Progetto di implementazione della revisione contabile dei bilanci di esercizio delle Aziende sanitarie", attraverso una sperimentazione alla quale hanno partecipato, assieme all'Ente regionale, quattro aziende sanitarie della Regione Toscana, il Dipartimento di Scienze aziendali dell'Università di Firenze, la Corte dei conti e una primaria società di revisione contabile.

Tale progetto è inquadrato nell'ambito degli obiettivi definiti a livello di Piano sanitario regionale toscano. In particolare il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, la soddisfazione e la partecipazione dei cittadini e l'efficienza e la sostenibilità del sistema. Tali obiettivi testimoniano lo sviluppo di una politica per la salute non fondata esclusivamente sul sistema sanitario, in ciò riflettendo un indirizzo volto all'integrazione delle politiche sanitarie con quelle socio-assistenziali.

Un ulteriore elemento considerato nel quadro di riferimento del settore sanitario nazionale è l'effetto del processo di decentramento in ambito sanitario, con l'attribuzione delle responsabilità e degli oneri della spesa a carico delle Regioni. Ne consegue la richiesta di una crescente efficienza al sistema sanitario, in modo da poter garantire livelli di assistenza soddisfacenti per le aspettative dei cittadini.

Tra gli obiettivi che si è posta la Regione Toscana rientra anche quello di massimizzare l'efficienza del servizio sanitario regionale, attraverso programmi di sviluppo e di ottimizzazione delle attività e il contenimento della spesa, nell'ottica di liberare risorse da concentrare su interventi volti a migliorare lo stato di salute dei cittadini, aumentando nel contempo i servizi socio-sanitari.

Il processo di miglioramento degli aspetti amministrativo-contabili delle Aziende sanitarie a seguito dell'avvio del processo di aziendalizzazione è stato caratterizzato dall'implementazione e dal successivo consolidamento della contabilità economico-patrimoniale accompagnata dallo sviluppo del sistema di controllo della gestione e dal potenziamento del sistema informativo. Tale sviluppo è stato tra l'altro caratterizzato dall'introduzione di nuovi metodi di approccio alle problematiche dei servizi, nell'ottica di un miglioramento della gestione che presti attenzione al bilanciamento tra qualità e costi delle prestazioni.

La Regione Toscana, nel dicembre 2004, ha approvato i nuovi principi contabili e di controllo interno con le Linee Guida per la redazione del bilancio d'esercizio delle Aziende sanitarie toscane che hanno avuto applicazione a partire dalla redazione dei bilanci consuntivi del 2005. Nell'ot-

tica di rendere omogenea per tutte le aziende la transazione ai nuovi principi è stata data indicazione delle disposizioni transitorie da applicare in sede di scritture di apertura dei conti relativi all'esercizio 2005.

Negli esercizi successivi è stata sviluppata una casistica che definisce le tecniche contabili da adottare a fronte di fattispecie specifiche nel settore sanitario.

In tale ambito si è andata affermando l'esigenza di disporre di strumenti di controllo e verifica delle procedure contabili e gestionali delle Aziende sanitarie per la sostenibilità e la trasparenza del sistema sanitario.

Nell'ambito degli obiettivi di trasparenza e di uniformità dei bilanci d'esercizio delle Aziende sanitarie, è stata introdotta, progressivamente, la revisione contabile dei bilanci delle Aziende sanitarie.

#### 2.2 Principi contabili regionali

La Regione Toscana ha effettuato il passaggio dal previgente sistema di contabilità finanziaria a quello della contabilità economica, previsto dall'art. 5 del Dlgs 30/12/1992 n. 502, a partire dall'esercizio 1997. È stato quindi adottato il modello previsto dal decreto interministeriale del 20/10/1994, successivamente rivisto dal Dm 11/02/2002 e dal Dm 31/12/2007.

A seguito della firma dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, la Regione Toscana ha iniziato un percorso di studio al fine di introdurre un "corpus" specifico di principi contabili adeguato alle esigenze informative del proprio sistema sanitario al fine di razionalizzare e tendere all'uniformità

### Dal 2002 il percorso di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie

delle "prassi contabili", e pertanto rendere comparabili i bilanci d'esercizio nonché radicare nelle aziende la cultura del "controllo interno", anche a seguito dell'emancipazione del Dlgs n. 286/1999, con l'obiettivo finale di raggiungere la certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie.

La Regione Toscana ha iniziato, a partire dall'anno 2002, un percorso di studio e di sperimentazione che ha portato alla certificazione dei bilanci delle Aziende sanitarie del Ssr.

Al termine di questa fase di sperimentazione, sono stati emanati i provvedimenti regionali che hanno portato all'applicazione dei principi contabili e di controllo per le aziende sanitarie:

- Dgr n. 1343 del 20 dicembre 2004 - Approvazione disposizioni varie in materia di contabilità delle Aziende sanitarie della Toscana;

- Decreto dirigenziale n. 8102 del 24 dicembre 2004 - Approvazione documenti in attuazione della Dgr n. 1343/2004;

- Decreti dirigenziali nn. 2487 del 19 maggio 2006, n. 1418 dell'8 aprile 2008 e n. 1895 del 29 aprile 2009 - Ulteriori variazioni/integrazioni alla normativa previgente.

Con i provvedimenti di cui sopra la Giunta regionale ha deliberato i seguenti principi contabili, tutt'ora vigenti: - Immobilizzazioni immateriali; Immobilizzazioni materiali; Rimanenze; Crediti; Disponibilità liquide; Ratei e risconti; Conti d'ordine; Patrimonio netto; Fondi rischi ed oneri; Debiti.

Tali principi contabili sono composti nelle seguenti sezioni di riferimento:

- la posta contabile: in essa sono riprese le definizioni proposte dai principi contabili nazionali elaborati dagli ordini professionali. In particolare, vengono definiti i seguenti aspetti di ciascuna posta di bilancio:

i. natura: definizione della posta di bilancio;

ii. contabilizzazione: modalità di rilevazione dei fatti di gestione;

iii. fonti normative: indicazione delle leggi, regolamenti, circolari e principi che disciplinano il

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

trattamento contabile dei fatti di gestione riguardanti la posta di bilancio;

- la rendicontazione: riguarda il contenuto dell'informazione da trasmettere, in particolare: i. il criterio di valutazione da utilizzarsi per la singola posta;

ii. l'informativa supplementare da rendere al lettore del bilancio per favorire la comprensione degli aspetti più significativi della gestione.

