

Serve fiducia nel dopo pandemia

di Paolo Bonanni *

La campagna di vaccinazione anti-influenzale 2010 non è come quelle degli ultimi anni: nel 2009 c'è stata la pandemia. Lo scorso anno siamo passati dalla paura di una potenziale minaccia mortale, alle polemiche dei media sullo spreco dei vaccini, utilizzati in quantità modeste. Ne è residuata una più o meno vaga sfiducia nei confronti della vaccinazione e un alone di sospetto verso chi ha gestito l'emergenza pandemica.

Dobbiamo invece ripartire con fiducia ed energia rinnovate per proteggerci ancora più di prima. Anzitutto è importante sfatare un mito: la scienza medica non è in grado di prevedere tutto. Nonostante gli sforzi di ricerca siano ingenti, non siamo in grado oggi di sapere quando arriverà una pandemia (termine che indica la diffusione mondiale di un agente infettivo, né se si tratterà di un evento gravissimo o lieve. Lo scorso anno, le autorità sanitarie hanno dovuto adottare un criterio di massima precauzione: prepararsi al peggio sperando nel meglio. Se si esamina l'atteggiamento dei mass media, si ritrova una prima fase in cui si lamentava l'impossibilità di fornire il vaccino a tutti, seguito dalla registrazione della scarsa pericolosità del virus, fino a una inversione a 180 gradi, quando si è

CONTINUA A PAG. 2

PREVENZIONE Parte la campagna di vaccinazione 2010-2011 della Regione

Più difese contro l'influenza

Nelle dosi anche il virus A - Anziani: l'anno scorso copertura al 71%

Anche quest'anno, nel periodo autunnale a partire dal 18 ottobre, il Servizio sanitario della Toscana mette a disposizione il vaccino antinfluenzale, il mezzo più efficace e conveniente per prevenire l'influenza e le sue complicanze. Quello che distingue la campagna di vaccinazione 2010-2011 è che segue a un anno pandemico e a violente polemiche sul vaccino usato, anzi chiaramente inutilizzato, per la pandemia.

Molte sono le incognite sulla circolazione del virus nella prossima stagione, sicuramente ancora protagonista sarà il virus «H1N1v», ma in Italia la sua circolazione dipenderà dalla proporzione di soggetti ancora suscettibili al nuovo virus. Sulla base dei dati epidemiologici e siero epidemiologici pre-pandemici si stima che circa il 20% della popolazione under 65 anni e il 25% di quella over 65 anni sia entrata in contatto con il virus o sia stata vaccinata, ma non abbiamo dati sulla quota di persone che hanno contratto infezioni poco o asintomatiche.

L'anno scorso abbiamo assistito a un andamento dell'epidemia influenzale anomalo (tipico però di una pandemia) con un picco epidemico, di casi e decessi, realizzatosi molto precocemente in ottobre-novembre, mentre generalmente la curva raggiunge il suo massimo fra gennaio e marzo. Quest'anno non vi sono invece segni che facciano pensare a un anticipo della circolazione del virus. Si ricorda che l'influenza è la malattia infettiva che in assoluto incide maggiormente sulla popolazione, sia sotto l'aspetto sanitario (sintomatologia molto fastidiosa, ma, nei soggetti a rischio, anche complicanze gravi fino a morte), sia sotto il profilo socio-economico (assenza dal posto di lavoro, dalla scuola e da tutte le altre attività).

Le indicazioni e gli strumenti di prevenzione di questo anno sono quelli di un'ordinaria stagione influenzale e per ridurre significativamente la morbilità per influenza e per le sue complicanze, nonché l'eccesso di mortalità, è necessario raggiungere elevati livelli di copertura nei gruppi target della popolazione, in particolare nelle categorie ad alto rischio di tutte le età. In Toscana la copertura



vaccinale, calcolata per i soggetti over 65 anni, è andata costantemente aumentando negli ultimi anni, raggiungendo proprio l'anno scorso, per il vaccino stagionale) il 71% e avvicinando, quindi, l'obiettivo posto dal ministero della Salute del 75 per cento. Per raggiungere tali obiettivi la Regione mette a disposizione nelle strutture vaccinali un milione di dosi di vaccino trivalente (ceppo A/California/7/2009 H1N1 cosiddetto ceppo pandemico, ceppo A/Perth/16/2009 H3N2, ceppo B/Brisbane/60/2008). Per l'acquisto del vaccino antinfluenzale saranno spesi circa 4 milioni di euro. La vaccinazione verrà offerta attivamente e gratis, tramite medici e pediatri di famiglia e gli ambulatori delle Asl, a:

- 1) soggetti pari o superiore a 65 anni;
- 2) soggetti in età infantile e adulta affetti da: a) malattie croniche debilitanti a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, uropoietico; b) malattie degli organi emopoietici; c) diabete e altre malattie dismetaboliche; d) sindromi da malassorbimento intestinale; e) fibrosi cistica; f) altre malattie congenite o acquisite che comportino carenze o alterata produzione di anticorpi; g) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici.

- 3) soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo;
- 4) personale di assistenza o contatti familiari di soggetti ad alto rischio
- 5) bambini reumatici soggetti a ripetuti episodi di patologia disreattiva che richiede prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico e a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.

Una sola dose di vaccino è sufficiente per i soggetti di tutte le età a esclusione dei bambini al di sotto dei 9 anni mai vaccinati in precedenza, per i quali si raccomandano due dosi, da somministrare a distanza di almeno 4 settimane. Si sottolinea che la precedente vaccinazione con vaccino pandemico monovalente non costituisce controindicazione alla vaccinazione con trivalente stagionale.

Emanuela Balocchini
Responsabile settore Igiene pubblica

DOPO IL TRASFERIMENTO DELLE COMPETENZE AL SSN

Comunità terapeutiche per i detenuti

L'alternativa al carcere per chi deve curare dipendenze da droga e alcol

I detenuti tossico/alcolodipendenti potranno curarsi in comunità terapeutica. Lo stabilisce la delibera n. 848 approvata il 27 settembre 2010, che fissa anche l'importo da distribuire alle Asl toscane: 350milioni di euro per il 2010.

