

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 32-33 anno XII del 25 ago.-14 set. 2009 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.Toscana.it

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

Governare l'offerta senza sprechi

di **Morando Grechi ***

Grazie al tumultuoso sviluppo tecnologico degli ultimi 30 anni la diagnostica per immagini è a tutti gli effetti il punto di connessione di tutti i percorsi diagnostico-terapeutici e sicuramente la risonanza magnetica è la metodica che negli ultimi anni ha registrato in Italia e nei Paesi industrializzati un costante aumento annuo di esami (oltre il 10 per cento).

Pertanto non si può non condividere il tentativo della Giunta regionale toscana di arginare il fenomeno sia tramite la promozione, nella popolazione e negli operatori, di una cultura dell'appropriatezza e dell'adeguatezza della prestazione ai fini di una sostenibilità economica del sistema sanitario regionale, sia la messa in atto di misure per contenere la domanda e in particolare l'obbligo per le prestazioni Rm del rachide e Rm muscoloscheletriche di una precompilazione corretta ed esaustiva di una scheda che deve riportare sempre la motivazione clinica e il quesito diagnostico.

Considerato che tali prestazioni sono il 70% del totale e che possono essere eseguite con macchine a basso campo dal solo Tsm, ci sembra illuminante la decisione suggerita dal gruppo di lavoro dedicato, e adottata dalla Giunta, di dotare le Asl toscane di almeno una macchina a basso campo accanto a quella ad alto campo. Nell'Area vasta sud-est abbiamo approva-

CONTINUA A PAG. 2

DIAGNOSTICA Al via i poli radiologici di Area vasta per garantire l'alta produttività

Radiologia a pieno regime

Sinergie e organizzazione efficiente: così si sfrutta al meglio la tecnologia

Nascono in Toscana i poli radiologici di Area vasta ad alta produttività. In sintesi si tratta di far funzionare tecnologie Rm ad alta e bassa intensità di campo in contiguità strutturale e continuità funzionale, in grado di dare riposte/diagnosi coerenti con l'epidemiologia del quesito clinico, per oltre il 70% rappresentato dalle richieste muscolo scheletriche.

I percorsi di accesso e i protocolli di uso definiti dai radiologi sinergizzano le competenze tecnico-sanitarie con le competenze specialistiche, anche in ragione dell'innovazione introdotta dal progetto Ris-Pacs. Il loro uso per un ampio arco orario, dalle 7 alle 23, con continuità nei giorni del calendario, ottimizza l'ammortamento di tecnologie con breve periodo di vita come le Rm. Da dove nasce il progetto? «The modern medicine is image guided», così titolava una prestigiosa rivista internazionale agli inizi di questo secolo; il trend di crescita registrato negli ultimi anni nella nostra Regione nella diagnostica per imaging Rm (ore il 9% annuo) nella diagnostica Tc (oltre il 6,5%) e nella Ecografia (oltre il 5%) conferma l'assunto. La Toscana, in particolare, occupa saldamente le prime posizioni nelle varie classifiche nazionali sul consumo di prestazioni diagnostiche. Le prestazioni diagnostico-strutturali crescono significativamente più della visita clinica, peraltro con una percentuale simile alla crescita del consumo farmaceutico, confermando che non si tratta di una diversa sensibilità nel bisogno di salute percepito dal cittadino o di un arretramento difensivo della competenza clinica quanto di una mutazione profonda, e a nostro giudizio positiva, dell'algoritmo diagnostico del medico. Sulla natura di questa mutazione possiamo discutere, sulla sua realtà no. È la correlazione profonda tra il processo di deospedalizzazione toscano, che registra il successo del più basso tasso di ospedalizzazione nazionale, e l'indice di accesso alle prestazioni specialistiche "territoriali", sia cliniche che diagnostiche, che ci colloca, specu-

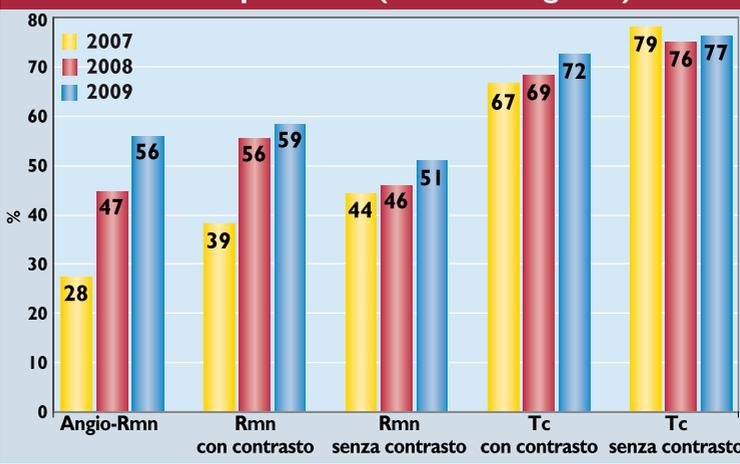
Tempi medi di attesa e numero di prenotazioni (2007-2009)

Ramo	Numero prenotazioni	Tempio medio attesa (effettivo)	Tempio medio attesa (prima disponibilità)	% entro 30 gg. (effettivo)	% entro 30 gg. (prima disponibilità)
2007					
Rx tradizionale	825.535	30	19	72,1	85,5
Rmn	123.193	54	47	37,7	43,4
Tc	135.053	32	22	61,0	74,0
Totale	1.083.781	33	23	66,8	79,2
2008					
Rx tradizionale	882.718	29	17	75,3	89,8
Rmn	138.794	52	45	41,8	47,8
Tc	146.819	34	22	57,7	73,1
Totale	1.168.331	33	21	69,1	82,7
2009(*)					
Rx tradizionale	529.279	27	14	78,0	92,0
Rmn	91.842	51	43	46,1	52,4
Tc	89.877	34	22	59,7	74,5
Totale	710.998	31	19	71,6	84,7

Fonte: Regione Toscana

(*) Per l'anno 2009 sono considerati i dati fino al mese di giugno.

Prima disponibilità (% entro 30 giorni)



lamente, nel grading più alto. Per questo, per il governo dei tempi di attesa per le prestazioni Rm non abbiamo scommesso esclusivamente sul versante dell'appropriatezza della domanda, in sostanza sul suo contenimento, ma ci siamo posti la sfida di organizzare più efficientemente l'offerta, lasciando al governo della appropriatezza il testimone per il controllo della crescita futura.

Sul versante dell'offerta, la tecnologia di diagnostica per immagini ha fatto in questi ultimi anni progressi importanti che consentono esami diagnostici più raffinati ed è comprensibile, e anche lodevole, che il radiologo ricerchi sempre la migliore tecnologia anche se questa è più impegnativa da usare e prevede tempi più lunghi. Diversamente, per il programmatore sanitario i miglioramenti tecnologici e le performances diagnostiche debbono convivere con la sostenibilità. L'equilibrio si raggiunge probabilmente con il concetto di diagnosi "utile" che supera e integra quello di diagnosi "bella". Una diagnosi utile è per definizione quella che influisce in maniera critica sull'iter terapeutico. Lo stato dell'arte della tecnologia e la letteratura correlata ci dimostrano che la capacità di dare risposta di una tecnologia dipende dal quesito clinico. In questa ottica le risonanze magnetiche a basso campo soddisfano oltre il 90% della richiesta muscolo scheletrica in maniera appropriata mentre quelle ad altissimo campo producono probabilmente risultati migliori su quesiti specifici, di nicchia. Dal clinico, medico di medicina generale o specialista, ci aspettiamo un quesito diagnostico sufficientemente mirato, dal radiologo ci aspettiamo il contributo culturale e professionale indispensabile a stabilire protocolli e percorsi adeguati all'ottimizzazione di apparecchiature altrimenti ai limiti dell'ingestibilità. I Poli ad alta produttività rappresentano la sintesi di questo pensiero.

Valter Giovannini
Area coordinamento Sanità Regione Toscana

L'INTERVENTO

Un passo avanti contro il consumismo

di **Adriano Amadei ***

La Regione Toscana, con provvedimento di Giunta n. 578 del 6 luglio 2009, ha deliberato che i Comitati delle tre Aree vaste presentino progetti per costituire e rendere operativo, a decorrere dal primo settembre 2009, almeno un Polo radiologico ad alta produttività. Ogni Polo, nella stessa struttura, dovrà disporre di risonanze ad alta

e bassa intensità di campo e sarà tenuto ad assicurare un servizio giornaliero, che superi senza interruzione le 12 ore (di norma, dalle 7 alle 23), e che si sviluppi nell'arco dell'anno, senza soluzione di continuità, nemmeno nei giorni festivi.

Queste disposizioni si in-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Intesa con Federsanità sulle «Sds»

La Giunta regionale ha approvato lo schema di protocollo d'intesa tra Regione e Federsanità Anci Toscana per perseguire azioni di osservazione sulle attività delle Società della salute. Le azioni sono finalizzate a valorizzare le innovazioni introdotte con le Società della Salute, con strumenti conoscitivi e di supporto per la programmazione delle politiche socio-sanitarie a livello locale, per la costruzione di una rete di diffusione delle buone pratiche e per la partecipazione delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore alla programmazione dei servizi integrati di salute. (Delibera n. 579 del 6/7/2009)

Mutilazioni genitali: fondi a Pistoia

La Giunta regionale, dopo aver ritenuto necessario dare continuità al processo di miglioramento per prevenire e contrastare le mutilazioni genitali femminili, ha deciso di destinare 117mila euro all'azienda Usl 3 di Pistoia che attiverà gli interventi previsti rivolti ai pediatri per la prevenzione di tali pratiche nelle bambine provenienti dai Paesi a rischio e di avviare contestualmente tutti gli interventi idonei a sensibilizzare la popolazione a rischio con particolare riguardo alla popolazione maschile. (Delibera n. 696 del 3/8/2009)

ALL'INTERNO

Riciclo rifiuti, Arezzo docet

A PAG. 3

Cure etiche per il fine vita

A PAG. 4-5

Lotta al dolore: vince Bologna

A PAG. 7

STRATEGIE Accordo tra Regione e convenzionati per stanare la malattia al 18° mese



Autismo, pediatri in guardia

Dovrà essere valutato lo sviluppo della comunicazione e della relazione

L'autismo è una sindrome comportamentale, espressione di un disordine dello sviluppo, risultante di processi biologicamente e geneticamente determinati e si tratta di una patologia che esordisce e si manifesta prevalentemente con disturbi dell'interazione sociale, della comunicazione e della comprensione di idee e sentimenti.

La ricerca, negli ultimi anni, ha definito diversi indicatori precoci di un possibile Disturbo dello spettro autistico (Dsa) anche se non esistono marker biologici. Per la diagnosi precoce dell'autismo è necessario prevedere percorsi formativi per i pediatri di libera scelta diretti a migliorare la loro capacità di riconoscimento dei casi sospetti con l'utilizzazione di strumenti diagnostici da inserire nei bilanci di salute del primo e del secondo anno di vita del bambino.