- la gestione e il controllo: contiene gli elementi relativi ai seguenti aspetti:

i. principi del controllo interno: ovvero gli obiettivi che il sistema di controllo interno dell'azienda deve perseguire per assicurare l'attendibilità della posta di bilancio;

ii. procedure minime di controllo interno: ovvero il livello minimo di controllo da attivarsi relativamente a ciascun ciclo contabile.

Oltre ai principi contabili sopra menzionati, la Giunta regionale ha anche approvato specifiche casistiche con l'obiettivo di dare degli indirizzi applicativi dei principi contabili alle Aziende del Ssr.

#### 2.3 Valutazione straordinaria del giugno 2011

In applicazione di quanto previsto dall'art. 11 c. 2 del Patto della Salute per il triennio 2010-2012, nonché in attuazione dell'art. 1, c. 291 della L. 266/2005, gli Enti del Ssr, ivi inclusa la Regione per la parte relativa alla Gsa e al consolidato dei dati aziendali della Regione Toscana, hanno avviato un'attività straordinaria di ricognizione dello stato delle procedure amministrativo-contabili con riferimento all'esercizio 2009.

Il Ssr della Regione Toscana si compone di 16 Aziende sanitarie, 3 Estav, Ispo (Istituto screening prevenzione oncologica), la Fondazione Monasterio e l'ArS (Agenzia regionale di Sanità).

La valutazione del sistema amministrativo-contabile è stata fatta limitatamente alle 16 Aziende sanitarie. Per quanto attiene agli altri enti summenzionati, le risultanze economico-finanziarie rientrano nell'ambito della gestione accentrata.

Tutte le entità sopra esposte riportano dati economici e patrimoniali alla Regione Toscana al fine della loro inclusione nel bilancio sanitario regionale.

L'esito della predetta attività, che ha fatto emergere punti di attenzione e criticità condivisi sia a livello regionale che a livello aziendale, sarà preso in considerazione nel percorso di armonizzazione contabile e successiva certificabilità dei bilanci. Tali punti sono stati oggetto di specifica relazione datata 30 giugno 2011 indirizzata al Mef da parte dei direttori generali del Settore Salute e del Settore Bilancio ai sensi del decreto interministeriale del 18 gennaio 2011.

In particolare è emersa elevata attenzione da parte delle Aziende, anche condivisa a livello regionale, circa i seguenti temi:

- Inserimento nella struttura organizzativa della funzione di internal audit. Sia le aziende che la direzione generale del Settore salute e del settore bilancio hanno ritenuto che sia strategica al fine di un adeguato e completo sistema dei controlli sia a livello aziendale che a livello regionale;

- Adeguamento dei modelli organizzativi aziendali per tener conto del dettato del DL 231/01 ai fini di una efficiente ed efficace gestione dei rischi aziendali (quali a esempio reati Pa, attendibilità bilancio ecc.);

- Implementazione di un sistema che consenta l'allineamento accurato e tempestivo tra dati del sistema di contabilità generale e i dati di contabilità analitica.

All'esito delle verifiche svolte a livello delle Aziende del Ssr sono emerse alcune criticità che sono riconducibili alle seguenti principali fattispecie:

- Imprecisioni nella completa adozione del Piano dei conti unico regionale, secondo un impianto armonico che, pur nella peculiarità delle singole realtà aziendali, garantisca un trattamento omogeneo dell'informazione contabile e la sua produzione secondo forme e contenuti che permetta-

no di alimentare in maniera sistematica il processo di consolidamento e di operare confronti tra i bilanci delle diverse aziende;

- Formalizzazione di alcune procedure amministrativo-contabili nell'ambito dei principali sottosistemi che alimentano il bilancio; procedure per le quali esistono però prassi consolidate;

- Necessità di affinamento di taluni meccanismi e procedure di raccordo tra le consistenze delle contabilità sezionali e le consistenze della contabilità generale (bilancio di verifica);

- Eterogeneità di procedure e meccanismi di controllo interno contabile atti a garantire la tracciabilità delle informazioni e la qualità delle stesse.

All'esito delle verifiche svolte a livello regionale, sono emersi i seguenti punti di attenzione:

- Necessità di adeguare il sistema delle procedure amministrativo-contabili nonché il Piano dei conti e gli schemi di bilancio alle disposizioni contenute nello schema di decreto sull'armonizzazione dei bilanci;

- Necessità di migliorare le procedure contabili amministrative che allo stato attuale risultano demandate alla discrezionalità delle singole aziende, e che necessitano di integrazioni (a esempio con riferimento alla descrizione delle attività di controllo in essere e relativi rischi associati a voci di bilancio) o razionalizzazioni;

- Opportunità di migliorare l'armonizzazione dei sistemi informativi variegati nell'ambito aziendale e il loro raccordo con la gestione dei dati contabili a livello regionale nell'ottica del consolidamento secondo la logica di efficacia, efficienza ed economicità;

- Opportunità di adeguare il sistema delle procedure amministrativo-contabili nonché il Piano dei conti e gli schemi di bilancio alle disposizioni contenute nello schema di decreto sull'armonizzazione dei bilanci, anche per consentire la comparabilità dei dati a livello nazionale al fine del confronto sul tavolo degli adempimenti.

2.4 Attuale sistema di consolidamento

Il Consolidato regionale - modello 999 - che viene trimesistralmente e alla fine dell'anno inviato al Mef ai fini del monitoraggio al Tavolo degli adempimenti ministeriali risulta composto dai bilanci delle Aziende sanitarie e dal Modello 000 della Gestione accentrata.

Per quanto riguarda la compilazione del modello regionale CE000 - Gestione accentrata, esso viene predisposto dagli uffici regionali (Settore Finanza, contabilità e controllo della DG Diritti di Cittadinanza e politiche di coesione), ed è costruito tramite l'aggregazione delle cosiddette "spese dirette regionali" (progetti a gestione diretta regionale), e di quanto risultante dai modelli Ce di due Enti regionali a valenza sanitaria (Istituto per la Prevenzione oncologica e Fondazione G. Monasterio).