L'opportunità riguarda quei detenuti che possono usufruire di misure alternative alla detenzione. Nell'ambito del progressivo trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie penitenziarie, la Regione ha ritenuto opportuno che anche i detenuti tossico e alcolodipendenti potessero usufruire dei percorsi riabilitativi nelle comunità terapeutiche. Le comunità terapeutiche che operano sul territorio toscano sono 63, e tutte - sia quelle a gestione pubblica che del privato sociale - sono risultate idonee a ospitare soggetti con misure alternative, in quanto in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali. Sui circa 4mila detenuti presenti nelle carceri toscane, si stima che quasi un terzo, circa 1.300, siano tossico o alcolodipendenti. Tra le sostanze stupefacenti più utilizzate, la cocaina occupa il primo posto (43,7%), seguita dall'eroina (41,5%) e dalla cannabis (12,7 per cento). Nella delibera si stabilisce che il percorso di presa in carico dei detenuti tossico-alcolodipendenti dovrà essere equiparato in tutto e per tutto a quello delle persone tossico-alcolodipendenti in libertà.

CONTROCANTO

Restano in piedi i dubbi sull'«H1N1»

di Eugenio Serravalle*

La presenza del virus A/H1N1 all'interno del vaccino contro l'influenza stagionale non rassicura i numerosi medici e pazienti che lo scorso anno hanno rifiutato la vaccinazione anti-pandemica.

I dubbi si arricchiscono di nuovi argomenti: la Finlandia ha bloccato la somministrazione del vaccino «H1N1» nel timore di una

relazione con l'aumento del 300% negli ultimi sei mesi tra bambini e giovani, di casi di narcolessia. L'Agenzia europea per la medicina (Ema) dovrà indagare sul possibile rapporto causale, dopo segnalazioni simili provenienti da Svezia, Norvegia, Francia e Germania. Le polemiche

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Montopoli: cresce Casa della salute

La Regione sosterrà l'implementazione del progetto «Casa della Salute di Montopoli». Gli interventi previsti: rafforzamento dell'area dei servizi mediante il potenziamento della organizzazione amministrativa, tesa ad assicurare un efficiente sistema di front office per i cittadini, a garanzia della loro accoglienza e presa in carico globale per le problematiche sanitarie, socio-sanitarie e di tutte le forme di disagio; attivazione in particolare degli ambulatori specialistici di ortopedia e cardiologia; ampliamento dei servizi specialistici in genere sulla base della domanda di salute, a seguito di condivisione con i Mmg. (Delibera n. 827 del 20/09/2010)

Estav centro: fondi per assistere l'Itt

Destinati 30mila euro all'Estav centro per le attività di supporto tecnico-amministrativo per l'Istituto toscano tumori. Le risorse saranno assegnate poiché il finanziamento precedente risulta esaurito, come da documentazione presentata da Estav centro. Proseguirà quindi l'attività di supporto tecnico-amministrativo sin qui assicurata alle attività programmate dalla Direzione Itt. Sarà dato mandato alla competente struttura della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale di adottare i provvedimenti per darne piena attuazione. (Delibera n. 860 del 04/10/2010)

ALL'INTERNO

Massa Carrara a tutta Ris-Pacs

A PAG. 2

Porte «chiuse» in rianimazione

A PAG. 4-5

Salute a misura di under 18

A PAG. 6

MODELLI

Conclusa la quinta Conferenza dell'Istituto toscano per l'oncologia



Tumori, l'Itt si riorganizza

Nel mirino rigidità amministrative e sviluppo della rete regionale

Si è svolta il 2 ottobre a Viareggio la quinta Conferenza di organizzazione dell'Istituto toscano tumori, dedicata quest'anno al tema «Patologie Rare e/o complesse: criteri per la definizione di un sistema di competenze specifiche nell'Itt». È un appuntamento importante ed è l'occasione in cui non solo si fa il punto sullo stato dell'arte dell'oncologia toscana, ma è soprattutto il momento in cui si delineano nuovi impegni, specie sul piano organizzativo.

Non vi è dubbio che il modello toscano è in questi anni cresciuto sia in termini di qualità dell'offerta che di autorevolezza a livello nazionale. Crescita si è realizzata attraverso tre fasi caratterizzate da interventi di valorizzazione della rete, di creazione di infrastrutture e più recentemente di rimodulazione degli snodi nell'ottica di un più appropriato governo dei percorsi oncologici. Se in una prima fase si è cercato di produrre omogeneità e qualità diffusa per gran parte della casistica oncologica con l'obiettivo di una crescita complessiva di tutto il sistema oggi i tempi sono maturi per ipotizzare una maggior archiviazione del sistema individuando al suo interno riferimenti per i tumori rari o a elevata complessità in modo da orientare questa casistica in una griglia di specifiche competenze validate dall'Itt.

Si avvia quindi un percorso complesso che nasce da uno specifico mandato regionale, in cui dovranno trovare un momento di sintesi le indicazioni dei clinici, con adeguati strumenti amministrativi per arrivare a prevedere centri specifici di Area vasta regionali e, se necessario, interregionali. Questo momento dovrà prevedere adeguate azioni di comunicazione ai cittadini, coinvolgimento dei professionisti che operano nella rete e soprattutto un forte sostegno del Ssr nella promozione di percorsi assistenziali che de-

vono prevedere ruoli distinti e sinergie tra aziende sanitarie. Si delinea dunque un lavoro complesso e articolato che terrà impegnato l'Itt. A partire da problemi non banali propri di alcune rigidità organizzative potranno essere colte importanti opportunità: l'adeguamento di procedure amministrative che valorizzino i Drg di percorso e superino, per queste patologie, la valutazione di fughe e attrazioni interregionali; l'integrazione operativa con gli interventi sui temi dell'accreditamento e del rischio clinico; la disponibilità attraverso il nuovo sistema di competenze specialistiche di occasioni importanti di formazione; la promozione di una maggiore mobilità dei professionisti all'interno della rete quali tutor di percorsi complessi; la competitività nei confronti di altre istituzioni extraregionali con capacità di attrazione a questo livello del sistema toscano; la ricerca di una sintesi, anche di tipo comunicativo,

tra libera scelta del cittadino e presa in carico secondo criteri di appropriatezza e qualità.

È ovvio che l'oncologia toscana è ancora una volta davanti a scelte coraggiose, ma è altrettanto evidente che la sfida emersa dalla quinta Conferenza di organizzazione debba essere colta come un passaggio indispensabile perché l'insieme dei servizi oncologici possano essere un net-work adeguato alla complessità delle domande collettive e dei bisogni individuali in questo settore. La strada fino a oggi percorsa fa ben sperare nella capacità di innovazione organizzativa dell'oncologia toscana e, soprattutto, nella volontà di mantenere qualità, innovazione e alta specializzazione all'interno di un sistema pubblico, universale e solidale.