Alcune realtà territoriali, come Firenze e Massa Carrara, stanno sperimentando, con la partecipazione attiva dei pediatri di famiglia,

programmi di screening ai bilanci di salute del 12° e 18° mese di vita e i primi risultati dimostrano la validità di questo percorso: i numerosi casi individuati in età precoce permettono di avviare programmi terapeutico-riabilitativi e i risultati attesi possono essere estremamente migliori che non nei casi nei quali la diagnosi viene fatta con grave ritardo. Per questo motivo la Giunta regionale della Toscana ha approvato la deliberazione n. 699 del 3 agosto 2009 «Screening per la valutazione dello sviluppo della comunicazione e della relazione» nella quale viene formalizzato l'accordo con i pediatri di famiglia per tutti i bambini toscani, al bilancio di salute del 18° mese, di strumenti diagnostici utili a identificare precocemente i casi sospetti di disturbi dello spettro autistico.

Questi cominciano a manifestarsi nel corso dei primi due anni di vita e numerosi studi evidenziano l'importanza di porre in atto tutte le azioni utili all'individuazione dei bambini a rischio di autismo in

questo precocissimo periodo della vita. A tale proposito risulta di fondamentale importanza il ruolo svolto dai pediatri di libera scelta.

Assume particolare delicatezza e importanza quindi il raccordo del pediatra con lo specialista che è chiamato a confermare la diagnosi. Nei casi in cui il pediatra ritenga che il bambino presenti un quadro comportamentale riferibile a un Dsa, sarà necessario che le aziende sanitarie mettano a disposizione un gruppo interdisciplinare e professionalmente autorevole, che compia una prima valutazione diagnostica e attui, nei casi risultati positivi, una efficace presa in carico del paziente.

Il progetto di screening avviato nella Regione Toscana rappresenta una novità assoluta in ambito internazionale perché è la prima volta che si adotta questo genere di strumento rivolto ai disturbi dello spettro autistico in un ambito territoriale così vasto, che coinvolgerà i 32mila bambini che ogni anno nascono in Toscana.

Galileo Guidi
Coordinatore Commissione regionale
Governo clinico in salute mentale

OMEOPATIA&CO.

Cure dolci, ricerca toscana al top

Un recente editoriale di Homeopathy, la rivista ufficiale della Faculty of Homeopathy di Londra recensita in Medline, a firma di Corina Gütthlin, del Centro di valutazione delle medicine complementari e alternative dell'Università di Friburgo, contiene un chiaro apprezzamento per le attività di ricerca omeopatica svolte in Italia, in particolare della Regione Toscana. La ricercatrice tedesca, fra le maggiori esperte europee del settore, si congratula con i colleghi italiani commentando positivamente nello specifico tre studi che documentano l'innovativo processo di integrazione delle medicine complementari nel sistema sanitario pubblico regionale. Un percorso che fornisce «uno strumento per conoscere meglio i modelli di medicina integrata e l'inclusione delle terapie complementari nelle risorse per la salute». I lavori permettono - continua l'editoriale - di aggiornare una «mappa della ricerca» a lungo formata da esperienze concentrate nei Paesi anglosassoni o dell'Europa del Nord.

Il primo degli studi descrive il processo che ha portato, in più di 10 anni, a integrare tre medicine complementari (agopuntura, fitoterapia e omeopatia) nel

sistema di salute pubblico della Toscana. Gli altri due studi sono stati condotti presso l'ambulatorio di omeopatia dell'ospedale Campo di Marte di Lucca, Centro regionale di riferimento per la medicina omeopatica. Il secondo è uno studio retrospettivo su 105 pazienti affetti da asma o da patologie respiratorie ricorrenti, visitati presso il Centro toscano. I risultati della terapia omeopatica sono stati più che positivi, sia sul piano clinico che economico. L'ultimo lavoro è uno studio osservazionale di bilancio su 7 anni di applicazione dell'omeopatia nella clinica dell'Asl 2 di Lucca. Un bilancio confortante, visto che il 74% dei pazienti ha riferito un miglioramento dei sintomi, più marcato nei giovani, con una storia lunga di cure omeopatiche e nelle patologie respiratorie. L'apprezzamento internazionale conferma come l'integrazione delle medicine complementari nell'organizzazione sanitaria non può che realizzarsi con l'accreditamento della loro dignità scientifica, con progetti di ricerca che ne valutino l'efficacia in varie condizioni cliniche.

Mariella Di Stefano
Rete toscana medicina integrata

Notizie dal governo clinico regionale

UNA CARTA DI VALUTAZIONE CONTRO I RISCHI GERIATRICI

Il deterioramento delle funzioni biologiche che caratterizza l'invecchiamento, ha come corrispettivo clinico il declino funzionale dell'individuo, e in particolare ipomobilità, equilibrio instabile, perdita della continenza, decadimento mentale, alterata omeostasi, e in più i possibili danni iatrogeni da trattamenti impropri.

I sintomi del decadimento difficilmente sono rilevati prima che abbiano influenzato la qualità della vita di chi ne soffre. Basti pensare alla degenerazione maculare, corretta dalla binocularità della visione, o alla depressione, che spesso ha sintomi iniziali simili a quelli della demenza, o anche al mancato riconoscimento degli effetti collaterali dei molti farmaci assunti nelle età avanzate. Esiste quindi la necessità di sorvegliare la fisiologia delle persone anziane per avviare azioni di prevenzione primaria o, nel caso, secondaria per ciascuna situazione, non trascurando anche la stretta interconnessione esistente tra salute fisica e ambiente di vita.

Trattandosi di interventi di salute pubblica che,

data la numerosità dei soggetti, hanno un significativo impatto sulla finanza pubblica, occorre anche individuare quelli con il più favorevole rapporto costo/utilità. Da tempo il Sistema sanitario della Regione Toscana presta attenzione a questa problematica. Ne sono testimonianza lo studio in Chianti, già avviato alla fine degli anni Novanta con il laboratorio epidemiologico dedicato alla sorveglianza degli anziani, e gli strumenti per la valutazione della non autosufficienza impiegati nel «Punto Insieme» per la definizione del migliore approccio assistenziale ai problemi di salute complessi. Nell'ambito di queste politiche sanitarie va vista anche la medicina di iniziativa indicata dal recente Piano sanitario, che ha la finalità di assistere in maniera proattiva gli affetti da cronicità.

Recentemente è stato sottoposto al parere del Consiglio sanitario regionale, ed è stato da questo approvato, uno strumento di lavoro che coinvolge la medicina generale e la professione infermieristica. Si tratta della Carta di valutazione geriatrica che la letteratura medica propone come lo strumento più idoneo, se non l'unico, per riconoscere il decadimento della fisiologia umana

al suo inizio. La Carta di valutazione geriatrica esplora le funzioni cognitive, lo stato dell'umore, l'uso di farmaci, le funzioni sensoriali, l'equilibrio, l'omeostasi, la situazione psicosociale, la continenza, la masticazione, il transito intestinale, la nutrizione. Tutte le valutazioni vengono effettuate da un infermiere esperto in un tempo complessivo inferiore ai 30 minuti, e i risultati vengono condotti all'attenzione del medico di medicina generale per le decisioni assistenziali.

È previsto che nel settembre 2009 venga avviato uno studio di fattibilità sull'utilizzo della Carta di valutazione geriatrica, preceduto dalla formazione del personale Infermieristico addetto alla valutazione. Il risultato atteso è che un numero maggiore di situazioni di danno fisiologico vengano rilevate all'interno della popolazione campione e che sia avviato un maggior numero di procedure di intervento o di stabilizzazione. Se gli esiti saranno quelli attesi, si può ipotizzare la progressiva estensione nel territorio regionale della stessa azione di sorveglianza e profilassi.

Antonio Bavazzano e Luigi Tonelli
Consiglio sanitario regionale

CONSIGLIO
SANITARIO
REGIONALE



news

L'INTERVENTO (segue dalla prima pagina)

quadrano in un disegno generale di riduzione dei tempi di attesa, che vede impegnato da anni l'assessorato al Diritto alla salute della Regione Toscana - mi sia permesso di aggiungere - non senza lo stimolo e la collaborazione di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato. Tuttavia, il riferimento obbligato al citato provvedimento non basta perché occorre tener conto anche della delibera n. 655 del 4 agosto 2008, con la quale - proprio con la stessa decorrenza (1° settembre 2009) - si stabiliva che la Rm muscolo scheletrica e la Rm della colonna saranno assunte a carico del Servizio sanitario toscano, soltanto ove sia stato osservato l'obbligo di una corretta ed esaustiva compilazione di una specifica scheda, da parte

del prescrittore.

Burocrazia o adempimento motivato, quello della scheda e di una sua attenta e competente compilazione? Cittadinanzattiva - pur senza voler entrare nello specifico - è incline a ritenere che si tratti di una richiesta fondata. Siamo di questa opinione, perché, in questi atti di governo della Sanità toscana, ci sembra di ravvisare un intendimento - che non possiamo non condividere - di un'autentica razionalizzazione, che poggia, non sui tagli indiscriminati di servizi e di prestazioni, ma sulla lotta al consumismo sanitario, compreso quello diagnostico, mentre si cerca di elevare l'accessibilità e la qualità dei servizi.

Con l'entrata a regime nelle tre Aree vaste del sistema Ris-Pacs (Ra-

diology information system-picture archiving and communication system), con la drastica riduzione dei costi - nel passaggio dalle lastre ai dischetti (Cd), per i milioni di accertamenti annuali della diagnostica per immagini - si registreranno risparmi consistenti, da reinvestire nell'assunzione di medici radiologi e tecnici sanitari.

L'individuazione e l'eliminazione degli sprechi - anche nella Sanità -, l'applicazione del principio dell'appropriatezza e gli investimenti, non solo finanziari, ma di intelligenza e di impegno sociale e civile fanno bene alla Sanità pubblica e alla salute dei cittadini.

* Segretario regionale di Cittadinanzattiva toscana onlus

Governare l'offerta... (segue dalla prima pagina)

to e condiviso insieme agli altri specialisti e ai Mmg un protocollo per l'appropriatezza delle prestazioni Tc/Rm e promosso una serie di iniziative per cercare di farlo conoscere a tutti.

Sono sicuro che i radiologi toscani condividono perfettamente il concetto di governo clinico riportato nel piano sanitario regionale che impegna i professionisti a produrre, ma anche a distribuire equamente salute e non prestazioni inutili o dannose. Le prestazioni debbono essere efficaci e adeguate ai bisogni dell'utenza e l'offerta programmata e intesa come strumento di governo del Ssr. A questo proposito è ormai accettato il concetto dell'efficienza produttiva delle macchine Rm.

Come direttore dell'Area di diagnostica per immagini della Asl 9

condivido l'istituzione dei poli radiologici ad alta produttività, con la disponibilità di almeno una tecnologia Rm ad alta intensità e una a bassa intensità con un orario di lavoro che superi le 12 ore in produttività aggiuntiva per medico e Tsmr ed esami prenotati dal Cup di Area vasta. Non posso però non fare presente, come segretario regionale Cimo, che il compenso orario proposto per i medici e Tsmr, considerato l'orario notturno, prefestivo e festivo, non è adeguatamente remunerativo e invito pertanto la Regione a riconsiderare il compenso con retribuzione a prestazione, cosa peraltro prevista come opzionale nell'accordo con le organizzazioni sindacali.