In mancanza di un sistema di contabilità economica a livello regionale, i costi di diretta gestione sono rilevati e imputati all'anno al momento dell'assunzione dell'"impegno", tramite uno specifico atto regionale, assunto entro la chiusura dell'esercizio finanziario di riferimento.

Nei diversi capitoli di spesa confluiscono anche le spese di alcuni Enti non classificati a livello nazionale (Agenzia regionale Sanità e gli Estav - Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta).

Il Ce consolidato regionale 999 è ottenuto invece come consolidamento e aggregazione dei modelli Ce aziendali con il modello 000. In questo processo, secondo quanto stabilito dalle "linee guida ministeriali" relative ai modelli economici, il processo di consolidamento è effettuato tramite aggregazione delle somme inserite nelle diverse poste, con l'eccezione di alcune specifiche poste di bilancio, codificate con la lettera "R", che sono compilate dalle singole aziende e che

Tabella I

Entrate	Spesa
<p><b>a) Finanziamento sanitario ordinario corrente</b> Deriva dalle fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard (di seguito, per brevità, Fsr) e di individuazione delle relative fonti di finanziamento intercettate dall'ente regionale, ivi compresa la mobilità attiva extraregionale programmata per l'esercizio</p>	<p><b>a) Spesa sanitaria ordinaria corrente</b> È la spesa ordinaria corrente per il finanziamento dei Lea, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio e il pay back</p>
<p><b>b) Finanziamento sanitario aggiuntivo corrente</b> Deriva da atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli destinati all'erogazione di livelli di assistenza superiori rispetto ai Lea (Livelli essenziali di assistenza), da pay back e da iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale</p>	<p><b>b) Spesa sanitaria aggiuntiva corrente</b> È la spesa aggiuntiva corrente per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai Lea</p>
<p><b>c) Finanziamento regionale del disavanzo sanitario progressivo</b> Deriva dagli eventuali atti regionali di incremento di aliquote fiscali per il finanziamento della Sanità regionale e dagli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione in materia di copertura dei disavanzi sanitari. La Regione può, inoltre, ottenere finanziamenti integrativi a carico del bilancio dello Stato qualora le manovre adottate per il ripianamento delle perdite pregresse non siano sufficienti al raggiungimento di tale scopo</p>	<p><b>c) Spesa sanitaria per il finanziamento del disavanzo sanitario progressivo</b> È la spesa destinata alla copertura delle perdite pregresse</p>
<p><b>d) Finanziamento per investimenti in ambito sanitario</b> Le politiche pubbliche di investimento strutturale nel Servizio sanitario nazionale fanno riferimento al programma pluriennale straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall'art. 20 della legge 67/88.</p>	<p><b>d) Spesa per investimento in ambito sanitario</b> È la spesa in conto capitale, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20, della legge 67/88.</p>

vengono elise automaticamente al momento della predisposizione del modello, in quanto rappresentano costi e ricavi "interni" al sistema.

Per quanto riguarda invece il modello SP 000, adottato per la prima volta nell'anno 2009 a titolo sperimentale, esso è stato alimentato in alcune specifiche voci, quali debiti e crediti verso Stato (sia per cassa corrente che per investimenti), verso Aziende, Cassa, Debiti verso fornitori, Patrimonio netto.

Allo stesso modo del Ce, anche per il modello Sp 999 il consolidamento è costruito tramite aggregazione dei dati rilevati dai modelli aziendali e regionale 000, con l'eccezione di alcune specifiche voci che invece vengono elise (voci codificate con la lettera "R" che sono compilate dalle singole aziende ma elise dalla Regione e voci codificate con la lettera "RR" presenti nel modello SP delle singole aziende e che trovano un corrispondente di segno opposto nel modello SP000).

#### 3. Linee Guida per l'avvio della Gsa

##### 3.1 Premessa

Al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del Dlgs 118/2011, dell'operatività della Gsa e del processo di consolidamento del Ssr, diventa fondamentale la collaborazione, la condivisione e lo scambio continuo di informazioni tra la struttura della Gsa, la struttura del Bilancio regionale e le strutture delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Ssr.

Le linee guida per l'avvio della Gsa rappresentano gli elementi alla base del necessario intenso rapporto di analisi e acquisizione di informazioni che deve intercorrere tra la struttura organizzativa della Sanità e del Bilancio regionale, finalizzata all'integrazione dei sistemi tra

contabilità finanziaria e contabilità economico-patrimoniale e quindi a dotare il responsabile della Gsa degli strumenti previsti dal Dlgs 118/2011 per lo svolgimento delle proprie funzioni.

Gli elementi che è necessario tenere in considerazione per l'avvio della Gsa sono riportati nel seguito.

##### 3.2 La perimetrazione

L'art. 20 del Dlgs 118/11 prevede l'obbligo, da parte delle Regioni, di articolare i capitoli di contabilità finanziaria, sia nella sezione delle entrate che nella sezione delle uscite, in maniera tale da garantire un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

A tale perimetrazione corrisponde l'insieme delle operazioni da registrare, da parte della Gsa, in contabilità economico-patrimoniale, in termini di ricavi/attività e costi/passività della Gsa così sintetizzate (vedi tabella I).

Con riferimento alla Gsa vi è pertanto la necessità di individuare a livello centrale:

- i capitoli del bilancio regionale (entrate e uscite) che rientrano nella pertinenza della Sanità (Assessorato/Dipartimento);

- altri capitoli del Bilancio regionale non di stretta pertinenza sanitaria e relativi agli altri Dipartimenti regionali che erogano risorse a favore della Gsa e delle Aziende sanitarie;

- mappare le movimentazioni (trasferimenti, pagamenti) dei capitoli del bilancio e disciplinarne la rilevazione contabile in relazione alla natura dei capitoli.

##### 3.3 Il Piano dei conti

L'art. 27 del Dlgs 118/2011 indica che ciascuna voce del Piano dei conti utilizzato in ambito regionale ai fini della tenuta della contabilità finanziaria sia ricondotto a una sola voce dei modelli di rilevazione Sp e Ce.