Gianni Amunni
Direttore Operativo Itt

In diretta dalla ricerca

IL «CILOSTAZOLO» RISULTA EFFICACE PER LA PREVENZIONE SECONDARIA IN PAZIENTI CON UN ICTUS NON CARDIOEMBOLICO

Bibliografia: Yukito Shinohara, Yasuo Katayama, Shinichiro Uchiyama et al. for the Csps 2 group. Cilostazol for prevention of secondary stroke (Csps 2): an aspirin-controlled, double-blind, randomised non-inferiority trial. *The Lancet Neurology*, Early Online Publication, 11 September 2010

Il cilostazolo è un inibitore della fosfodiesterasi III dell'Amp ciclico, dotato di attività antiaggregante piastrinica e vasodilatatrice. In un recente articolo di *Lancet neurology* è stato pubblicato lo studio Csps-II (Cilostazol stroke prevention study II) che ha lo scopo di stabilire la non inferiorità del cilostazolo nei confronti dell'aspirina per la prevenzione secondaria dell'ictus, confrontando l'efficacia e la sicurezza dei due farmaci in pazienti con ictus non cardioembolico.

Nello studio fra il dicembre 2003 e l'ottobre 2006 sono stati arruolati 2.757 pazienti fra i 20 e i 79 anni che avevano avuto un ictus nelle precedenti 26 settimane e sono stati assegnati in modo randomizzato al trattamento con cilostazolo 100 mg due volte al dì (1.379 di cui 1.337 inclusi nell'analisi) o con aspirina 81 mg 1 volta al dì (1.378 di cui 1.335 inclusi nell'analisi). Il trattamento è durato da 1 a 5 anni con un follow-up medio di 29 mesi. L'obiettivo primario (ricidiva di ictus) aveva una frequenza annuale di 2,76% (82 pazienti) nel gruppo trattato con cilostazolo e di 3,71% (119 pazienti nel gruppo trattato con aspirina); rischio relativo 0,743, p=0,0357. Anche per quanto riguarda la sicurezza il cilostazolo mostrava effetti favorevoli; infatti gli eventi emorragici (emorragia cerebrale, emorragia subaracnoidea, o emorragia richiedente l'ospedalizzazione) erano meno frequenti in modo statisticamente significativo (p=0,0004) nel gruppo trattato con cilostazolo (23 pazienti - 0,77%) rispetto all'aspirina (57 pazienti -

1,78%). Effetti collaterali minori come cefalea, palpitazioni, diarrea, vertigini e tachicardia erano più frequenti nel gruppo trattato con cilostazolo. Lo studio Csps II mostra che la terapia con cilostazolo rispetto all'aspirina è in grado di determinare una riduzione significativa del rischio relativo di ictus cerebrale pari al 26% circa, mostrando un miglior profilo in termini di sicurezza con riduzione del rischio di emorragie del 54%. La riduzione del rischio emorragico era particolarmente evidente nei pazienti inclusi nello studio per un ictus di tipo lacunare. Pertanto gli Autori concludono che il cilostazolo potrebbe essere usato per la prevenzione dell'ictus non cardioembolico.

RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE: UNO STUDIO ENFATIZZA IL RUOLO CRUCIALE DEL MASSAGGIO CARDIACO

Bibliografia: T.D. Rea, C. Fahrenbruch, L. Culley, et al. CPR with Chest Compression Alone or with Rescue Breathing

Nelle linee guida del 2005 sulla Rianimazione cardiopolmonare (Rcp) il rapporto fra la frequenza di compressioni toraciche e le ventilazioni è di 30/2. Molti esperti si aspettano che nelle nuove linee guida che verranno pubblicate a fine 2010 dall'American Heart Association (Emergency cardiovascular care) la frequenza di compressioni toraciche/ventilazioni venga portata almeno a 50/2. Secondo altri esperti limitare la Rcp alle sole compressioni toraciche può essere più facile per il personale non sanitario. L'arresto cardiaco extraospedaliero causa centinaia di migliaia di morti ogni anno nel mondo. L'inizio precoce della Rcp da parte di personale non sanitario può aumentare la probabilità di sopravvivenza e avere un recupero favorevole senza danni neurologici a lungo termine. Tradizionalmente la Rcp condotta da personale non sanitario è costituita da compressioni toraciche interrotte da ventilazioni ma attualmente il ruolo del sostegno della respirazione da

parte del personale non sanitario nella Rcp è incerto e recentemente è stato pubblicato un articolo che confronta l'efficacia delle compressioni toraciche versus le compressioni toraciche associate alla respirazione (Dispatcher-Assisted Resuscitation Trial - Dart). Questo studio multicentrico randomizzato ha arruolato circa 1.941 pazienti di cui 981 assegnati al gruppo sottoposto a compressioni toraciche e 960 sottoposto a compressioni toraciche e ventilazioni. Lo studio considerava le chiamate consecutive al sistema di emergenza (911) per pazienti in arresto cardiaco. L'astante era poi istruito dal dispatcher a eseguire solo le compressioni toraciche (50 compressioni consecutive) o compressioni toraciche associate alla respirazione (due ventilazioni iniziali e 15 compressioni toraciche e successivi cicli con un rapporto 2/15). Lo studio non mostrava nessuna significativa differenza fra i due gruppi. La sopravvivenza dei pazienti alla dimissione dall'ospedale era del 12,5% nel gruppo "compressioni toraciche" e 11% nel gruppo "compressioni toraciche più ventilazioni" (p=0,31). Chi sopravviveva aveva un esito neurologico favorevole nel 14,4% dei pazienti sottoposti a compressioni toraciche e nel 11,5% sottoposto a compressioni toraciche più ventilazioni (p=0,13). Le istruzioni del dispatcher di eseguire solo le compressioni toraciche non aumentavano la sopravvivenza globale dei pazienti anche se la tendenza è verso un migliore risultato in alcuni sottogruppi (es: pazienti con arresto per causa cardiaca, e pazienti con ritmo da defibrillatore). I risultati di questo studio supportano una strategia per Rcp condotta da personale non sanitario che enfatizza il ruolo delle compressioni toraciche e minimizza il ruolo della ventilazione.

a cura di **Gian Franco Gensini, Giuliano Mariani, Mauro Galeazzi**
con la collaborazione di **Andrea Alberto Conti, Beatrice Dilaghi e Martina Minelli**

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

che si rafforzano con i rapporti della Commissione salute dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, che ha criticato l'allarme eccessivo creato sotto le pressioni delle case farmaceutiche, inducendo i Governi all'acquisto di dosi massicce di vaccini e di antivirali, e la denuncia dell'esistenza di conflitti d'interesse di membri della commissione di esperti sulla pandemia pubblicata dal «British Medical Journal».