* Direttore Area diagnostica immagini Asl 9 - Area vasta Sud-Est

AMBIENTE

La proposta dell'Asl di Arezzo: premiare la gestione virtuosa dei rifiuti

«Chi più ricicla meno paga»



Il modello adottato si basa sulle reti interne di raccolta differenziata

Un'azienda che "produce" salute non può prescindere dal mettere in atto azioni volte alla salvaguardia dell'ambiente, delle risorse primarie e non rinnovabili. Per questo l'Asl 8 di Arezzo ha inserito nel Piano attuativo locale 2008-2010, fin dalla sua stesura, un Piano di recupero ambientale che prevede tra i suoi macro-obiettivi quello di ridurre la produzione totale di rifiuti e migliorare il sistema di raccolta differenziata.

Un'aggiunta importante visto che, salvo poche eccezioni, la gestione dei rifiuti viene affrontata come un mero problema da risolvere e consiste, in termini concreti, nella sola «risoluzione dei contingenti problemi operativi». Infatti in generale, quando si parla del problema rifiuti, vengono indicate come possibili risposte l'aumento della raccolta differenziata e la riduzione della produzione complessiva, anche se negli ultimi due decenni di politiche ambientali le risposte date al problema non sono state sufficienti - nel 2007 la percentuale media di raccolta differenziata è stata in Italia del 27,5% (contro il 31,3 % della Toscana), a fronte dell'obiettivo minimo del 40% imposto dalla legge 296/2006 (legge finanziaria) - pur essendo giuste in linea di principio.

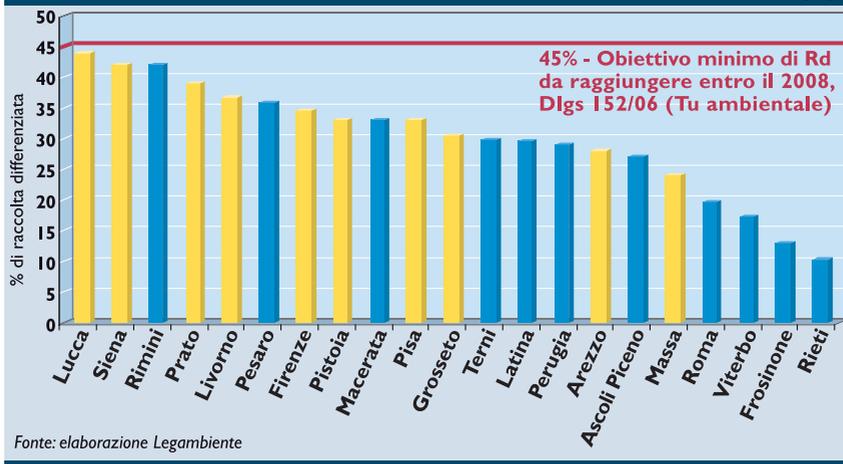
La Asl 8 di Arezzo ha invece iniziato a implementare le "reti" interne di raccolta differenziata nelle proprie strutture sanitarie ed è dello scorso novembre 2008 la partecipazione attiva dell'azienda alla terza settimana dello sviluppo sostenibile, promossa dall'Unesco nell'ambito del più generale «Dess - Decennio dell'educazione allo sviluppo sostenibile 2005-2014», campagna mondiale proclamata dall'Onu e coordinata dall'Unesco, allo scopo di diffondere valori, conoscenze e stili di vita orientati al rispetto per il prossimo e per il pianeta.

Anche questo ha consentito alla Asl 8 di intraprendere campagne di sensibilizzazione dei dipendenti sul tema riduzione rifiuti e della raccolta differenziata, nonché di mostrare le potenzialità del sistema di raccolta differenziata all'interno delle strutture di una azienda sanitaria.

Un'esperienza, quella della sensibilizzazione degli operatori e delle percentuali virtuose di raccolta differenziata, che in realtà è stata utilizzata come punto di partenza e considerata fattore stimolante, propedeutica. E così, iniziato il processo di sensibilizzazione e apprezzata la potenzialità della raccolta differenziata all'interno delle strutture sanitarie, sono state create le condizioni per la "contabilizzazione" dei rifiuti.

La priorità è stata individuata nella ristrutturazione dei depositi temporanei di rifiuti solidi assimilabili agli urbani e, tra questi, è

La raccolta differenziata nelle Province del Centro Italia (%)



risultato a sua volta prioritario il deposito del presidio ospedaliero San Donato di Arezzo. Una ristrutturazione, quella dei depositi temporanei, che si è resa necessaria per rendere possibili, da parte degli operatori dell'ente gestore del servizio di raccolta rifiuti urbani, le attività di "contabilizzazione" dei rifiuti, ovvero la pesatura dei rifiuti raccolti e avviati allo smaltimento. I lavori, conclusi di recente, hanno riguardato sia opere edili e impiantistiche sia di allacciamento alle reti tecnologiche e a sottoservizi.

Sono state quindi create le condizioni per poter rendere possibile l'applicazione del "decreto Ronchi" («nella modulazione della tariffa sono assicurate agevolazioni per le utenze domestiche e per la raccolta differenziata»), nonché quanto previsto dall'art. 7, comma 1, del Dpr 158/1999 («Gli enti locali assicurano le agevolazioni per la raccolta differenziata previste dal comma 10 dell'articolo 49 del decreto Ronchi») e dall'art. 9, comma 3, dello stesso decreto («I Comuni avviano misure atte alla valutazione quantitativa ai fini del computo delle agevolazioni previste dall'articolo 49, comma 10, del decreto Ronchi»). Il prossimo passo sarà il confronto con enti locali ed enti gestori dei pubblici servizi per dare attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente.

Un passo importante perché le aziende sanitarie sono, tranne rari casi, le "imprese" più importanti nel territorio di riferimento e sono anche quelle che producono più rifiuti. Per questo in tema di politiche rifiuti del territorio va destinato alle aziende sanitarie un ruolo di assoluto primo piano, pena il quasi scontato non raggiungimento degli obiettivi imposti dalla normativa.

Ma non c'è solo l'aspetto quantitativo, perché se il raggiungimento di obiettivi venisse premiato con uno sconto della tassa rifiuti, le direzioni aziendali potrebbero attivare un interessante circolo virtuoso: agli obiettivi dati ai direttori dei presidi ospedalieri in termini di determinate percentuali di raccolta differenziata, e al loro raggiungimento da parte di questi ultimi, farebbe seguito la contrazione dei costi da sostenere dalle aziende per la Tarsu. Il budget così liberato potrebbe essere "girato" ai vari presidi ospedalieri in virtù dei risultati raggiunti per attivare interventi o investimenti volti ulteriormente a promuovere e incentivare in un modo nuovo la raccolta differenziata all'interno delle aziende sanitarie.

Ma per ottenere un "cambio del passo" significativo occorre l'impegno sia degli enti locali che degli enti gestori dei relativi pubblici servizi, ma anche che le aziende sanitarie del contesto territoriale prendano coscienza della loro missione aziendale anche in temi come quello ambientale. Abusando del termine, occorre cioè fare "sistema", ripensando il modello organizzativo per la gestione rifiuti: non in mano a un solo ente, ma in modo attivo dai molteplici attori che prendono quotidianamente parte al raggiungimento degli obiettivi ambientali, imposti dalla normativa e non solo. Servono quindi obiettivi costanti e monitorabili a cui corrisponda una riduzione degli oneri a cui ciascun operatore è sottoposto per contribuire alla raccolta e allo smaltimento dei rifiuti. In breve occorre che chi ricicla di più paghi di meno, che poi altro non è se non una forma diversa di dire il vecchio «chi inquina paga» che è alla base delle normative ambientali dell'ultimo decennio.

pagina a cura di
Daniele Giorni
Energy Manager Asl 8 Arezzo

IL RAPPORTO COMIECO

Differenziare salva gli alberi, l'aria e anche il portafoglio

Le attività di raccolta differenziata non fanno bene solamente ad alberi e foreste, ma anche ad aria e portafoglio. Se infatti sono ormai diversi anni che gli studi scientifici dimostrano che l'attività di raccolta differenziata consente anche un importante taglio delle emissioni di anidride carbonica (CO₂) nell'atmosfera, il 14° rapporto Comieco (Consorzio nazionale recupero e riciclo degli imballaggi a base cellulosica) ci ha anche detto di più, elaborando una valutazione molto dettagliata su aspetti negativi e positivi della raccolta differenziata in termini di costi e passando a rassegna 10 anni di storia in Italia.

Secondo il rapporto, al Centro Italia la Toscana consolida il suo primato con oltre 300mila tonnellate raccolte e dal punto di vista della resa pro capite annuale, si piazza al primo posto con 85,4 kg per abitante.

A livello nazionale il saldo economico netto dei benefici derivanti dall'aver raccolto in modo differenziato carta e cartone dal 1999 al 2008 in Italia è di 2,8 miliardi di euro e solo nel 2008 il beneficio per il Paese è stato di oltre 376 milioni di euro. Il calcolo è stato fatto prendendo in considerazione il costo differenziale (relativo al maggior costo di raccolta rispetto all'indifferenziata), il costo da mancata generazione energetica (la stima dell'energia che si sarebbe potuta generare con la termovalorizzazione), i benefici ambientali per emissioni evitate (la minor produzione di CO₂ grazie al minor uso di materie vergini, al netto delle maggiori emissioni per le attività di raccolta differenziata), i benefici economici da mancato smaltimento (i costi evitati per i materiali avviati a riciclo anziché smaltiti), il valore della materia prima generata (che altro non è se non il valore del macero generato) e infine il beneficio sociale per occupazione generata.

Questo risultato, nel caso di enti o aziende pubbliche, si traduce in potenziale budget che può essere liberato per fornire più servizi ai cittadini. Se poi le aziende pubbliche sono quelle sanitarie, l'interesse diventa ancor più importante e strategico per la salute pubblica.

Gli effetti benefici sul clima

Frazione	Kg di CO ₂ per ogni Kg di frazione differenziata
Carta	0,97
Plastica	1,55
Alluminio	13,08
Metallo	1,86
Vetro	0,28
Organico	0,21

Fonte: 14° rapporto Comieco, anno 2008 (pubblicato 07/2009)

IL PIANO REGIONALE DI AZIONE AMBIENTALE

Target 2010: ridurre del 15% la spazzatura prodotta

I rifiuti rappresentano una delle principali fonti di dissipazione delle risorse e pressione sull'ecosistema, e la loro gestione costituisce uno dei problemi economici e ambientali più complessi che vanno affrontati con obiettivi chiari.

Il VI Programma comunitario di azione in materia di ambiente individua come obiettivo prioritario il conseguimento di una sensibile riduzione complessiva delle quantità di rifiuti prodotti attraverso la prevenzione, il recupero, il riciclaggio; a livello nazionale, il Dlgs 152/2006 (il Testo unico am-

biendale) prevede come obiettivi prioritari la prevenzione della produzione di rifiuti, la riduzione alla fonte dei rifiuti prodotti e della loro pericolosità, individuando, nell'art. 181, gli strumenti attraverso i quali le pubbliche amministrazioni devono favorire la riduzione dello smaltimento finale; e in linea con gli indirizzi comunitari, la Regione Toscana, in tema di rifiuti urbani, si è posta l'obiettivo di riduzione della produzione complessiva del 15% entro il 2010

Gli obiettivi di raccolta differenziata

Dlgs 152/2006 (cd. Testo unico ambientale)	35%	Entro il 2006
Legge 296/2006 (Legge Finanziaria)	40%	Entro il 2007
Glgs 152/2006 (cd. Testo unico ambientale)	45%	Entro il 2008
Legge 296/2006 (Legge Finanziaria)	50%	Entro il 2009
Legge 296/2006 (Legge Finanziaria)	60%	Entro il 2011
Dlgs 152/2006 (cd. Testo unico ambientale)	65%	Entro il 2012

rispetto ai dati del 2004.