Al fine del rispetto di quanto previsto dal summenzionato articolo del Decreto, i capitoli di entrata e uscita del Piano dei conti della contabilità finanziaria del Bilancio regionale che dall'attività di perimetrazione risultano afferenti al Ssr consolidato della Regione Toscana devono essere mappati (transcodificati) al fine di consentire la definizione di un nuovo Piano dei conti che consenta la gestione omogenea della contabilità economico-patrimoniale, sia per ciò che riguarda la Gsa, sia per quanto riguarda le Aziende sanitarie.

In seguito alla summenzionata mappatura dei conti di contabilità economico-patrimoniale, anche facendo riferimento a quanto declinato nel dettaglio nella casistica della Gsa predisposta dal Mef e dal ministero della Salute, occorre identificare quali siano le movimentazioni di partita doppia (Dare/Avere) dei vari sottoconti in funzione dei fatti aziendali che sono da riflettere nella contabilità economico-patrimoniale.

Gli ulteriori elementi presentati in delibera alla Giunta unitamente al presente documento consentono di avviare il processo di contabilizzazione economico-patrimoniale previsto dal Dlgs 118/2011 mediante il congiungimento dei capitoli "perimetrati" con il Piano dei conti. Di seguito si riporta una breve descrizione di tali elementi, al fine di comprenderne il loro corretto utilizzo:

- Perimetrazione dei capitoli d'entrata e d'uscita del bilancio regionale, afferenti alla gestione sanitaria regionale (allegato A);

- Piano dei conti consolidato del Ssr della Regione Toscana, che consente di individuare le singole "transazioni elementari" alle quali è attribuita una codifica. Il Piano dei conti consente quindi di rilevare ogni accadimento contabile avvenuto sia nella Gsa, sia nelle diverse Aziende sanitarie ed è collegato alle voci degli facendo schemi indicati nel Dm 13 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (allegato D);

- Identificazione delle movimentazioni di partita doppia (Dare/Avere) e relative contropartite sia economiche che patrimoniali per ciascun capitolo afferente alla Gsa e mappato nel Piano dei conti economico-patrimoniale (allegati C).

In particolare nella fase di start-up della Gsa, assume rilevanza il continuo monitoraggio dell'adeguatezza della mappatura iniziale del Piano dei conti rispetto ai fatti gestionali della Gsa che sono da registrare nel libro giornale questo anche con particolare riferimento alle mansioni del responsabile della Gsa di:

- cura delle registrazioni dei fatti gestionali e della regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità;

- compilazione del bilancio d'esercizio della Gsa presso la Regione dei modelli ministeriali Ce e Sp relativi alla Gsa (attuale codice "000") e quindi verifica della coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione statistica dei conti con le risultanze della contabilità.

- Verifica della corrispondenza del bilancio alle risultanze della contabilità.

(...omissis...)

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



DIRITTI

Presentato il IV Rapporto regionale sulla violenza contro le donne



# Quei carnefici dentro casa

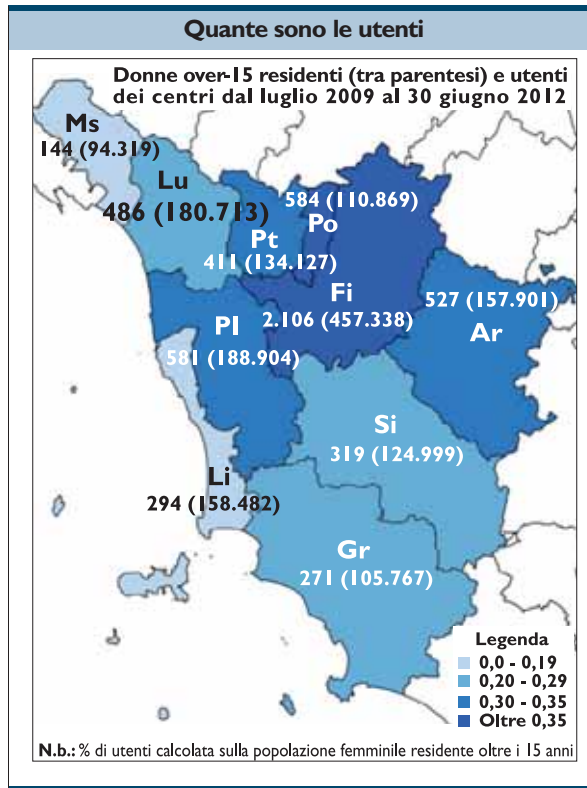
## Dal 2009 oltre 5.700 persone si sono rivolte ai centri sul territorio

Il quarto Rapporto sulla violenza di genere in Toscana, a cura dell'Osservatorio sociale regionale in collaborazione con la rete degli osservatori provinciali e il gruppo di lavoro regionale sulla violenza di genere, affronta il fenomeno su più fronti al fine di offrire un vasto panorama delle azioni a oggi messe in atto per il sostegno della donna. Infatti, oltre a presentare una descrizione delle 5.723 vittime che si sono rivolte ai centri anti-violenza toscani dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2012, da una parte sposta lo sguardo dalla vittima all'aggressore, mediante la descrizione delle attività svolte dal Centro di ascolto uomini maltrattanti (Cam) e, dall'altra, dall'ambito sociale si cala in quello sanitario, approfondendo a esempio il progetto Codice Rosa ed elaborando i dati sui casi di violenza domestica seguiti dai cinque pronto soccorso toscani in cui è stata avviata la sperimentazione (Arezzo, Lucca, Grosseto, Prato e Viareggio), e infine offrendo una mappatura delle policies contro la violenza di genere attuate in quelli che ancora non sono stati inclusi nella sperimentazione. Questi ultimi tre lavori sono stati possibili grazie alla collaborazione dei singoli componenti della task force pro-

getto Codice rosa e del Settore diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale.