Il vaccino antinfluenzale è un esempio emblematico della comunicazione imperfetta tra ricerca scientifica e pratica medica, scrive Tom Jefferson. I virus influenzali, soggetti a continue mutazioni, presentano una grande variabilità antigenica che, oltre a conferire loro maggiore o minore ag-

gressività, influiscono sull'efficacia del vaccino. Negli anni scorsi la sovrapposizione tra i virus vaccinali e quelli circolanti è stata molto bassa, con evidenti distorsioni sulla valutazione del peso della malattia e dell'efficacia del vaccino. Questo può immunizzare solo dai virus contro cui è mirato, ma non ha azione verso i circa 300 agenti infettivi causali delle malattie simil-influenzali. L'influenza è responsabile solo del 9% di tutte le infezioni respiratorie virali a carico dei bambini in inverno. L'efficacia della vaccinazione nei bambini sotto i due anni di vita è sovrapponibile a quella del placebo, secondo la Cochrane Collaboration.

Dopo, con l'aumentare dell'età, aumenta di efficacia ma

non incide sul numero dei casi, su complicanze e trasmissione, nemmeno negli anziani. Appare importante approfondire ulteriormente gli aspetti della sicurezza del vaccino, studiati in modo insufficiente in alcune categorie di pazienti, quali i bambini, così com'è evidente l'importanza di dati certi, e non di stime, di morbilità e mortalità per influenza nella popolazione infantile italiana, per valutare correttamente il peso della malattia e i risultati attesi vaccinando. Altrimenti si alimenta ancora l'equivoco che vaccinandosi ci si protegge da tutte le malattie, e chi ne beneficia, è solo l'industria, non certo la salute delle persone.

* Pediatra

Serve fiducia nel dopo... (segue dalla prima pagina)

stigmatizzato l'eccessivo acquisto di vaccini, rimasti largamente inutilizzati (anche per atteggiamenti anti-scientifici di alcuni operatori sanitari che hanno diffuso paure ingiustificate nei confronti di vaccini e adiuvanti).

La realtà è che i vaccini sono tra i prodotti farmaceutici più sicuri, come dimostrato dalla sorveglianza sul loro utilizzo, mentre l'influenza colpisce ogni anno da 3 a 7 milioni di persone nel nostro Paese, provocando direttamente o indirettamente migliaia di morti. E se le coperture vaccinali negli anziani sono buone (anche se non ancora ottimali), la situazione nei gruppi a rischio è oggi inaccettabile. I risultati del Progetto «Passi» condotto dalle Asl italiane dimo-

strano che «solo il 26% dei malati cronici con meno di 65 anni si è protetto dall'influenza con la vaccinazione. Una pratica di prevenzione poco diffusa soprattutto tra chi ha un tumore e chi soffre di malattie respiratorie croniche: solo un quinto di loro dichiara di vaccinarsi». Per non parlare di medici e infermieri, la cui vaccinazione ha la fondamentale funzione di evitare di contagiare i propri pazienti. Appare chiaro come sia indispensabile cercare di vaccinare la massima quantità di popolazione per evitare complicanze, morti e danni economici che davvero sono prevenibili.

* Professore ordinario di Igiene Dipartimento Sanità pubblica, Università di Firenze

SSR AI RAGGI X Un Ris e quattro Pacs nell'Area vasta dell'Asl di Massa e Carrara

La lastra abbandona la carta



I risultati: migliore qualità delle immagini, meno rischi e costi abbattuti

Un sistema che funziona da più di un anno e che grazie alle nuove tecnologie ha apportato un miglioramento tangibile alla qualità del lavoro tra gli operatori del Servizio radiognostico dell'Asl 1 di Massa e Carrara. La diminuzione del rischio legato ai possibili errori umani materiali ha sicuramente anche inciso sullo stress individuale dei singoli professionisti, ma non solo, è migliorata la qualità delle immagini e si è registrata una diminuzione dei costi legati alla carta delle pellicole.

Le immagini ora vengono rilasciate all'utente con un cd-rom il cui costo è notevolmente inferiore a quello della carta, e nei reparti vengono trasmesse via web.

Un sistema più veloce che ha migliorato le performance garantendo un servizio migliore al cittadino. Il Pacs, un acronimo ormai familiare, altro non è che un sistema di archiviazione e trasmissione di immagini. Consiste in un sistema hardware e software che consente di archiviare le immagini su un supporto digitale, trasmetterle a distanza, riprodurle eguali a se stesse, misurarne i parametri in maniera oggettiva, confrontarle con altre immagini. In una parola: misurare la salute.

È fondamentale la sua integrazione con sistema informatico di radiologia o Ris (Radiology information system), che rappresenta il software gestionale della Radiologia. Il sistema progettato per la Asl 1 fa infatti

parte di un disegno architettonico di Area vasta. Ogni presidio possiede un sistema Pacs indipendente su cui convergono tutte le modalità (Tc, Rm, Rx, Ultrasuoni) e cui accedono tutti i sistemi di visualizzazione del presidio.

Sono quindi presenti 4 sistemi Pacs separati e autonomi, ma uniti da una rete di interconnessione. Il sistema Ris è stato centralizzato a livello aziendale ed è installato presso il presidio di Carrara. La sicurezza dei dati è garantita dalla ridondanza degli archivi (l'architettura prevede 3 livelli di archiviazione delle immagini): un archivio clinico locale per ogni presidio che mantiene on-line le immagini prodotte localmente per un periodo di 2 anni; un archivio di back-up centrale a livello di Area vasta dimensionato per mantenere on-line tutte le immagini prodotte in tutti i presidi per un periodo di 5 anni; un archivio legale centrale a livello di Area vasta che mantiene on-line per un periodo di 1 anno tutte le immagini prodotte in tutti i presidi; l'archivio verrà copiato in duplice copia su supporti mantenuti off-line.

Lo scopo della realizzazione di un archivio clinico a livello di presidio è di non sovraccaricare le rete aziendale col traffico durante le fasi di archiviazione e richiamo delle immagini e ottenere la massima sicurezza degli archivi di ciascuna Uo: poiché ogni presidio ha un suo database e un suo archivio clinico, i

singoli presidi possono lavorare anche in assenza di collegamento in rete geografica. Praticamente ogni presidio gestisce in proprio tutte le immagini e le mette a disposizione (nel caso sia necessario) degli altri utenti di Area vasta. Grazie alle caratteristiche del software gli archivi clinici di presidio appaiono all'utente finale come un solo archivio clinico aziendale.