Come si legge nel Piano regionale di azione ambientale della Regione Toscana (Praa 2007-2010), «per raggiungere tale obiettivo si ipotizza anche la possibilità di prevedere ulteriori risorse reperite tra quelle che i cittadini pagano per il risparmio energetico e per le fonti rinnovabili poiché i rifiuti rappresentano una fonte di dissipazione energetica. La Toscana si propone a livello nazionale come Regione di sperimentazione in

tal senso».

Parallelamente lo stesso Piano indica l'obiettivo di raggiungere entro il 2010 il 55% di raccolta differenziata dei rifiuti urbani. Abbiamo quindi, è evidente, un problema complesso da affrontare, ma dall'altro lato della bilancia è presente un quadro di obiettivi ben delineato dai vari livelli normativi e la pianificazione del Praa toscano, delineante un interessante collegamento del tema rifiuti con quello energetico. In queste condizioni la partita non solo può essere giocata, ma anche vinta.

BIOETICA

Dopo la Carta di Pontignano del 2002 esperti e addetti ai lavori mettono a punto un nuovo documento sull'assistenza a chi è in stato vegetativo

Cure di fine vita, ecco i consigli etici degli operatori

Dalla necessità di introdurre un «case manager» alla formazione dei medici fino all'implementazione della rete informativa

IL TESTO DEL DOCUMENTO

Pubblichiamo il testo della Commissione regionale di bioetica, gruppo «etica delle cure di fine vita», del V Seminario di Pontignano (5-6 maggio 2009) su «Diritto, equità e scelta nelle cure di fine vita».

Commissione regionale di bioetica gruppo «Etica delle cure di fine vita»

V Seminario di Pontignano
5-6 maggio 2009
Certosa di Pontignano (Si)

«Diritto, equità e scelta nelle cure di fine vita: autodeterminazione dell'individuo, responsabilità etica degli operatori e dell'organizzazione sanitaria e appropriatezza delle cure»

I partecipanti del V Seminario di Pontignano, partendo da una riflessione sulle problematiche dell'assistenza alle persone in stato vegetativo che, sia nelle strutture sanitarie che nelle società sono state proposte dalla vicenda di Eluana Englaro, si sono interrogati sulle criticità che emergono dal prendersi cura delle persone che vivono le fasi finali della vita e delle loro famiglie.

Neurologi e riabilitatori che operano in Toscana, invitati in qualità di esperti, hanno evidenziato le necessità legate alla formulazione di una diagnosi, basata su un'approfondita valutazione clinica della condizione di stato vegetativo, per favorire un corretto monitoraggio delle fasi successive. Infatti, una diagnosi precisa e precoce permette sia un accesso tempestivo e appropriato alle cure, sia di evidenziare quelle situazioni che consentono di formulare una prognosi infausta già dopo la prima settimana.

Sono stati chiariti i termini di Stato Vegetativo (Sv) temporaneo, persistente e permanente, di Stato di minima coscienza (Smc) e di «Locked-in Syndrome», descrivendo le varie tipologie di coma. Si è distinta la condizione di stato vegetativo da altre situazioni che danno luogo a cure definite «di fine vita».

Si è analizzata l'ampia casistica che ben evidenzia quanto, in certe situazioni, la desistenza terapeutica si configuri come cura appropriata, volta a evitare il prolungamento del processo del mo-

rire attraverso la dipendenza di tutte le funzioni dell'organismo da strumenti tecnologici, specie in assenza di qualsiasi ipotesi di recupero della coscienza e quindi della relazione con l'ambiente, a patto che tale scelta sia priva di intenzionalità eutanassica.

Sono stati mostrati i dati epidemiologici relativi alle gravi cerebrolesioni acquisite in Regione Toscana: si tratta di casi con una «registrazione», consentendo di valutare comunque l'entità del fenomeno.

L'incidenza è di 450-750 casi/anno con disabilità o complessi esiti clinici, a fronte di circa 2.000 nuovi casi con danno cerebrale acuto (secondo le stime basate su fonti amministrative ospedaliere e territoriali) e con una mortalità intra-ospedaliera del 25% circa (pari a circa 400 casi/anno).

La stima dei casi con esiti è abbastanza confrontabile, sebbene più ampia, con quella attesa, per la nostra regione sulla base delle stime proposte dalle Conferenze di consenso della Simfer del 2000 e 2005 (350-325 casi).

Per quanto riguarda gli stati vegetativi, sempre sulla base di tali conferenze, si stima una prevalenza in Toscana pari a 110-210 casi.

Nel 15 posti letto del Centro di riferimento regionale di Volterra, nel 2008, sono stati ricoverati 75 pazienti, e, relativamente all'area fiorentina, nei 60 posti letto delle due strutture in cui vengono inviati, prevalentemente dagli ospedali, i soggetti in stato vegetativo, l'anno scorso sono stati seguiti 162 soggetti (di cui oltre il 90% anziani); di questi il 30% sopravvive per oltre due anni e il 50% oltre i 6 mesi.

È assolutamente poco conosciuto, e ancora non oggetto di indagine, il destino di coloro che vengono rinviati a domicilio, e si rende quindi utile e necessario, anche al fine di una valida programmazione dei servizi necessari a sostegno dei malati e delle loro famiglie, effettuare uno studio di coorte con l'osservazione di numerosi aspetti non solo medici, ma anche psicologici e sociali.

È stata anche evidenziata la criticità della situazione che riguarda la condizione dei bambini e degli adolescenti che si ritrovano nella fase avanzata della malattia, ed è stato stimato da una ricerca effettuata in Inghilterra che, per ogni soggetto che si trova in tale condizione, oltre 300 persone vengono coinvolte a vario titolo.

L'impatto sociale, oltre che psicologico e sanitario è quindi di tale rilevanza che le Autorità sanitarie non possono continuare a dimenticare queste situazioni, com'è stato già altre volte evidenziato dai partecipanti ai Seminari di Pontignano.

Dei 1.200 bambini, o comunque minori, che muoiono ogni anno in Italia, ben il 35% muore nei Reparti di Terapia intensiva senza avere, proprio nelle fasi finali della vita, quando la prognosi infausta a breve termine è ormai ben definita, il conforto di un contatto con il proprio ambiente familiare.

Occorre quindi affrontare, in modo interdisciplinare, il tema delle cure sproporzionate, o futili, al fine di evitare di aggiungere pene, sofferenze e dolore non solo a chi muore, ma anche ai suoi congiunti - spesso fratelli e sorelle in tenera età - che vengono

quindi esclusi dalla possibilità di un congedo più adeguato dai propri affetti.

Il Gruppo che si è interrogato sugli aspetti etici connessi alla cura delle persone in stato vegetativo, prendendo spunto da considerazioni proposte dalla vicenda Englaro, ha evidenziato quanto abbia pesato il silenzio delle Società scientifiche che non hanno fatto chiarezza, se non tardivamente, su termini che hanno ormai una chiara definizione e quanto una scorretta informazione fornita dai vari media abbia condizionato le reazioni della politica, oltre che di parte dell'opinione pubblica.

Vicende umane, quali i casi di Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro, che sono venuti alla luce a fronte dei tanti che non hanno voce, hanno però fornito lo spunto a soggetti diversi della società civile di interrogarsi, nel caso si venissero a trovare in simili situazioni, sulla propria scelta in merito all'utilizzo, o meno, di strumenti di esplicitazione delle proprie volontà sul limite da porre alle cure (quali Carte di autodeterminazione/Testamento biologico).

Aprire la possibilità di esprimere, e poi magari raccogliere in Registri comunali o presso il proprio medico curante, queste forme di Dichiarazioni di volontà o Direttive anticipate (Da), con l'indicazione di un fiduciario (ed eventualmente anche di un sub-fiduciario), risulta un'opzione che favorirebbe l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 32 della nostra Costituzione.

Nel rivedere le regole del sistema di cura e assistenza, si deve valorizzare l'ambito clinico ove devono essere bilanciati i bisogni e volontà del malato/famiglia con gli elementi di efficacia, efficienza, appropriatezza delle cure. L'applicazione delle indicazioni normative non deve limitare il rispetto di tali bisogni e volontà.

Si ribadisce il valore della Pac come percorso consigliato/privilegiato per valorizzare la soggettività della persona malata e per formulare le direttive anticipate.

È stato valutato dai partecipanti al Seminario di Pontignano l'opportunità di abbandonare la terminologia dichiarativa anticipate di trattamento, sia perché del tutto assente nella letteratura bioetica e nelle legislazioni internazionali (che fanno riferimento alle direttive anticipate), sia perché incoerente con il principio di autodeterminazione; di fatto il paradigma dell'«alleanza terapeutica», cui si ispirano le dichiarazioni anticipate di trattamento, è ancora ispirato a una visione paternalista del principio di beneficiaria.

Si raccomanda una pratica quotidiana di Pac orientata non solo a documentare le future scelte terapeutiche ma anche a raccogliere la biografia del malato, a registrare l'evoluzione delle sue speranze e di-speranze nonché dei suoi bisogni (es. rispettare la soggettività nella valutazione e nel trattamento della sofferenza, non perdere il controllo, non rimanere solo, evitare che vengano prese decisioni su di lui e non con lui; poter parlare di sé, della propria morte, delle proprie paure, delle proprie speranze quando lui lo desidera; poter decidere della proporzionalità di una terapia, definire i propri criteri di una buona morte).

Si precisa che la Pac si fonda sul modello di medicina delle scelte condivise perché quello denominato dell'alleanza terapeutica è insufficiente nella valorizzazione della volontà del malato. Una medicina ispirata alle scelte condivise consente una piena espressione della soggettività del malato e gli permette di scegliere un percorso terapeutico e assistenziale di fine vita più consona alla sua visione del mondo e alle sue concezioni valoriali.

Si evidenzia che il modello di medicina basato sulle scelte condivise è quello più idoneo a supportare l'evoluzione della relazione medico-paziente, che inteso come modello dualistico può risultare insufficiente verso una più complessa relazione équipe multiprofessionale-malato/famiglia.

La Pac inizia dall'ascolto del malato. L'inserimento in tutte le cartelle cliniche della domanda rivolta al malato: «vuole essere informato o no in caso di patologia grave? Se no, chi deve essere informato?», oltre che rispondere a una specifica indicazione deontologica (articoli 33 e 34 del Codice deontologico dei medici, e articolo 20 del Codice deontologico degli infermieri) può rappresentare il fondamentale momento di avvio di uno sviluppo di consapevolezza e di Pac.

L'indicazione da parte del malato di una persona di sua fiducia (fiduciario) che possa aiutare il medico nel prendere le decisioni di fine vita, rappresenta un modo per rispettare la volontà del malato in caso di futura incapacità decisionale, valorizzando il criterio bioetico del giudizio sostitutivo.