Le 5.723 utenti che si sono rivolte ai centri toscani rappresentano un trend in aumento - si va dai 1.761 casi del 2009-2010 ai 2.033 del 2011-2012 - e sono indicatore dell'aumento del numero di donne che decidono di iniziare un percorso di uscita dal silenzio per chiedere aiuto. Nel rapporto trova conferma l'idea che la presenza di strutture contro la violenza fortemente radicate nel territorio, il legame tra queste e altri soggetti, istituzionali e non, e la formazione di operatori che operano nel settore sociosanitario pubblico e privato sono fattori che possono contribuire a un maggior afflusso delle donne ai Centri anti-violenza.

I dati raccolti in questi anni dimostrano, inoltre, che la violenza è un fenomeno trasversale rispetto alle tradizionali caratteristiche socio-demografiche utilizzate per descrivere e prevedere fenomeni sociali: si tratta di donne che hanno titoli di studio più alti della media, di età variabile, con una proporzione di occupate, in modo più o meno stabile, in linea con la media toscana. Nella stessa direzione vanno le informazioni fornite dal Centro di ascolto uomini maltrattanti: è



l'intimità della relazione con la vittima la caratteristica comune agli uomini che si rivolgono al Cam, mentre le variabili socio-demografiche non riescono a tracciare la figura di un aggressore tipo.

Si può perciò continuare ad affermare che il luogo dove nel-

la maggior parte dei casi si manifesta la violenza è tra le mura domestiche e che l'aggressore è la persona con cui la vittima ha, o aveva, nel caso dell'ex partner, una relazione intima. Ed è proprio la relazione tra vittima e aggressore a inibire la propensione alla denuncia che

però trova sbocco se alla violenza sono presenti i figli: dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012 sono 4.060 i figli che hanno assistito a episodi di violenza tra le mura domestiche.

L'approfondimento sul Codice Rosa serve a capire il funzionamento per poterne estrarre delle buone pratiche, in vista dell'estensione del progetto Codice rosa a tutti i pronto soccorso della Toscana prevista a partire dal 2013, e fornire strumenti che facilitino tale percorso di espansione che, come emerso da questo lavoro, non può prescindere dalla conoscenza e dalla relazione con le reti del territorio. La mappatura delle policies contro la violenza di genere attuate nei pronto soccorso toscani ha lo scopo di individuare l'eventuale presenza di particolari procedure di accesso e/o di percorsi ad hoc per le sospette vittime di violenza.

In conclusione si può dire che il IV rapporto fa da collante a spinte provenienti da ambienti diversi. Oltre all'esplorazione del legame tra sociale e sanitario, che appaiono più connessi di quanto comunemente si pensi, «analizza i dati al fine di realizzare una sinergia tra i soggetti coinvolti per sviluppare la conoscenza delle problematiche relative alla violenza di genere e per armonizzare le varie

metodologie di intervento adottate nel territorio» delineando un percorso che ha cercato di ragionare in una logica integrata, nell'ottica della ricerca-azione, in stretta collaborazione con il Settore Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale. Un lavoro di tessitura complesso, specie quando si cerca di mettere in relazione dati provenienti da fonti diverse: rimangono infatti le criticità evidenziate nel terzo rapporto, riguardanti la necessità di avere dati omogenei e confrontabili che permettano di andare ancora più a fondo nell'analisi del fenomeno.

La sfida di adottare prassi di rilevazione comuni diventa ancora più importante adesso che si sono percorse le prime fondamentali tappe verso l'integrazione del monitoraggio delle policies contro la violenza di genere.

**Daniela Bagattini  
Valentina Pedani**

Curatrici del IV Rapporto sulla violenza di genere in Toscana

Per informazioni dettagliate sui Centri si rimanda al sito dei Sistemi informativi georeferenziati della Regione Toscana: [www.e.toscana.it/strutture\\_violenza](http://www.e.toscana.it/strutture_violenza)

### IL CODICE ROSA

## Pronto soccorso all'erta

Il rapporto contiene per la prima volta i dati sui casi di violenza domestica seguiti dai cinque pronto soccorso toscani in cui è stata avviata la sperimentazione del progetto Codice Rosa (Arezzo, Lucca, Grosseto, Prato e Viareggio) e quelli degli accessi ai consultori toscani, dal 2009 al settembre 2012, con particolare attenzione a quelli per abuso e maltrattamento.

Il Codice Rosa nasce nel 2010 per riservare una corsia preferenziale alle vittime di violenza. Non solo donne ma tutte le fasce deboli della popolazione: bambini, anziani, omosessuali e immigrati. Prima Asl ad attivarlo è stata la 9 di Grosseto. Successivamente l'estensione, dal 1° gennaio 2012, ad Arezzo, Lucca, Prato e Viareggio. Entro il 2014 si punta a coprire tutta la Regione. Nel primo semestre 2012 i 5 pronto soccorso hanno trattato 682 casi, 80 dei quali riguardanti bambini. Nel 95% dei casi riferiti ad adulti e quasi nel 75% di quelli che vedono coinvolti bambini si tratta di maltrattamenti. Sempre per i bambini, il restante 25% si riferisce ad abusi di vario tipo. 198 sono i casi trattati a Grosseto, 171 a Prato, 135 ad Arezzo, 114 a Lucca e 64 a Viareggio.

Circa la metà degli accessi ai consultori, nel 2011, è avvenuta per maternità, il 21% per prevenzione oncologica, il 12% per altre malattie ginecologiche e il 7% per contraccezione. Quelli per abuso e maltrattamento sono stati ogni mille: 489 nel 2009 (0,08% del totale), 796 nel 2010 (0,1%) e 797 nel 2011 (0,09%). Il dato parziale 2012, riferito a settembre, parla di 564 visite effettuate per questo motivo, la proiezione a fine dell'anno allinea il dato a quello degli anni precedenti.

Nel periodo 1° gennaio 2009-31 dicembre 2011 le visite per abuso e maltrattamento sono state 2.082. Il 30% è stato fatto per casi di negligenza genitoriale (bambini trascurati), il 27% per maltrattamenti psicologici, il 26% per maltrattamenti fisici e il 17% per maltrattamenti sessuali. Spicca il dato relativo alla Asl 7 di Siena dove sono state effettuate oltre la metà delle prestazioni consultoriali per abuso e maltrattamento di tutta la Toscana, 1.118. Sempre nella stessa Asl le visite per problematiche di negligenza genitoriale sono state 531, vale a dire il 47,5% del totale delle prestazioni consultoriali per abuso e maltrattamento e ben l'85% del totale degli accessi per negligenza genitoriale (625) di tutta la Toscana.