La duplicazione dei diversi database Pacs e delle immagini dalla periferia (sistemi di presidio) verso il centro protegge il sistema e consente il ripristino rapido dei sistemi non appena questi ritornano disponibili. L'integrazione dei sistemi ha permesso in particolare di ottenere i seguenti risultati:

- 1) eliminazione degli archivi su supporto solido;
- 2) teleconsulto e telediagnosi dalle sedi periferiche (Fivizzano e Pontremoli);
- 3) teleconsulto in Area vasta (soprattutto consulenze neuroradiologiche e neurochirurgiche).

La soluzione tecnica prevede infatti la realizzazione di una rete privata all'interno dell'Area vasta in cui ogni sede connessa (sedi aziendali, presidi ospedalieri, Unità operative dislocate delle Aoup, Asl 1, Asl 2, Asl 5), ha la possibilità di trasferire dati verso un'altra.

Lino Palla
Uo radiodiagnostica
Massa-Fivizzano

DIAGNOSTICA D'AVANGUARDIA

Gastroscopie transnasali: +115%

Più che raddoppiate presso l'unità operativa di endoscopia digestiva dell'ospedale di Massa le gastroscopie transnasali: dal 2008 al 2009 sono aumentate del 115 per cento. «E anche nei primi sei mesi del 2010 - spiega Giovanni Ceccarelli, responsabile della struttura apuana - la tendenza è confermata perché siamo già a quota 475. La tecnica è particolarmente gradita dai pazienti e le richieste al nostro reparto, uno dei pochi centri specializzati dove è possibile effettuare questo tipo di intervento, arrivano anche da fuori regione, da diverse parti d'Italia».

La ragione di questo boom è presto detta. Nuove sonde ultrasottili consentono oggi di eseguire l'endoscopia digestiva passando per il naso, riducendo di molto quelle sensazioni di nausea, vomito e soffocamento tipiche della gastroscopia tradizionale. Il paziente può parlare, respirare liberamente e la deglutizione avviene normalmente, non essendo necessario l'uso del boccaglio.

Questa tecnica è particolarmente indicata per anziani con età superiore agli 80 anni, bambini con età inferiore ai 4, pazienti con cardiopatie importanti o broncopneumopatie croniche ostruttive, e soggetti psicologicamente fragili.

È utile, comunque, anche per chi ne fa richiesta per intolleranza alla gastroscopia tradizionale. Unica complicazione il sanguinamento del naso (epistassi), che si verifica in una minima percentuale di casi e di solito è modesta e si autolimita.

L'endoscopio utilizzato nella gastroscopia transnasale è uno strumento di nemmeno mezzo centimetro di diametro (4,9 mm per la precisione), dotato di un canale operativo di 2 millimetri.

Lo strumento, nella quasi totalità dei casi, passa senza difficoltà dal naso, attraverso il meato medio (nel 70% dei casi) o il meato inferiore (30%). Lo ha dimostrato anche uno studio italiano («Progetto Pinocchio»), secondo il quale l'accesso via transnasale è possibile nel 98% dei casi, e la fattibilità dell'esame, tenuto conto della tollerabilità da parte del paziente, arriva a una percentuale del 95 per cento.

«L'unica vera controindicazione per eseguire la gastroscopia transnasale - conclude Ceccarelli - resta quindi l'impossibilità di far passare l'ultrasottile dal naso per problemi anatomici».

Vincenzo Martini
Responsabile pubblicazioni aziendali
Asl 1 Massa e Carrara

CENTRO HI TECH

Formazione in emergenza-urgenza: obiettivo qualità

Il Centro di formazione in emergenza-urgenza è attivo da circa un anno, e la sua attività formativa è rivolta al personale sanitario dipendente dell'Asl 1 Massa e Carrara, ai cittadini impegnati nel primo soccorso e ai soccorritori volontari delle associazioni di volontariato operanti sul territorio per il soccorso e alle altre aziende presenti sul territorio che ne facciano richiesta.

La struttura, realizzata in locali dell'Asl 1 (ex civico ospedale) a Carrara, ha una superficie di circa 150 metri quadrati, suddivisa in sala plenaria, sala proiezioni e debriefing, due locali per esercitazioni pratiche, sala

simulatore con regia collegata alla sala plenaria e alla sala proiezioni.

Per l'attività formativa il Centro è dotato di un simulatore di ultima generazione (Simman 3g) con cabina di regia e sistema di video proiezione, manichini (megacode) computerizzati per Acls (Advanced cardiac life support), Atls (Advanced trauma life support), manichini per addestramento Blsd (Basic life support defibrillation), Pals (Pediatric advanced life support), Ptc (Pretrauma hospital care), Microsim: sistema di apprendimento autoguidato installato



Un gruppo di formatori dell'emergenza-urgenza

su computer che consente ai discenti di confrontarsi con scenari reali in modo da arricchire le conoscenze me-

diche. Il gruppo di istruttori è formato da infermieri e medici con certificazione Irc

(Italian resuscitation council): in tutto sono 20 i formatori certificati per i vari tipi di corso, di cui due medici istruttori della Regione Toscana in emergenza e dieci istruttori europei di simulatore.

Oltre all'attività formativa sopra descritta l'Asl 1 ha ricevuto l'autorizzazione da parte del ministero della Salute a effettuare il corso, a valenza internazionale Medical care per la formazione di primo soccorso del personale marittimo a bordo delle navi mercantili e/o operanti nell'ambito marittimo.

Il Centro che è stato rico-

nosciuto dalla Regione Toscana ha sottoscritto apposita convenzione con la scuola di specializzazione in emergenza dell'Università di Pisa per l'addestramento degli specializzandi mediante utilizzo del simulatore.

Responsabile del Centro di formazione in emergenza-urgenza dell'Asl 1 è Patrizia Vannucci, responsabile anche del Pronto soccorso dell'ospedale di Carrara nonché istruttore regionale in emergenza/urgenza e Istruttore europeo in simulazione in emergenza.

Roberta Valerio
Ufficio stampa Asl 1
Massa e Carrara

NUOVA CERTIFICAZIONE

Sicurezza alimentare e nutrizione doc

Certificazione secondo le norme Uni En Iso 9001:2008 per i servizi del settore della sicurezza alimentare e nutrizione dell'Asl 1 Massa e Carrara.

Il marchio doc è il riconoscimento di una gestione efficiente, in possesso di competenze adeguate, a garanzia degli utenti, dei fornitori e di tutti i dipendenti nell'erogazione di un servizio di qualità. Il settore sicurezza alimentare e nutrizione (Ssan) del dipartimento della prevenzione dell'Asl 1 è stato certificato dal-

l'Ente internazionale di certificazione Bureau Veritas.