Si auspica che, nell'ambito della Pac, la figura del fiduciario, che già possiede un ruolo etico nei processi decisionali di fine vita, venga pienamente riconosciuta anche sul piano giuridico, attribuendole una potestà decisionale. Si evidenzia una forte necessità di applicare, nella pratica clinica quotidiana, strategie per sviluppare la consapevolezza della finitezza della vita e di implementare la Pac adattandola ai diversi ambiti sanitari: reparti di degenza, lungodegenze, Rsa, domicilio, Hospice.

Si ritiene indispensabile un'estensione della filosofia delle Cure palliative a tutta la medicina per favorire una reale umanizzazione dell'assistenza in tutte le fasi delle malattie e un miglioramento della qualità nelle cure di fine vita. Ciò implica la necessità di un inserimento della disciplina delle Cure palliative nei percorsi formativi di tutti i professionisti sanitari.

no di avere prosciugato i risparmi dell'intero nucleo per mantenere a domicilio il malato, e la prevalenza dei caregiver sono donne che hanno dovuto cessare qualsiasi attività lavorativa per dedicarsi a tale assistenza. Non sono pochi i casi in cui il dramma di una famiglia, dovuto al prolungarsi e all'aggravarsi delle condizioni patologiche del congiunto senza alcuna possibilità di recupero di qualsiasi forma di coscienza, si conclude tragicamente.

La sofferenza psicologica, inoltre, legata sia al progressivo deterioramento fisico del malato, sia alla percezione di solitudine e di abbandono vissuta dalle famiglie, sono scarsamente considerate dalle istituzioni pubbliche. Risulta assai carente, infatti, sia l'assistenza socio-sanitaria in merito alle tematiche delle cure di fine vita, sia dal punto di vista degli aspetti etici che di quelli relativi alla comunicazione.

Il gruppo che ha affrontato le problematiche relative alle Direttive anticipate (Da) e alla Pianificazione anticipata delle cure (Pac) ha sottolineato la necessità che tutte le istituzioni sanitarie prendano coscienza della propria responsabilità etica nell'organizzazione e nell'allocatione delle risorse disponibili. In tal senso vi è una forte necessità di riscrivere in modo condiviso le regole e le procedure con tutti gli attori coinvolti: cittadini, professionisti sanitari, responsabili della programmazione e amministratori del sistema.

Nel rivedere le regole del sistema di cura e assistenza, si deve valorizzare l'ambito clinico ove devono essere bilanciati i bisogni e volontà del malato/famiglia con gli elementi di efficacia, efficienza, appropriatezza delle cure. L'applicazione delle indicazioni normative non deve limitare il rispetto di tali bisogni e volontà.

Si ribadisce il valore della Pac come percorso consigliato/privilegiato per valorizzare la soggettività della persona malata e per formulare le direttive anticipate.

È stato valutato dai partecipanti al Seminario di Pontignano l'opportunità di abbandonare la terminologia dichiarativa anticipate di trattamento, sia perché del tutto assente nella letteratura bioetica e nelle legislazioni internazionali (che fanno riferimento alle direttive anticipate), sia perché incoerente con il principio di autodeterminazione; di fatto il paradigma dell'«alleanza terapeutica», cui si ispirano le dichiarazioni anticipate di trattamento, è ancora ispirato a una visione paternalista del principio di beneficiaria.

Si raccomanda una pratica quotidiana di Pac orientata non solo a documentare le future scelte terapeutiche ma anche a raccogliere la biografia del malato, a registrare l'evoluzione delle sue speranze e di-speranze nonché dei suoi bisogni (es. rispettare la soggettività nella valutazione e nel trattamento della sofferenza, non perdere il controllo, non rimanere solo, evitare che vengano prese decisioni su di lui e non con lui; poter parlare di sé, della propria morte, delle proprie paure, delle proprie speranze quando lui lo desidera; poter decidere della proporzionalità di una terapia, definire i propri criteri di una buona morte).

Si precisa che la Pac si fonda sul modello di medicina delle scelte condivise perché quello denominato dell'alleanza terapeutica è insufficiente nella valorizzazione della volontà del malato. Una medicina ispirata alle scelte condivise consente una piena espressione della soggettività del malato e gli permette di scegliere un percorso terapeutico e assistenziale di fine vita più consona alla sua visione del mondo e alle sue concezioni valoriali.

Si evidenzia che il modello di medicina basato sulle scelte condivise è quello più idoneo a supportare l'evoluzione della relazione medico-paziente, che inteso come modello dualistico può risultare insufficiente verso una più complessa relazione équipe multiprofessionale-malato/famiglia.

La Pac inizia dall'ascolto del malato. L'inserimento in tutte le cartelle cliniche della domanda rivolta al malato: «vuole essere informato o no in caso di patologia grave? Se no, chi deve essere informato?», oltre che rispondere a una specifica indicazione deontologica (articoli 33 e 34 del Codice deontologico dei medici, e articolo 20 del Codice deontologico degli infermieri) può rappresentare il fondamentale momento di avvio di uno sviluppo di consapevolezza e di Pac.

L'indicazione da parte del malato di una persona di sua fiducia (fiduciario) che possa aiutare il medico nel prendere le decisioni di fine vita, rappresenta un modo per rispettare la volontà del malato in caso di futura incapacità decisionale, valorizzando il criterio bioetico del giudizio sostitutivo.

Si auspica che, nell'ambito della Pac, la figura del fiduciario, che già possiede un ruolo etico nei processi decisionali di fine vita, venga pienamente riconosciuta anche sul piano giuridico, attribuendole una potestà decisionale. Si evidenzia una forte necessità di applicare, nella pratica clinica quotidiana, strategie per sviluppare la consapevolezza della finitezza della vita e di implementare la Pac adattandola ai diversi ambiti sanitari: reparti di degenza, lungodegenze, Rsa, domicilio, Hospice.

Si ritiene indispensabile un'estensione della filosofia delle Cure palliative a tutta la medicina per favorire una reale umanizzazione dell'assistenza in tutte le fasi delle malattie e un miglioramento della qualità nelle cure di fine vita. Ciò implica la necessità di un inserimento della disciplina delle Cure palliative nei percorsi formativi di tutti i professionisti sanitari.

Si auspica che, nell'ambito della Pac, la figura del fiduciario, che già possiede un ruolo etico nei processi decisionali di fine vita, venga pienamente riconosciuta anche sul piano giuridico, attribuendole una potestà decisionale. Si evidenzia una forte necessità di applicare, nella pratica clinica quotidiana, strategie per sviluppare la consapevolezza della finitezza della vita e di implementare la Pac adattandola ai diversi ambiti sanitari: reparti di degenza, lungodegenze, Rsa, domicilio, Hospice.

Il gruppo che ha affrontato le problematiche relative alle Direttive anticipate (Da) e alla Pianificazione anticipata delle cure (Pac) ha sottolineato la necessità che tutte le istituzioni sanitarie prendano coscienza della propria responsabilità etica nell'organizzazione e nell'allocatione delle risorse disponibili. In tal senso vi è una forte necessità di riscrivere in modo condiviso le regole e le procedure con tutti gli attori coinvolti: cittadini, professionisti sanitari, responsabili della programmazione e amministratori del sistema.

Nel rivedere le regole del sistema di cura e assistenza, si deve valorizzare l'ambito clinico ove devono essere bilanciati i bisogni e volontà del malato/famiglia con gli elementi di efficacia, efficienza, appropriatezza delle cure. L'applicazione delle indicazioni normative non deve limitare il rispetto di tali bisogni e volontà.

Si ribadisce il valore della Pac come percorso consigliato/privilegiato per valorizzare la soggettività della persona malata e per formulare le direttive anticipate.

È stato valutato dai partecipanti al Seminario di Pontignano l'opportunità di abbandonare la terminologia dichiarativa anticipate di trattamento, sia perché del tutto assente nella letteratura bioetica e nelle legislazioni internazionali (che fanno riferimento alle direttive anticipate), sia perché incoerente con il principio di autodeterminazione; di fatto il paradigma dell'«alleanza terapeutica», cui si ispirano le dichiarazioni anticipate di trattamento, è ancora ispirato a una visione paternalista del principio di beneficiaria.

Si raccomanda una pratica quotidiana di Pac orientata non solo a documentare le future scelte terapeutiche ma anche a raccogliere la biografia del malato, a registrare l'evoluzione delle sue speranze e di-speranze nonché dei suoi bisogni (es. rispettare la soggettività nella valutazione e nel trattamento della sofferenza, non perdere il controllo, non rimanere solo, evitare che vengano prese decisioni su di lui e non con lui; poter parlare di sé, della propria morte, delle proprie paure, delle proprie speranze quando lui lo desidera; poter decidere della proporzionalità di una terapia, definire i propri criteri di una buona morte).

Si precisa che la Pac si fonda sul modello di medicina delle scelte condivise perché quello denominato dell'alleanza terapeutica è insufficiente nella valorizzazione della volontà del malato. Una medicina ispirata alle scelte condivise consente una piena espressione della soggettività del malato e gli permette di scegliere un percorso terapeutico e assistenziale di fine vita più consona alla sua visione del mondo e alle sue concezioni valoriali.

Si evidenzia che il modello di medicina basato sulle scelte condivise è quello più idoneo a supportare l'evoluzione della relazione medico-paziente, che inteso come modello dualistico può risultare insufficiente verso una più complessa relazione équipe multiprofessionale-malato/famiglia.

La Pac inizia dall'ascolto del malato. L'inserimento in tutte le cartelle cliniche della domanda rivolta al malato: «vuole essere informato o no in caso di patologia grave? Se no, chi deve essere informato?», oltre che rispondere a una specifica indicazione deontologica (articoli 33 e 34 del Codice deontologico dei medici, e articolo 20 del Codice deontologico degli infermieri) può rappresentare il fondamentale momento di avvio di uno sviluppo di consapevolezza e di Pac.

L'indicazione da parte del malato di una persona di sua fiducia (fiduciario) che possa aiutare il medico nel prendere le decisioni di fine vita, rappresenta un modo per rispettare la volontà del malato in caso di futura incapacità decisionale, valorizzando il criterio bioetico del giudizio sostitutivo.

Si auspica che, nell'ambito della Pac, la figura del fiduciario, che già possiede un ruolo etico nei processi decisionali di fine vita, venga pienamente riconosciuta anche sul piano giuridico, attribuendole una potestà decisionale. Si evidenzia una forte necessità di applicare, nella pratica clinica quotidiana, strategie per sviluppare la consapevolezza della finitezza della vita e di implementare la Pac adattandola ai diversi ambiti sanitari: reparti di degenza, lungodegenze, Rsa, domicilio, Hospice.

Si ritiene indispensabile un'estensione della filosofia delle Cure palliative a tutta la medicina per favorire una reale umanizzazione dell'assistenza in tutte le fasi delle malattie e un miglioramento della qualità nelle cure di fine vita. Ciò implica la necessità di un inserimento della disciplina delle Cure palliative nei percorsi formativi di tutti i professionisti sanitari.