Federico Taverniti  
Agenzia informazione Toscana Notizie

### IL CAM

## Uomini da «rieducare»

Quando l'intervento si sposta dal lato degli aggressori. Le esperienze di recupero e rieducazione dell'uomo maltrattante attraverso percorsi di gruppo sono una prassi consolidata da decenni in Usa e Nord Europa. Dal 2009 anche la Toscana ha avviato la propria con il Cam, Centro di ascolto uomini maltrattanti, nato a Firenze da un progetto sperimentale promosso dall'associazione Artemisia in partnership con la Asl 10 e finanziato dal Cevot (Centro servizi per il volontariato toscano). Oggi il Cam è un punto di riferimento a livello nazionale e ha inoltre partecipato al progetto europeo Daphne II Work with Perpatrators of domestic violence in Europe.

Obiettivo del Cam è eliminare la violenza maschile sulle donne attraverso la promozione di programmi di cambiamento, il miglioramento della sicurezza delle vittime e l'impegno nel promuovere il cambiamento sociale. Primo canale di contatto, grazie al carattere impersonale del web, è il sito [www.centrouominimaltrattanti.org](http://www.centrouominimaltrattanti.org) dove l'uomo maltrattante (ma anche la vittima, familiari, conoscenti e operatori) può accedere a informazioni e materiali sulle attività del Cam. Attraverso il servizio telefonico di prima accoglienza viene fissato il colloquio con gli operatori. La fase successiva è l'inizio di un percorso di valutazione della motivazione della persona a intraprendere un percorso di cambiamento, terminata la quale l'uomo può essere inserito nel percorso di gruppo. Solitamente, entro 2-3 mesi viene interrotta la violenza fisica, che è poi l'obiettivo principale del percorso.

Nel 2010 e 2011 i contatti telefonici sono stati 61 e 71, meno della metà fatti da uomini maltrattanti. Nel primo trimestre 2012, 19. Nell'80% dei casi sono uomini di nazionalità italiana. La maggior parte dei contatti proviene dalla provincia di Firenze, numerosi quelli da fuori Regione, spesso per consulenza telefonica o sapere di servizi analoghi in altre zone d'Italia. Dai contatti non emerge un profilo tipo ma assoluta trasversalità rispetto a età (prevalge leggermente la fascia 41-50 anni) e posizione sociale (dallo studente al dipendente, dall'operatore delle forze dell'ordine al libero professionista fino all'operaio e al pensionato). Caratteristica comune che invece si ripete è il rapporto tra uomo e vittima: conviventi, fidanzati ma soprattutto sposati e con figli. Molti infatti gli uomini che contattano il Cam per ricucire il rapporto familiare. Riguardo al modo di invio al Cam, prevale l'iniziativa spontanea da parte dell'uomo ma sono ricorrenti anche quelli su invito del partner.

F.T.

### IL FENOMENO

## Partner primi aggressori

Sono 5.723 le donne che, dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2012, si sono rivolte a una delle 25 strutture toscane che svolgono attività di centro anti-violenza. In generale hanno un titolo di studio più alto della media (più della metà ha almeno il diploma, il 13% è laureata), hanno un'età variabile (più bassa per le straniere che sono circa un terzo di coloro che si rivolgono ai centri) e hanno un'occupazione più o meno stabile (38% delle straniere, 48% delle italiane). Più della metà delle donne straniere (55,4%) sono sposate, rispetto al 41,4% delle italiane; quasi 7 su 10 tra le straniere vivono col proprio partner (si scende a 5 su 10 per le italiane). Nel periodo preso in considerazione dal rapporto, 1 luglio 2011-30 giugno 2012, delle 2.033 donne che si sono rivolte ai centri, più di 6 su 10 ci sono arrivate in maniera autonoma, il restante segnalato da altri servizi (consultori, forze dell'ordine, pronto soccorso, servizio sociale). Hanno avuto accesso ai centri dopo essersi prima rivolte ad altri servizi specie le donne straniere, 70,2%, contro il 58,8% delle italiane.

Per l'81,7% delle donne straniere che subiscono violenza fisica l'aggressore è il partner, che è anche colui che compie violenza sessuale nel 45,1% delle italiane e per il 62,5% delle straniere. Ex partner e parenti sono colpevoli del 37% delle violenze sessuali subite dalle italiane. Lo stalking si conferma come la violenza tipica dell'ex partner.

Il 58% delle donne italiane e il 67% delle straniere hanno figli che assistono alla violenza. Dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2012, è accaduto a oltre 4mila ragazzi, quasi 3 su 4 minorenni.

Sei donne su 10 vanno ai centri per avere informazioni. Le altre richieste più frequenti: consulenza legale (40%), assistenza (38%), ascolto (36%). In calo le denunce nel 2010-2011 (rispetto alla precedente rilevazione): 463 utenti contro 481, sarebbero invece quasi 1.300 coloro che hanno deciso di non farla e 41 le denunce ritirate. Denunciano di più le donne straniere: 31,1% contro il 25,2% delle italiane e la propensione aumenta se alla violenza assistono i figli. Infine la conferma di quanto già rilevato nei precedenti rapporti: quanto più il legame tra vittima e aggressore è stretto e quanto più bassa è la propensione a denunciare.

F.T.



**LIVORNO** Il Dipartimento di ematologia centro di riferimento a livello nazionale

# Task force anti-linfomi all'Asl



**Studi clinici su nuovi farmaci - Riconoscimento dalla Fondazione italiana**

La struttura dipartimentale di Ematologia dell'Asl 6 Livorno è stata selezionata come centro di riferimento nazionale per la conduzione di alcuni studi scientifici su nuovi farmaci contro i linfomi.