Con la certificazione del settore San è stato raggiunto un importante traguardo, in quanto sono stati fissati, in maniera univoca, gli standard a cui tutto il personale dovrà attenersi.

I principi di salvaguardia della salute pubblica, la tutela della sicurezza alimentare, la prevenzione delle malattie infettive e diffu-

sive del patrimonio zootecnico, la tutela del benessere animale e non ultima la semplificazione d'accesso alle prestazioni.

Per il raggiungimento di tale obiettivo sono state individuate priorità gestionali che garantiranno il soddisfacimento delle tre dimensioni della qualità: la qualità percepita dal cliente-utente è intesa come "qualità del servizio", ovvero il modo per il quale

i singoli utenti e gli interlocutori istituzionali percepiscono il soddisfacimento del loro bisogno in relazione alle loro aspettative.

La risposta alle aspettative dei clienti-utenti viene misurata per mezzo di indicatori legati alla tempestività e accessibilità al servizio e attraverso criteri di affidabilità, capacità di rassicurazione e inoltre instaurazione di un buon rapporto con l'utente. La qualità

tecnica della prestazione è correlata alla correttezza e all'appropriatezza delle prestazioni erogate, si misura con indicatori legati agli esiti delle supervisioni. La qualità organizzativa è riferita al razionale utilizzo delle risorse interne; si misura con indicatori di efficienza legati al raggiungimento degli obiettivi annuali programmati.

Armando Tognoni
Responsabile settore "Sicurezza alimentare e nutrizione"

DOCUMENTI Verificata tramite 148 interviste telefoniche a medici e infermieri la disponibilità ad adeguarsi alle raccomandazioni regionali



Terapie intensive aperte: operatori critici

Test in 43 rianimazioni e 31 Uic di 31 ospedali - Restano le barriere su orari e numero di visitatori per paziente

IL TESTO DELL'INDAGINE

Pubblichiamo di seguito il testo dell'indagine sulle terapie intensive aperte svolta dalla Regione Toscana su proposta del gruppo di studio permanente della Commissione regionale di bioetica sull'Etica delle cure di fine vita.

INDAGINE REGIONALE SULLE TERAPIE INTENSIVE APERTE

Il Parere della Crb

Nel marzo 2007 il Difensore civico regionale richiedeva ai vari organi regionali competenti di considerare l'opportunità o meno di predisporre specifiche linee guida regionali per garantire l'accesso e la permanenza dei parenti nei reparti di Terapia intensiva. La Commissione regionale di bioetica ha quindi valutato la tematica ed esaminato alcune esperienze già avviate con successo (come la Rianimazione neurochirurgica dell'Aou Careggi, diretta dalla dott.ssa Innocenti), anche tramite l'audizione di esperti.

Nel 2008, al termine dei lavori ha licenziato il Parere: "Permanenza dei parenti presso le Rianimazioni e le Terapie intensive della Toscana e assistenza dei degeni nelle fasi finali della vita: aspetti etici e di umanizzazione".

Attraverso tale documento la Crb, richiamandosi alla letteratura internazionale, spiegava che le restrizioni (all'accesso e alla permanenza di familiari o altre figure di riferimento), ritenute generalmente necessarie in reparti di questo tipo, in realtà non interferiscono coi trattamenti, sono inutili in termini di prevenzione delle infezioni, non aumentano il numero di complicazioni e sono svantaggiose dal punto di vista della qualità di vita del paziente e dei suoi cari, aumentando lo stress. Sulle basi delle evidenze scientifiche si auspica quindi la riduzione, e in alcuni casi la totale rimozione, di tali restrizioni.

Inoltre la Crb invitava gli operatori delle Terapie intensive a dedicare maggior tempo e attenzione alla comunicazione con i familiari e ad avere un approccio di maggior apertura e flessibilità soprattutto quando il paziente raggiunge la fase terminale della propria vita, giacché la Terapia Intensiva aperta non im-

porta, semplicemente, un prolungamento dell'orario di visita di familiari e amici, bensì di un diverso approccio che comporta una crescita della consapevolezza della portata etica delle prassi assistenziali, nell'ottica di una presa in carico complessiva della problematicità clinica, etica e relazionale dei pazienti ricoverati.

Appaiono dunque indispensabili percorsi formativi specifici, volti al raggiungimento di una consapevolezza condivisa dell'intera équipe sanitaria coinvolta nel processo assistenziale del paziente critico. Tale necessità trova ragione anche nell'esigenza di rendere il personale sanitario in grado di "educare" i parenti al rispetto delle regole.

Raccomandazioni dell'assessore regionale

Nel marzo 2009 l'assessore regionale per il diritto alla salute, Enrico Rossi, inviava alle Direzioni generali delle Asl/Aou toscane una lettera, che accompagnava il Parere della Crb e in cui invitava la Unità di Terapia intensiva e Rianimazione ad adeguarsi alle raccomandazioni regionali.

Nella lettera l'Assessore invitava, inoltre, a rendicontare, entro il 30 settembre 2009, le iniziative intraprese per la realizzazione di una Terapia intensiva aperta.

Vista la carenza di risposte nel novembre 2009 è stata inviata una lettera di sollecito.

A oggi hanno inviato tale relazione scritta 12 Asl/Aou su 16.

Indagine telefonica: metodi e strumenti

Al fine di effettuare un controllo incrociato e verificare la veridicità delle informazioni ufficiali riportate su carta, il Gruppo di studio permanente della Crb dedicato all'Etica delle cure di fine vita, coordinato dalla dott.ssa Mariella Orsi, ha proposto alla Commissione e alla Regione di effettuare un'indagine.

Strumento dell'indagine è un questionario di 20 domande elaborato dal gruppo a partire da uno strumento già validato.

La dott.ssa Valdambri, bioeticista, è stata individuata dalla Crb come collaboratrice incaricata di effettuare le interviste telefoniche.

L'indagine si è svolta secondo la seguente modalità:

1) L'incaricata ha contattato telefonicamente le Direzioni generali delle 16 Asl/Aou toscane, per verificare l'avvenuta ricezione della lettera di richiesta di autorizzazione a svolgere l'indagine;

2) Le Direzioni generali hanno indirizzato alle Direzioni sanitarie o di Presidio, oppure ai referenti di area. L'incaricata ha quindi provveduto a contattare tali soggetti telefonicamente per recuperare i nominativi, e i relativi recapiti, dei Direttori delle Unità operative coinvolte e dei Coordinatori infermieristici;

3) L'incaricata ha quindi contatta-

to telefonicamente e/o via mail gli operatori sanitari e ha preso appuntamento per l'intervista telefonica. Il questionario è stato sottoposto in due momenti distinti, al Direttore della Struttura organizzativa e al coordinatore infermieristico (o ad altri da loro delegati);

4) Dal 23 aprile al 31 maggio 2010 l'incaricata ha contattato tutte le Asl/Aou toscane e ha intervistato telefonicamente 124 operatori sanitari.