Si auspica che, nell'ambito della Pac, la figura del fiduciario, che già possiede un ruolo etico nei processi decisionali di fine vita, venga pienamente riconosciuta anche sul piano giuridico, attribuendole una potestà decisionale. Si evidenzia una forte necessità di applicare, nella pratica clinica quotidiana, strategie per sviluppare la consapevolezza della finitezza della vita e di implementare la Pac adattandola ai diversi ambiti sanitari: reparti di degenza, lungodegenze, Rsa, domicilio, Hospice.

Si ritiene indispensabile un'estensione della filosofia delle Cure palliative a tutta la medicina per favorire una reale umanizzazione dell'assistenza in tutte le fasi delle malattie e un miglioramento della qualità nelle cure di fine vita. Ciò implica la necessità di un inserimento della disciplina delle Cure palliative nei percorsi formativi di tutti i professionisti sanitari.

Si auspica che, nell'ambito della Pac, la figura del fiduciario, che già possiede un ruolo etico nei processi decisionali di fine vita, venga pienamente riconosciuta anche sul piano giuridico, attribuendole una potestà decisionale. Si evidenzia una forte necessità di applicare, nella pratica clinica quotidiana, strategie per sviluppare la consapevolezza della finitezza della vita e di implementare la Pac adattandola ai diversi ambiti sanitari: reparti di degenza, lungodegenze, Rsa, domicilio, Hospice.

(continua a pag. 5)

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

Prelievi garantiti

in tutte le aziende
Da luglio 2009, ogni azienda ha...



Servizio Sanitario della Toscana

lle undici

Pubblichiamo il testo della recente delibera n. 577 del 6 luglio 2009 della Giunta regionale toscana contenente le «Disposizioni alle aziende sanitarie toscane riguardo le modalità di apertura e accesso dei punti prelievo presenti nel proprio territorio».

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Dpcm 29 novembre 2001, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», come modificato dal Dpcm 28 novembre 2003, e dal Dpcm 5 marzo 2007;

Visto il nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla Dgr n. 229/1997 e successive modificazioni e integrazioni;

Visto il Psr approvato con Dcr n. 53/2008 che in particolare al paragrafo 3 «Valori, principi e obiettivi generali» riporta:

«La salute deve essere considerata un diritto per il singolo cittadino e un dovere della collettività. Questo concetto richiede una costante interrelazione tra individuo, sistema delle cure e comunità, sia nella sua accezione di "istituzione" che nell'ambito più generale di "comunità"»;

«convenienza» con conseguente assunzione collettiva di responsabilità nei vari ambiti del vivere sociale, ivi inclusi quelli connessi al rispetto dell'ambiente nel quale viviamo»;

Ritenuto che la ricerca di buone pratiche, individuali e collettive, richiede la condivisione di un piano di azioni e regole per il rafforzamento della volontà collettiva verso migliori stili comportamentali e verso la qualità dei servizi erogati;

Valutato che la complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico, impongono un forte sistema di relazioni in grado di presidiare i passaggi di cura e le integrazioni se non vogliamo che questi diventino elementi di criticità e frammentazione;

Al fine di garantire equità e accesso ai servizi di diagnostica di laboratorio attraverso una omogenea diffusione sul territorio regionale di buone pratiche legate all'organizzazione dei punti prelievo;

Considerato che diverse indagini di laboratorio possono essere effettuate anche su soggetti non a digiuno o a distanza di poche ore da una colazione leggera, consentendo un accesso diversificato alla diagnostica di laboratorio, previa informazione al cittadino da parte dei medici prescrittori e dei servizi di medicina di laboratorio;

Considerato che diverse indagini di laboratorio possono essere effettuate anche su soggetti non a digiuno o a distanza di poche ore da una colazione leggera, consentendo un accesso diversificato alla diagnostica di laboratorio, previa informazione al cittadino da parte dei medici prescrittori e dei servizi di medicina di laboratorio;

Considerato che diverse indagini di laboratorio possono essere effettuate anche su soggetti non a digiuno o a distanza di poche ore da una colazione leggera, consentendo un accesso diversificato alla diagnostica di laboratorio, previa informazione al cittadino da parte dei medici prescrittori e dei servizi di medicina di laboratorio;

Considerato che diverse indagini di laboratorio possono essere effettuate anche su soggetti non a digiuno o a distanza di poche ore da una colazione leggera, consentendo un accesso diversificato alla diagnostica di laboratorio, previa informazione al cittadino da parte dei medici prescrittori e dei servizi di medicina di laboratorio;

Considerato che diverse indagini di laboratorio possono essere effettuate anche su soggetti non a digiuno o a distanza di poche ore da una colazione leggera, consentendo un accesso diversificato alla diagnostica di laboratorio, previa informazione al cittadino da parte dei medici prescrittori e dei servizi di medicina di laboratorio;

Considerato che diverse indagini di laboratorio possono essere effettuate anche su soggetti non a digiuno o a distanza di poche ore da una colazione leggera, consentendo un accesso diversificato alla diagnostica di laboratorio, previa informazione al cittadino da parte dei medici prescrittori e dei servizi di medicina di laboratorio;

Ritenuto opportuno prevedere che in ciascuna Azienda sanitaria, uno o più punti prelievo, protragano l'apertura e consentano il prelievo ai cittadini interessati, almeno fino alle ore 11.00 della mattina dei giorni feriali, fermo restando, in ragione della numerosità degli accessi, la possibilità dell'azienda di disporre diversamente, fornendo motivata e formale comunicazione alla Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà entro e non oltre il 30 luglio 2009;

Considerato, altresì necessario, e dovere della Azienda sanitaria, garantire l'effettuazione del prelievo a tutti i cittadini pervenuti nelle strutture dedicate entro l'orario di apertura previsto per i punti prelievo, indipendentemente dalla numerosità degli accessi;

Ritenuto inoltre opportuno prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di disporre, che a decorrere dal 1° luglio 2009, le Aziende sanitarie toscane prevedano che, uno o più punti prelievo, presenti nel proprio territorio protragano l'apertura e consentano il prelievo ai cittadini interessati, almeno fino alle ore 11.00 della mattina dei giorni feriali, fermo restando, in ragione della numerosità degli accessi, la possibilità dell'azienda di disporre diversamente, fornendo motivata e formale comunicazione alla Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà entro e non oltre il 30 luglio 2009;

2. le Aziende sanitarie toscane prevedano che uno o più punti prelievo presenti nel proprio territorio, anche in ragione della numerosità degli accessi, protragano l'apertura e consentano il prelievo ai cittadini interessati, almeno fino alle ore 11.00 della mattina dei giorni feriali, fermo restando, in ragione della numerosità degli accessi, la possibilità dell'azienda di disporre diversamente, fornendo motivata e formale comunicazione alla Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà entro e non oltre il 30 luglio 2009;

3. di disporre che venga sempre garantito l'effettuazione del prelievo a tutti i cittadini pervenuti nelle strutture dedicate entro l'orario di apertura previsto per i punti prelievo, indipendentemente dalla numerosità degli accessi;

4. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

5. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

6. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

7. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

8. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

9. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

10. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

11. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

12. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

13. di prevedere che ciascuna Azienda sanitaria, a partire dal giorno 30 luglio 2009, provveda a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo.

Sanità Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turro
comitato scientifico
Aldo Ancona
Susanna Cressatti
Sabina Nuti
Danielle Pugliese
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 32-33 del 25/8-14/9/09 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

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

SCENARI A Siena un convegno ha fatto il punto sull'uso delle tecnologie in corsia



Telemedicina, sfida raccolta

Entro l'anno una "super dorsale" collegherà in rete tutti gli ospedali

C'è chi ha stimato che, in caso di emergenza coronarica, con servizi di telemedicina disponibili sull'ambulanza si possano salvare qualcosa come mille vite di persone colpite da infarto ogni anno in Italia. C'è chi ha valutato, nell'ambito di progetti relativi ad alcune patologie, che adottare sistemi di monitoraggio a domicilio riduca della metà le giornate di ricovero e dell'80% gli accessi al pronto soccorso, per non parlare della contrazione degli esami di laboratorio; e c'è anche chi ha calcolato che con la refertazione on line a livello nazionale si potrebbero risparmiare ogni anno 50 milioni di euro in viaggi e 500 milioni di fogli di carta equivalenti a 150mila alberi abbattuti.

Sulle cifre, certo, si può discutere. Ma tutte concordano nel dare un senso delle straordinarie opportunità che possono offrire le Ict, cioè le nuove tecnologie dell'informazione, nella cura, nella tutela della salute, nell'assistenza sociale e sanitaria a persone con malattie croniche o invalidanti. Di tutto questo si è parlato approfonditamente il 3 e il 4 luglio a Siena, nel convegno «Ict a supporto della Sanità: tecnologie e servizi, opportunità e prodotti», organizzato dalla Asl 7, dall'Università degli studi di Siena (Dipartimento di ingegneria dell'informazione) e da Etruria Innovazione.

Sanità elettronica, ospedali virtuali, home monitoring e home care: sono solo alcune delle parole che oggi capita di ascoltare con maggiore frequenza rispetto al passato e che non rappresentano certo solo una moda, ma piuttosto una cospicua possibilità di cambiamento e sviluppo dell'organizzazione sanitaria.

Le nuove tecnologie, si sa, consentono il controllo a distanza di importanti parametri come la glicemia, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, il livello di ossigeno nel sangue; permettono di trasmettere immediatamente risposte relative a un esame radiografico o a un elettrocardiogramma stando chilometri lontani piuttosto che nella stessa stanza; alleggeriscono la domanda che pesa sugli ospedali, così che questi ultimi possano meglio concentrarsi sulle patologie acute; riducono spostamenti, liste di attesa, costi; fanno sì che si possa partecipare ai benefici del commercio elettronico e



dell'e-procurement (così viene chiamata l'attività di approvvigionamento on line di beni e servizi da parte della pubblica amministrazione); aprono la strada a nuovi e migliori assetti organizzativi, amministrativi, gestionali.

Ma più complessivamente sono una nuova modalità assistenziale e soprattutto un nuovo diritto per il cittadino utente che, per esempio, deve essere messo in grado di ricevere in rete un proprio referto allo stesso modo con cui un'impresa può espletare una pratica amministrativa per via telematica.

Di tutto questo si è parlato nella due giorni di Siena, con una particolare attenzione ai sistemi di telecontrollo e teleassistenza per persone anziane e con malattie croniche, in una società in cui è aumentata l'età media della popolazione. Occasione di confronto tra diverse esperienze nazionali e internazionali, il convegno ha dato la possibilità di fare il punto anche su quanto è stato fatto in Toscana. E parliamo di una Regione che effettivamente si può proporre come un modello, grazie ad alcuni punti fermi fissati in questi anni, a partire dall'attivazione, già nel 1995, di una Rete telematica regionale della Toscana (Rtrt) nel cui ambito i servizi sanitari hanno avuto un ruolo di assoluto rilievo fin dall'inizio: rete di cui fanno oggi parte centinaia di soggetti pubblici a partire dalle aziende sanitarie e dagli enti locali.

La Toscana si è anche dotata di una legge specifica sullo sviluppo della società della conoscenza (al momento è l'unica legge regionale di settore in

materia) e quindi di un relativo Programma regionale per la promozione e lo sviluppo dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione (209 milioni di investimenti da qui al 2010) in cui Sanità e telemedicina occupano un posto significativo, con obiettivi quali l'integrazione dei medici di base nei sistemi di refertazione e scambio dei dati con gli ospedali, l'allargamento delle attività di teleassistenza e teleguida con particolare riferimento alle realtà di montagna e alle isole, la realizzazione di applicazioni per la gestione amministrativa di diversi servizi.