«Si tratta di un grande riconoscimento - spiega Enrico Capochiani, responsabile dell'Ematologia dell'Asl - del lavoro svolto in tutti questi anni e soprattutto del livello raggiunto di qualità e quantità di trattamenti. Questa scelta è stata fatta dopo l'attenta e puntigliosa valutazione da

parte di una casa farmaceutica internazionale partita addirittura nella primavera scorsa. Hanno analizzato le nostre strutture, le procedure seguite e anche i trattamenti offerti. In base a tutto questo hanno deciso di investire la realtà livornese del prestigioso ruolo di coordinatore a livello nazionale per la valutazione di efficacia di un nuovo anticorpo monoclonale specifico per i linfomi. Al di là del vantaggio per l'Asl stessa che potrà contare su forniture gratuite del farmaco, saranno i pazienti i primi beneficiari della sperimentazione,

potendo accedere alle più recenti e innovative terapie. Questa sperimentazione, appena approvata dal Comitato etico aziendale, sarà operativa prima di Natale e durerà almeno 3 anni potendo contare su tutte le implementazioni e i passi avanti che la ricerca compirà nel frattempo».

Ma le buone notizie per il reparto non sono finite. «Dopo il riconoscimento del mondo profit - continua Capochiani - abbiamo incassato anche quello del non profit grazie al parere positivo espresso in questi stessi giorni dalla Fondazione italia-

na linfomi riguardo alla nostra richiesta di adesione. In questo caso il giudizio, che tiene in considerazione la storia e l'adeguatezza del comportamento professionale del nostro gruppo, arriva da un ente formato dalle più autorevoli Unità operative di ematologia a livello nazionale, che gestisce i rapporti tra le stesse, elabora linee guida, indirizza e favorisce gli studi clinici spontanei». Si tratta quindi di un doppio riconoscimento che guarda la nostra realtà da lati differenti ma con eguale risultato favorevole.

«In questo particolare momento del Sistema sanitario - dice Monica Calamai, direttore generale dell'Asl - queste notizie positive rafforzano la fiducia dei pazienti sulla qualità dei servizi offerti e il valore e le capacità dei professionisti. Questo è un esempio di buona Sanità realizzata senza stravolgere i propri budget e senza sacrificare le legittime aspettative dei nostri utenti».

**Pierpaolo Poggianti**  
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

**PISA**

## Ortopedia: Pontedera dà lezioni di chirurgia mini-invasiva via web

L'Ortopedia di Pontedera, diretta da Franco Carnesecchi, è in continua crescita professionale ed è sempre più punto di riferimento nazionale e internazionale per le protesi d'anca, grazie alla tecnica mini-invasiva. Sono già trenta i chirurghi che negli ultimi mesi sono venuti a Pontedera da ogni parte d'Italia e d'Europa per apprendere come si interviene chirurgicamente per la via mini-invasiva anteriore con il paziente supino, inoltre l'équipe di ortopedici ha anche tenuto corsi di formazione live surgery e cadaver lab in Italia (a Milano) e nel prossimo futuro saranno a Salisburgo.

di incisione), permette al paziente di camminare dopo pochi giorni e di riabilitarsi completamente in brevissimo tempo». L'innovazione e il numero degli interventi eseguiti fanno sì che l'Ortopedia pontederese sia uno dei cinque centri nazionali di eccellenza che intervengono nel settore delle protesi d'anca per l'Asi, e ha garantito alla Asl 5 un contatto di consulenza con una grande azienda americana e un'azienda italiana leader nel campo delle protesi.

**Intervento on line per dimostrare l'efficacia della tecnica**

«Per dimostrare l'efficacia di questa tecnica - afferma il direttore Franco Carnesecchi - abbiamo partecipato a un importante evento. Cioè abbiamo eseguito un intervento con collegamento in diretta via internet che ha avuto 98 contatti e circa 200 chirurghi presenti nonché il responsabile europeo della Biomet». L'intervento è visibile in rete sul sito [www.surgeonspace.com](http://www.surgeonspace.com). «Tale tecnica, oltre a essere poco invasiva (solo 7 cm di media

Il reparto diretto da Carnesecchi, che può contare su undici medici ortopedici e su una squadra di venticinque persone tra infermieri e personale di supporto, oltre a una caposala, è noto anche per la chirurgia protesica del ginocchio, della spalla, per la ricostruzione del legamento crociato anteriore in over the top, una tecnica senza tutore applicata a numerosi sportivi. Anche per l'alluce valgo percutaneo è presente un'importante lista di attesa nonostante ci siano sei medici che operano.

**Daniela Gianelli**  
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

**SIENA**

## Accordo Cina-Aou Le Scotte: formati venti medici ogni sei mesi

Sottoscritto alle Scotte un importante accordo formativo tra l'azienda ospedaliera universitaria senese e il Centro ricerche mediche internazionali del ministero della Salute cinese. L'accordo è stato siglato a Siena tra Pierluigi Tosi, direttore generale dell'Aou senese e Chen Ran, direttore generale Area risorse umane del ministero cinese. L'accordo prevede un ampliamento del numero di me-

con entusiasmo e dedizione e agli specializzandi, sempre molto partecipativi e disponibili». Sino a ora sono stati 130 i medici cinesi in tirocinio formativo alle Scotte, con spese totalmente a carico del ministero cinese.

La delegazione cinese, formata anche da Jin Yulian, presidente Ospedale dei Bambini di Anhui (tra le province più prospere e grandi della costa orientale cinese), Hua

**Tirocinio operativo già per 130 specializzandi**

Shan, direttore Chirurgia pediatrica di Anhui e Zheng Chaoyang, dirigente ministero Salute, dopo aver visto il Dipartimento materno-infantile delle Scotte, ha visitato la città di Siena.

«L'accordo potrebbe portare a rilevanti sviluppi futuri - conclude Tosi - includendo anche altri ruoli sanitari nello scambio formativo, tra cui gli infermieri e i tecnici di radiologia. È inoltre un modo intelligente per guardare al futuro, instaurando ottime relazioni internazionali tra Siena e la Cina».

**Ines Ricciato**  
Ufficio stampa Aou Siena

**PISTOIA**

## Appropriatezza di cure per l'ictus con percorsi terapeutici ottimizzati

Nell'Asl 3 Pistoia la percentuale standardizzata dei pazienti ricoverati per ictus e morti nei successivi trenta giorni è del 7,89% contro la media nazionale dell'11,61 per cento. Si tratta di un indicatore valido e riproducibile nell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero.