Strutture e operatori coinvolti

L'indagine, effettuata sulle 12 Asl e le 4 Aou toscane, ha coinvolto 74 strutture disseminate su 31 presidi ospedalieri. In particolare sono state contattate 43 Rianimazioni/Terapie intensive (polivalenti - post-chirurgiche - specialistiche) e 31 Uic.

Sono state effettuate 148 interviste telefoniche (74 medici e 69 infermieri).

Aspetti sondati dal questionario

- Orari di accesso e numero di visitatori, per paziente, a cui è consentito l'accesso (contemporaneamente);
- Regole adottate in caso di minori ricoverati e pazienti nella fase terminale della vita;
- Indumenti che i visitatori devono indossare e igiene delle mani;
- Tempi, spazi e modalità dei colloqui fra familiari e medici;
- Informazioni telefoniche, accesso alla cartella clinica e tutela della privacy;
- Questionario di valutazione della qualità del reparto;
- Percorso formativo specifico degli operatori;
- Spazio per commenti e osservazioni.

Rilevati a maggio i dati sulle 14 Asl e le 4 Aou regionali

Cartella clinica e tutela della privacy:

- Questionario di valutazione della qualità del reparto;
- Percorso formativo specifico degli operatori;
- Spazio per commenti e osservazioni.

Risultati dell'indagine (Vedi tabella)

Apertura: Il 69% delle strutture è aperto meno di 4 ore al giorno (il che significa che i reparti mantengono il cosiddetto "passo" di 2 ore a pranzo e 2 ore a cena). Il 20% è aperto dalle 4 alle 8 ore al giorno, il 7% è aperto dalle 8 alle 12 e solo il 4% è aperto 24h su 24.

Visitori: Nel 48% delle strutture non può accedere più di un visitatore per ogni paziente e solo nel 24% delle strutture si fa un'eccezione solo nel caso di pazienti nella fase terminale della vita; il 4% non ammette eccezioni alla regola o prolungamenti degli orari di visita neppure in questi casi. Nel 53% delle strutture non è consentito l'accesso ai bambini.

Nel caso di minori ricoverati c'è ancora un 15% di strutture che non permette ai genitori di passare la notte vicino al proprio figlio, a fronte di un 81% di strutture in cui è consentita una permanenza continuativa.

Prevenzione delle infezioni: Nel 66% delle Strutture i visitatori

sono ancora tenuti a indossare indumenti particolari (camicie, mascherine, sovrascarpe...) sebbene l'evidenza scientifica attribuisca al personale medico e infermieristico la responsabilità principale delle infezioni, ridimensionando la responsabilità dei visitatori provenienti dall'esterno. Anche se il copri scarpe, richiesto nel 41% delle strutture, è adottato solo come misura di igiene dei pavimenti c'è comunque un 40% di strutture che richiede di indossare il camice.

L'igiene delle mani (lavaggio o utilizzo di gel alcolici antisettici e disinfettanti) è richiesto nel 95% delle strutture, anche se non sempre questa operazione viene monitorata/verificata dagli operatori.

Materiale informativo: nel 67% delle Strutture si fornisce ai familiari materiale informativo cartaceo, contenente notizie relative all'organizzazione e alle caratteristiche del reparto. Nel 33% dei casi tale materiale non viene fornito.

Letture e interpretazione dei dati

Innanzitutto è curioso osservare che medici e infermieri spesso rispondono in modo diverso alla stessa domanda su questioni di organizzazione del reparto il che potrebbe indicare una scarsa condivisione delle decisioni organizzative.

L'adesione alle raccomandazioni regionali e il livello di applicazione delle stesse risulta scarso e non uniforme, del resto una ventina di operatori hanno esplicitamente ammesso di non conoscerle. I reparti di Terapia intensiva risultano ancora chiusi sia per l'orario di apertura al pubblico sia per il numero di visitatori ammessi per ogni paziente. La gestione di situazioni particolari (minori e malati terminali) appare diffusa in modo non uniforme e comunque affidata alla sensibilità dei responsabili della struttura più che ad un approccio razionalmente strutturato e condiviso.

Allo stesso modo è stato scarsamente raccolto l'invito a eliminare le barriere fin'ora ritenute necessarie per la prevenzione delle infezioni. A fronte delle evidenze scientifiche ancora troppe strutture richiedono di indossare indumenti particolari e non verificano invece la corretta igiene delle mani.

L'approccio di presa in carico globale del paziente e quindi della sua famiglia appare scarsamente valorizzato se si considera che in alcune strutture appaiono insufficienti le misure adottate per migliorare la comunicazione (consegna di materiale informativo sul reparto, presenza di un medico di riferimento, disponibilità a fornire informazioni telefoniche, rilevazione della qualità percepita, accesso, seppur guidato, alla documentazione della cartella clinica durante la degenza) e se si osserva la scarsa attenzione riservata al comfort dei familiari (stanza per il colloquio, sala d'attesa, servizi a disposizione) che ancora oggi vengono considerati un intralcio più che una risorsa, come è frequentemente emerso anche dalle osservazioni finali degli operatori.

Soprattutto il fatto che la metà

Formazione degli operatori: Nel 50% delle Strutture, a due anni di distanza dalle raccomandazioni regionali, non è stato effettuato sul personale sanitario alcun corso di formazione relativo all'apertura della Ti.

Favorevoli/Contrari all'apertura: Solo il 21% degli operatori sanitari che lavorano in Uic si dice favorevole a un'apertura del reparto (il 29% si dichiara assolutamente contrario, il 41% è favorevole ma con forti riserve e solo a determinate condizioni); la percentuale di favorevoli aumenta al 42% nelle Rianimazioni e nelle altre tipologie di Terapia intensiva. Facendo una distinzione fra le due categorie si rileva che gli infermieri sono più propensi all'apertura: il 43% contro il 23% dei medici.

Comfort dei familiari: Nel 22% dei reparti i familiari non hanno a disposizione una sala d'attesa e nel 19% non c'è neppure una sala dedicata al colloquio fra familiari e medici.