Senza dimenticare anche che si sta lavorando al completamento della copertura dell'intero territorio regionale con la banda larga. La Regione, assieme alle Asl, è riuscita a sviluppare un sistema informativo integrato che, tra l'altro, consente di decentrare i controlli, velocizzare gli scambi di informazione sanitaria e amministrativa, mantenere una anagrafe sanitaria unica per tutti gli assistibili, sfruttare le opportunità del commercio elettronico, utilizzare gli strumenti più moderni di telemedicina.

L'investimento, anche sulle infrastrutture, continua. Ed entro quest'anno sarà attiva una "super dorsale di collegamento" tra gli ospedali regionali con velocità di almeno 100 Mbit/s specificamente destinata all'integrazione diagnostica e assistenziale.

pagina a cura di
Paolo Ciampi
Agenzia Toscana Notizie

OCCHIO ALLA RISERVATEZZA

Tra upload e social network urge la massima attenzione alla privacy

Va bene se si tratta di far avere in tempo reale una cartella clinica da una struttura sanitaria all'altra, in modo da semplificare le procedure e ridurre attese e possibilità di errore. Però ci sono anche i problemi. Per esempio l'uso che può essere fatto di un referto, cioè di un dato sensibile. Insomma, fare l'upload di qualsiasi documento così come farlo circolare sul web è molto semplice, nell'era di facebook. Ma quali sono i rischi e le esigenze di salvaguardia per la privacy in campo sanitario, di fronte alla (auspicabile) crescita di impiego delle nuove tecnologie?

In un recente convegno a Monteriggioni sulla privacy il problema è stato posto anche in relazione ai programmi di assistenza di home care. «Scontata anche qui l'applicazione a tali fattispecie delle disposizioni "standard" in materia di privacy - ha spiegato il vicepresidente della Regione Toscana, Federico Gelli, che nel governo regionale ha le deleghe alle nuove tecnologie e alla privacy - resta da sciogliere il dubbio se non sia opportuna una rivisitazione complessiva della materia per evitare, anche a fronte di possibili contenziosi, l'insorgere di problematiche molto pericolose per la sostenibilità e la qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari».

BENI&SERVIZI

Comprando on line si risparmia: «Sirius» semplifica gli acquisti

Poche operazioni al computer per mettere in collegamento una struttura sanitaria e un'azienda farmaceutica, per trasmettere gli ordinativi, per concludere un acquisto senza tempi morti, senza spedizioni di documenti cartacei o invii di fax, senza possibilità di equivoco o di errore. Ed è questo quanto prevede il progetto Sirius per la semplificazione e l'innovazione nei processi di acquisto in Sanità, che coinvolge i tre Estav, cioè le Aree vaste della Toscana, più Dafne, ovvero il consorzio che unisce una ottantina di soggetti (40 le aziende farmaceutiche, che insieme rappresentano circa il 73% del mercato complessivo).

Oggi in Italia sono ancora relativamente poco diffuse procedure che consentono ordini dematerializzati, cioè trasmessi unicamente per via telematica, oppure la fatturazione elettronica. Si parla di non più del 5% del volume di scambi nella nostra economia: percentuale che va incrementata proprio in settori di grande delicatezza come la Sanità, per gli indubbi benefici in termini di gestione degli ordini e dei magazzini, di accelerazione dei tempi di consegna, di eliminazione degli errori, di semplificazione, e anche di risparmio.

Riguardo a quest'ultimo punto si calcola che la dematerializzazione comporti un risparmio di 25 euro per ogni ordine o fattura. A prima vista non sembra una gran cifra, eppure va moltiplicata tenendo conto che le Estav toscane rappresentano circa 3.600 ordini, 4mila bolle e 4.200 fatture ogni mese.

I PROGETTI LOCALI

Dall'imaging alla card la Regione digitalizza

Infrastrutture tecnologiche condivise con l'università e con i territori, interoperabilità dei programmi, capacità di legare mondo della ricerca alle esigenze di qualità, diffusione e sostenibilità dei servizi per la salute. È su questi cardini che in Toscana si sono sviluppate le nuove tecnologie al servizio della Sanità, lungo un percorso che si è articolato in alcuni grandi progetti.

In particolare, il sistema regionale per l'informatizzazione della diagnostica di immagine - si chiama Ris-Pacs, acronimo di Radiology Information System e Picture Archiving and Communication System - è uno tra i principali a livello europeo e mondiale, con un valore economico di intervento che ha già superato i 100 milioni di euro. Il Sistema informativo integrato della

Sanità, invece, è attivo dal 2004 e su di esso passano tutti i dati relativi alle prestazioni e alle strutture del Servizio sanitario regionale: si parla di un traffico giornaliero medio di 400mila eventi e di un sistema di analisi integrata che contiene circa 5 anni di attività. Un patrimonio sul quale sono stati investiti oltre 12 milioni di euro negli ultimi due Piani sanitari regionali. Il fascicolo elettronico sanitario, correlato anche all'attivazione della Carta del cittadino, è ormai in fase di sperimentazione e se ne prevede l'estensione all'intero territorio regionale, con un investimento stimato di circa 50 milioni di euro.

Tutto questo anche con un rilevante obiettivo di semplificazione.

La Carta consentirà di alleggerire il peso della documentazione sanitaria e nello stesso tempo di garantire la completezza di informazione; di verificare le azioni di prevenzione, diagnosi e cura mirando alla personalizzazione delle cure; di assicurare e ridurre l'errore umano; di sviluppare una lingua comune tra tutti i soggetti, adottando tecnologie appropriate e di uso agevole, con riduzione di costi e sprechi.

I dati che saranno accessibili tramite la carta, in pratica, saranno quelli anamnestici (allergie, malattie, operazioni ecc.), legati al consumo di farmaci, alla documentazione storica sanitaria accessibile, ai piani e programmi di prevenzione (vaccinazioni, controlli periodici,

esami ecc.). Nel lungo termine l'accesso dovrà allargarsi e comprendere ogni altro dato utile nell'intercettare una patologia prima che essa si manifesti, in coerenza con i principi della lotta alla cronicità e della Sanità di iniziativa.

Importanti anche le ricadute sulla Sanità toscana di un impegno più complessivo promosso dal governo regionale sul terreno dello sviluppo del mercato elettronico e della cosiddetta dematerializzazione di tutte le procedure di acquisto e approvvigionamento. Un terreno che ha prodotto già cospicui benefici sia dal punto di vista organizzativo che da quello economico: si parla per esempio di circa 4 milioni di euro risparmiati nella gara regionale per

l'acquisizione dei vaccini.

Tutto questo anche nell'ambito della realizzazione degli obiettivi previsti dal Programma regionale per lo sviluppo della società dell'informazione, che sarà misurata da indicatori ben precisi, per esempio il numero di postazioni Ris-Pacs attive nelle Aree vaste, i teleconsulti radiologici eseguiti, le postazioni di medici di medicina generale collegate telematicamente ai servizi del sistema sanitario, e poi il numero delle azioni di teleconsulto e home care eseguite nelle zone finora indicate come sperimentali, delle consultazioni telematiche degli archivi sanitari, degli accessi on line alle pratiche da parte dei cittadini, nonché dei certificati inoltrati elettronicamente tra aziende sanitarie e Comuni nell'ambito delle pratiche di invalidità civile.

SIENA

Il 18 settembre la terza edizione del premio Nottola-Mario Luzi

Sul podio contro il dolore



Medaglia al progetto del Dipartimento di emergenza dell'Ausl di Bologna

Si terrà il 18 settembre a Montepulciano la premiazione dei vincitori dell'edizione 2009 del Premio Nottola-Mario Luzi, dedicata al «dolore non necessario». Durante la cerimonia, che si terrà al Teatro di Poliziano, verrà consegnata una medaglia d'oro con l'effigie di Mario Luzi e i versi incisi della sua poesia «A Nottola», ai tre premiati delle corrispettive sezioni.

Il vincitore della «sezione A» destinata agli operatori sanitari di strutture pubbliche è stato il progetto intitolato «Il trattamento precoce del dolore acuto in pronto soccorso», presentato dall'Unità operativa Dipartimento di emergenza

Uoc Ps e medicina d'urgenza presso l'Ospedale Maggiore dell'Ausl di Bologna, project leader Sofia Soccorsa.

La tesi di laurea, vincitrice per la «sezione B» del premio, è quella presentata da Nora Terrasini dell'Università degli Studi di Pisa, facoltà di Medicina e chirurgia, corso di laurea specialistica in Medicina e chirurgia, intitolata «Rivisitazione della misurazione del dolore». La giuria l'ha indicata quale migliore tesi di laurea, dedicata a una innovativa valutazione dell'intensità del dolore. La studentessa premiata avrà una borsa di formazione presso il Centro di terapia antalgica della Fondazio-

ne Maugeri di Pavia, diretto da Cesare Bonezzi.

Per la «sezione C», il riconoscimento è stato assegnato alla memoria del professor Vittorio Ventafridda scomparso il 23 ottobre 2008 dopo aver dedicato una vita alla lotta contro il dolore e alla cura delle persone nella fase finale dell'esistenza. Inoltre riceveranno una menzione speciale anche altri progetti provenienti da Toscana, Emilia Romagna, Piemonte, Trentino Alto Adige, Lazio e Veneto.

Complessivamente sono stati 18 i progetti esaminati dalla giuria della terza edizione del Premio Nottola-Mario Luzi. I vincitori sono

stati scelti dalla commissione presieduta da Domenico Gioffrè, direttore del centro regionale toscano «contro il dolore inutile» del Tribunale per i diritti del malato, composta dai massimi esperti italiani di medicina e di terapia del dolore tra cui Cesare Bonezzi, Alessandro Sabato, Sebastiano Mercadante, Gennaro Savoia e il farmacologo Silvio Garattini. Ulteriori informazioni sul Premio sono disponibili sul sito www.cittadinanzattivatoscana.it.

Roberta Caldesi
Ufficio stampa Asl 7 Siena

LUCCA

Medici di famiglia protagonisti: siglato l'accordo aziendale 2009

Puntare in maniera sempre più decisa sulla prevenzione e sulla medicina d'iniziativa e rivolgere un'attenzione particolare ai temi della cronicità e della non autosufficienza, tenendo ferma l'idea che i medici di medicina generale esercitano un ruolo fondamentale nel percorso assistenziale dei pazienti. Sono questi alcuni degli obiettivi principali dell'accordo aziendale 2009 con le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale, firmato dal direttore dell'Asl 2 Oreste Tavanti e dal rappresentante Fimmg Lorenzo Mencacci.

Partendo dal Piano sanitario regionale nel corso dei prossimi anni verranno

quindi sviluppati progetti di grande rilevanza a livello di prevenzione e nell'ambito della cosiddetta «medicina d'iniziativa», che significa non limitarsi ad attendere il cittadino sulla soglia dei servizi ma organizzarsi per raggiungere i cittadini «porta a porta», rispondendo con appropriatezza e qualità ai nuovi bisogni di salute e garantendo in maniera puntuale servizi adeguati alle fasce deboli della popolazione, quelle che, per condizioni socio-economiche e culturali, hanno più difficoltà a usufruire dei

servizi territoriali, ospedalieri e della prevenzione.