Con questo dato l'Asl appare anche nella classifica dell'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) come uno dei migliori centri per l'ictus. Il merito di questo ottimo risultato va soprattutto all'organizzazione del percorso assistenziale ospedaliero realizzato a

sti (medici e infermieri dei pronto soccorso, delle Unità di terapia intensiva cardiologica, medicina, neurologia e Unità operative di riabilitazione funzionale). Il trattamento precoce del paziente con terapia trombolitica entro 3 ore dall'insorgenza della sintomatologia ha portato a un continuo miglioramento del dato di sopravvivenza degli ammalati. Nelle successive ore il paziente è sottoposto al monitoraggio delle funzioni vitali sotto controllo neurologico.

**Mortalità al 40% rispetto al dato medio nazionale**

partire dal 2007 all'interno dei presidi ospedalieri di Pescia e Pistoia (unità operative di Neurologia diretta da Stefano Bartolini e di Medicina diretta da Grazia Panigada). In Italia ogni anno si verificano 200mila casi di ictus. Nella provincia di Pistoia i soggetti colpiti sono invece 730 ogni anno. Prevalentemente anziani e donne.

Negli ospedali della provincia di Pistoia l'ottimizzazione del percorso assistenziale è il frutto di una forte collaborazione e sinergia tra più professioni-

Nella provincia grazie al miglioramento continuo delle cure sono circa 3mila i pazienti che sono sopravvissuti a un pregresso ictus. Di questi, 500 sono di età inferiore a 65 anni. Da tenere presente che comunque circa 450 persone continuano a morire ogni anno per ictus e quindi questa patologia rappresenta anche nella provincia pistoiense una delle principali cause di morte. È infine da considerare che i fattori di rischio per l'ictus sono ben noti (ipertensione, obesità, sedentarietà, fumo) e pertanto evitabili adottando corretti stili di vita.

**Daniela Ponticelli**  
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

**IN BREVE**

**PISA**

Si è svolto a Pisa, nella tenuta di San Rossore, il congresso nazionale della Sicut-Società italiana di chirurgia dell'osteoporosi, dal titolo: «L'osteoporosi dieci anni dopo: cosa è cambiato?». Il tema del congresso, di cui è stato presidente Giulio Guido, ha preso in considerazione tutte le novità e le problematiche emerse nel trattamento medico e chirurgico dell'osteoporosi. Sono intervenuti, oltre ai chirurghi ortopedici, anche specialisti di altre branche mediche che si interessano allo studio e terapia della malattia quali endocrinologi, reumatologi, medici internisti, odontoiatri, fisiatristi provenienti da diverse località italiane. Nell'ambito del congresso è stata commemorata la figura di Nicolino Marchetti che fondò la Società dieci anni fa.

**LIVORNO**

La Procura della Repubblica di Livorno, l'Asl 6 assieme a carabinieri e polizia hanno firmato un protocollo d'intesa contro la violenza esercitata verso le fasce più deboli, in particolare donne e bambini. Questo porterà alla realizzazione di un gruppo operativo interistituzionale che potrà essere in grado non solo di condividere strategie e metodi operativi di prevenzione, ma che porterà le forze coinvolte a lavorare con una crescente sinergia. «A tale scopo l'Asl 6 - spiega il direttore generale, Monica Calamai - ha adottato un protocollo che istituisce al proprio interno un centro di coordinamento finalizzato alla creazione di un cosiddetto "Percorso rosa" ovvero una procedura da attivare a tutela delle vittime di violenze».

**GROSSETO**

Nell'Asl di Grosseto è stato pubblicato l'avviso per la domanda di partecipazione al corso per operatore socio-sanitario (Oss), 2012-2013, con 30 posti disponibili. Il bando è riservato a chi deve fare il percorso "completo", della durata di 1.000 ore, che non ha cioè qualifiche intermedie di addetto all'assistenza di base (Aab) o equivalenti (operatore socio-assistenziale - Osa; addetto all'assistenza domiciliare - Ada) e non ha conseguito il diploma di tecnico dei servizi sociali (Tss). Le domande di partecipazione devono essere inviate per raccomandata con ricevuta di ritorno entro e non oltre le ore 12 del 10 dicembre 2012 oppure consegnate a mano, entro lo stesso termine, all'ufficio protocollo dell'Asl.

**CALENDARIO**



**PISTOIA**

Presso il Centro congressi di Villa Cappugi si terrà il convegno «Nuovo Ospedale di Pistoia. Una formula nuova per l'assistenza sanitaria». L'obiettivo è quello di parlare dei nuovi percorsi terapeutici, della nuova formula per l'assistenza ospedaliera. Info: 0573352795; l.caccavale@usi3.toscana.it



**MASSA E CARRARA**

«Diabete: un problema di salute pubblica». Questo il titolo del convegno organizzato dall'Asl 1 di Massa e Carrara che approfondirà il tema. Si parlerà dell'inquadramento della patologia, della terapia del diabete e delle nuove soluzioni terapeutiche. Info: 0585657516; formazione@usl1.toscana.it



**FIRENZE**

Convegno «La sicurezza del paziente e del professionista alla luce della spending review» all'Accademia "La Colombaria" per delineare il quadro economico e indicare gli effetti per razionalizzazione, efficienza ed efficacia, le priorità assistenziali e i livelli accettabili di qualità professionale. Info: 0666939211; formazione.professionale@asf.toscana.it





Regione Toscana

Marta Pignatelli Comunicazione

# L'INFLUENZA È ALLE PORTE. DIFENDITI COL VACCINO.

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

In più, coloro che superano i sessantacinque anni, potranno usufruire, sempre gratuitamente, di due dosi di Vitamina D3, essenziale per prevenire l'osteoporosi.

Per difenderti dalle complicanze dell'influenza e per mantenerti in salute, parlane con il tuo medico che saprà consigliarti se e quando fare la vaccinazione e sull'opportunità di assumere, se occorre, la vitamina D3.

**Servizio Sanitario della Toscana**  
La salute prima di tutto.