L'applicazione del principio di iniziativa in Sanità ha anche un importante impatto nella gestione delle cronicità, lavorando molto sulla prevenzione e sul contenimento. Nel Piano sanitario regionale è stato anche introdotto un modello - il Chronic care model - che prevede una alleanza tra paziente e operatori sanitari per una gestione corretta e il più possibile autonoma di

patologie croniche, sempre nell'ottica di medicina di iniziativa.

Con questo approccio pro-attivo e integrato si intende assicurare al cittadino servizi più accessibili ma anche coinvolgerlo con una azione costante di informazione, comunicazione ed educazione sanitaria, mettendolo attivamente al centro del percorso di cura. L'accordo 2009 si propone anche di migliorare il collegamento e l'integrazione dei medici di medicina generale, grazie a una rete informatica in grado di garantire uno scambio di informazioni in tempo reale tra il medico curante e i professionisti ospedalieri.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

PISTOIA

Il «118» fa il pieno e scalda i motori: acquisite due nuove auto mediche

Nella provincia di Pistoia la rete del soccorso si potenzia con nuove auto mediche che permetteranno lo sviluppo di un soccorso a più livelli, integrabile e flessibile. In particolare questi mezzi vengono utilizzati dalla centrale operativa 118 per gli interventi a maggiore criticità (codici gialli e rossi) che nell'anno 2008 sono stati complessivamente 9.836.

Le due nuove auto mediche, donate dalla Fondazione Cassa di risparmio di Pistoia e Pescia e inaugurate il 28 luglio 2009, a cui se ne aggiungono altre due acquistate dalla Asl sono costate 190mila euro, di cui 90mila euro finanziati dalla Fondazione Caripit.

I nuovi mezzi andranno a «ringiovanire» l'attuale parco macchine e Piero Paolini, direttore del Dipartimento di emergenza e urgenza dell'Asl 3 di Pistoia ha fatto sapere che a breve ne saranno acquisite altre 3 per permettere l'apertura di nuove postazioni sul territorio. Ora in totale le auto mediche sono 12. Nello specifico le automediche sono attive in 4 postazioni (Pistoia, Agliana, Pescia e Montecatini Terme). Nei prossimi mesi le ulteriori 2 postazioni saranno atti-

vate a Lamporecchio e San Marcello Pistoiese.

Un potenziamento importante visto che le automediche nel soccorso sono ormai diventate mezzi fondamentali e insostituibili: equipaggio costituito da sanitari professionisti (medico più infermiere), con conseguente capacità di risposta ottimale in caso di necessità di soccorso avanzato (Als); tipologia di mezzo svincolato dal trasporto del paziente; maggiore potenzialità operativa

(possibilità di eseguire interventi in maniera più rapida, e quindi di eseguire più interventi nell'unità di tempo); potenzialità di copertura di aree più vaste, se integrata in

una rete di soccorso a più livelli; possibilità di migliore impiego delle risorse sul territorio e opportunità di posizionamento presso pronto soccorso o punti di primo soccorso all'interno comunque di strutture ospedaliere o altre sedi aziendali, con l'utilizzo dei sanitari in supporto a queste strutture; dislocabilità del mezzo preferibilmente in postazioni strategicamente utili (ospedale, pronto soccorso, altre sedi aziendali).

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

EMPOLI

Protesi: a Fucecchio apre i battenti l'ambulatorio prima visita del Cesat

Dal 2 settembre è aperto a Fucecchio l'ambulatorio di prima visita del Cesat (Centro di eccellenza sostituzioni articolari Toscana) per la selezione dei pazienti candidati a intervento chirurgico di sostituzione articolare (protesi) di anca e ginocchio. Si tratta di un'occasione importante per tutta la comunità e per il futuro della struttura ospedaliera fucecchiese, come è stato più volte illustrato pubblicamente in occasione anche di alcuni recenti Consigli comunali.

Il primo intervento è stato fatto lunedì 31 agosto nell'ambito del Dipartimento interaziendale per l'ortopedia artroprotesica

che vede come partner l'Università di Firenze e l'azienda ospedaliera di Careggi.

La tipologia di attività che il Centro artroprotesico di Fucecchio dovrà svolgere ha richiesto un adeguamento strutturale e impiantistico del San Pietro Igneo in grado di migliorarne i requisiti ambientali e tecnologici e valorizzarne il comfort, anche in considerazione della condizione dei pazienti e dello sviluppo del percorso di cura. Le tecnologie informatiche sono state opportunamente poten-

ziate per migliorare la comunicazione informatica fra le varie attività.

La spesa per la realizzazione degli interventi strutturali ammonta a 7,7 milioni di euro.

Nell'ambito delle modifiche organizzative, proprio in ragione di un sistema di offerta che abbia un livello centrale di specializzazione integrato con ambiti periferici direttamente collegati o a supporto, nella sede del San Pietro Igneo continuerà a essere garantito un insieme di attività specialistiche e diagnostiche che possono essere così sintetizzate: servizi di diagnostica radiologica (attività di

screening che diagnostica, Tac, Rx tradizionale ed ecografia); cardiologia clinica e strumentale; ambulatori per le diverse specialità (diabetologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia con anche le prestazioni di oncologia, chirurgia e psicologia clinica); riabilitazione ambulatoriale in aggiunta a quella collegata al progetto di protesi; centro trasfusionale.

È stata adeguata la struttura del San Pietro Igneo

ziate per migliorare la comunicazione informatica fra le varie attività.

La spesa per la realizzazione degli interventi strutturali ammonta a 7,7 milioni di euro. Nell'ambito delle modifiche organizzative, proprio in ragione di un sistema di offerta che abbia un livello centrale di specializzazione integrato con ambiti periferici direttamente collegati o a supporto, nella sede del San Pietro Igneo continuerà a essere garantito un insieme di attività specialistiche e diagnostiche che possono essere così sintetizzate: servizi di diagnostica radiologica (attività di screening che diagnostica, Tac, Rx tradizionale ed ecografia); cardiologia clinica e strumentale; ambulatori per le diverse specialità (diabetologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia con anche le prestazioni di oncologia, chirurgia e psicologia clinica); riabilitazione ambulatoriale in aggiunta a quella collegata al progetto di protesi; centro trasfusionale.

Maria Antonietta Cruciani
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

IN BREVE

VIAREGGIO

La struttura di Sanità pubblica veterinaria dell'Asl 12 di Viareggio è stata sottoposta a verifica ispettiva esterna da parte dell'ente di certificazione Csicert in conformità alla normativa internazionale Iso 9001:2000. Il responsabile del Gruppo di verifica ispettiva nel corso della riunione di chiusura ha confermato che l'Ufc Sanità pubblica veterinaria ha dimostrato capacità organizzative e professionali adeguate a garantire la progettazione e l'erogazione di servizi in conformità alla normativa Iso 9001:2000. Per raggiungere il risultato sono stati fondamentali il coinvolgimento e la motivazione di tutti gli operatori, che hanno consentito di integrare e rendere omogeneo il percorso organizzativo e professionale.

MASSA CARRARA

L'Asl 1 di Massa Carrara, con la cooperativa Compass e l'Osservatorio della comunicazione sanitaria dell'Università di Pisa, ha intrapreso un percorso comune per la formazione degli operatori del front office. Obiettivo: accrescere la consapevolezza e la motivazione del proprio ruolo strategico nella comunicazione con l'utente e migliorarne le capacità comunicative. Le lezioni hanno riguardato il ruolo del front office nella comunicazione aziendale, i bisogni di comunicazione del cittadino, i principi della comunicazione, le tecniche di comunicazione interpersonale efficace e le strategie di problem solving. A maggio e giugno 2009 si sono svolte tre edizioni del corso che hanno formato 90 operatori.

PISTOIA

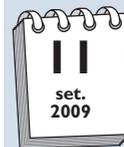
Si sono conclusi i lavori per l'introduzione di un sistema di gestione più efficiente di accoglienza e attesa e anche per le prenotazioni e il ritiro dei referti. La nuova reception dell'Unità operativa di Radiologia del presidio ospedaliero di Pistoia è finalmente in grado di offrire agli oltre 300 utenti giornalieri un adeguato comfort, e soprattutto una migliore funzionalità rispetto al passato. I lavori di ristrutturazione, durati 6 mesi e costati 500mila euro, hanno ridefinito gli spazi interni di accesso e accoglienza. Ciò ha permesso di realizzare la sala d'attesa con 25 posti, servizi igienici dedicati e una vera reception con una elevata funzionalità con un front office e un back office e dei servizi per il personale dipendente.

CALENDARIO



FIRENZE

Il 9 e il 10 settembre presso Firenze Fiera si svolgeranno due convegni rivolti a personale medico-sanitario per ricordare i 15 anni di attività di Emergency: «L'attività clinica di Emergency: 15 anni di esperienza» e «Cardiologia d'eccellenza in Africa. Il Centro Salam di Emergency a Khartoum, Sudan». Info: <http://firenze.emergency.it>.



LUCCA

L'11 e il 12 settembre 2009 si svolgerà a Lucca presso il Palazzo Ducale il congresso dal titolo «Advances in therapy in Nephrology Dialysis and Transplantation». Articolato in sei sezioni, avrà come filo conduttore il futuro prossimo della terapia in nefrologia. Per info: l.mazzotta@asl2.toscana.it, www.nefrolucca.org.



LUCCA

Il 14 settembre presso la Sala degli affreschi dell'Ostello della gioventù di Volterra si terrà il corso «Ospedale senza dolore» realizzato in collaborazione tra l'Asl 5 di Pisa e Auxilium Vitae Spa di Volterra. Il corso tratterà i temi strettamente collegati alla terapia del dolore. Per info: 050954252, l.dinelli@asl5.toscana.it.



SICURO NON CAIDO

Campagna per la prevenzione delle cadute dall'alto

BIEN SÛR
JE NE TOMBE PAS!

La solution la plus rapide n'est pas toujours la plus sûre. Fais toujours très attention surtout quand tu travailles en hauteur.

Campagne pour la prévention des chutes de hauteur

SIGUROHU
QË TË MOS BIESH

Jo gjithmonë zgjidhja më e shpejtë është edhe më e sigurtë. Bëj gjithmonë kujdes kur punon, sidomos në lartësi.

Fushata kundër rrëzimit nga lartësitë në punë

LA ÎNĂLȚIME
ÎN SIGURANȚĂ

Nu întotdeauna soluția cea mai rapidă este și cea mai sigură. Fiți atenți întotdeauna când lucrați, mai ales când sunteți la înălțime.

Campania de prevenție a căderilor de la înălțime

آمن،
لا أسقط!

الحل السريع ليس دائما هو الحل الأكثر أمنا. انتبه دائما عندما تكون تشتت وخصوصا إذا كان المكان مرتفعا. حملة للوقاية من السقوط من الأعلى.

Non sempre la soluzione più veloce è anche la più sicura.
Fai sempre attenzione quando lavori, soprattutto in altezza.

www.sicurononcado.it



Regione Toscana
Dritti Valori Innovazione Sostenibilità