Informazioni e privacy: il 32% delle Strutture non fornisce informazioni telefoniche ai familiari, in nessun caso. Nel 68% dei casi le informazioni vengono fornite solo in casi particolari e dopo aver adottato alcune cautele. Il 38% degli operatori infatti fornisce a telefono solo informazioni molto generiche sullo stato di salute generale del paziente, senza scendere in dettagli clinici. Il 36% concorda precedentemente con paziente e familiari un unico interlocutore che può chiamare in determinate fasce orarie. Il 17% fornisce solo se è certo di riconoscere al telefono la persona delegata a ricevere informazioni.

Nel 37% delle Strutture non è consentito, durante la degenza, l'accesso alla cartella clinica, neppure agli aventi diritto (paziente, persona da lui delegata, rappresentante legale). Il 12% degli operatori afferma che tale richiesta non è mai stata avanzata e non sanno qual è la politica del reparto a tale riguardo.

Rilevazioni qualità percepite: Nel 57% delle Strutture non esiste un questionario aziendale per la valutazione della qualità del reparto da far compilare ai visitatori.

Solo il 21% degli operatori Uic si dichiarano favorevoli all'apertura, contro il 42% degli operatori favorevoli in Rianimazioni e Terapie intensive di altro tipo. La maggior parte delle Uic, infatti, rivendica peculiarità (soprattutto per la tipologia di pazienti) che le differenziano dalle Rianimazioni e che rendono l'apertura tout court non solo difficilmente realizzabile, ma addirittura controindicata. Non esistono tuttavia evidenze a sostegno di tale teoria e la recente letteratura scientifica pare sostenere il contrario.

I dati di questa indagine regionale suggeriscono comunque un miglioramento rispetto alla situazione fo-

(segue da pagina 4)

delle strutture coinvolte nell'indagine non abbia effettuato né previsto momenti formativi specifici per gli operatori sanitari di questi reparti ci indica quanto sia ancora lunga la strada da fare: senza una riflessione comune sugli aspetti etici, relazionali, psicologici inevitabilmente correlati all'assistenza di certe tipologie di pazienti nonché all'organizzazione del lavoro in queste strutture, difficilmente si possono individuare carenze e criticità o valorizzare e strutturare gli interventi positivi al fine di migliorare la qualità dell'assistenza. Assistenza che deve essere intesa come presa in carico globale basata sulla concezione olistica della persona e nell'ottica del passaggio dal to cure al to care proprio della moderna prospettiva bioetica.

È indispensabile riflettere sulla resistenza degli operatori all'apertura: alcuni si dichiarano decisamente contrari (29% in Uic, 10% nelle altre Ti) e molti riferiscono numerose perplessità.

A onor del vero c'è da dire che molte strutture non hanno i requisiti strutturali, gli spazi idonei e le risorse umane ed economiche necessarie per far fronte a un'apertura di questo tipo. Pur riconoscendo il valore e l'utilità di questo nuovo approccio assistenziale molte strutture non sono in grado di attuarlo perché l'amministrazione non soddisfa le loro richieste né offre loro il supporto necessario.

Il 18% dei medici e il 20% degli infermieri non si dichiara totalmente favorevole all'apertura proprio perché ha delle riserve sugli aspetti strutturali. Il 24% dei medici e il 20% degli infermieri hanno invece riserve dovute ad altri aspetti: mancanza di personale, carenza di formazione del personale, scarso rispetto delle regole da parte dei visitatori, alta percentuale di turnover, difficoltà nell'effettuare certe manovre sul paziente alla presenza dei familiari. Alcuni operatori denunciano la mancanza di preparazione e di "educazione" dei visitatori rispetto ai meccanismi e alle esigenze di reparti come questi. Altri sottolineano che molto spesso i familiari rivendicano opportunità (di spazi, tempi e comunicazione) che poi, una volta concesse, non utilizzano.

Un aspetto che merita di essere ulteriormente indagato è la diffidenza di posizione assunta fra le Uic e le Rianimazioni/Terapie intensive polivalenti e post-chirurgiche e specialistiche di altro tipo.

Solo il 21% degli operatori Uic si dichiarano favorevoli all'apertura, contro il 42% degli operatori favorevoli in Rianimazioni e Terapie intensive di altro tipo. La maggior parte delle Uic, infatti, rivendica peculiarità (soprattutto per la tipologia di pazienti) che le differenziano dalle Rianimazioni e che rendono l'apertura tout court non solo difficilmente realizzabile, ma addirittura controindicata. Non esistono tuttavia evidenze a sostegno di tale teoria e la recente letteratura scientifica pare sostenere il contrario.

I dati di questa indagine regionale suggeriscono comunque un miglioramento rispetto alla situazione fo-

tografata dalla prima indagine svolta in Italia nel 2008.

Tale studio, condotto su trecento strutture di Terapia intensiva (40% di tutte le Unità operative del nostro Paese), aveva evidenziato che il 99% di queste erano "a porte chiuse" mentre il 30% di quelle statunitensi e il 70% di quelle svedesi non poneva alcuna limitazione alle visite. Sempre secondo questo studio i familiari, in media, potevano restare in reparto solo per un'ora al giorno, nel 69% dei casi i bambini non potevano entrare e nel 35% dei reparti non si facevano eccezioni neppure in caso di morte imminente.

Confrontando le percentuali delle due indagini si può facilmente verificare che, a distanza di tempo, un percorso di apertura, e di crescita, è stato intrapreso, ma gli obiettivi prefissati non sono ancora stati raggiunti. Sono certamente necessari interventi formativi sugli operatori, in particolare i neo-assunti, e costanti momenti di condivisione e confronto, per lo meno a livello regionale, fra le diverse Unità di Terapia intensiva al fine di esportare modelli migliori. Una riflessione approfondita deve essere stimolata, e guidata dagli esperti in materia, soprattutto nelle Uic che sembrano le più resistenti a questo tipo di cambiamenti. Oltre a un cambiamento culturale che deve coinvolgere tutti, risulta anche indispensabile, un'azione decisa da parte delle Direzioni Asl affinché si realizzino i necessari interventi strutturali e organizzativi.

Conclusioni

Sicuramente l'apertura di reparti di questo tipo non costituisce un percorso facile, né velocemente attuabile, ma è necessario uno sforzo di tutti i soggetti coinvolti (amministrazioni, operatori sanitari, familiari) affinché questi luoghi, pur mantenendo le regole necessarie, aboliscano quelle barriere, temporali fisiche e relazionali, non giustificabili in base a una reale necessità, che separano il paziente dai propri cari, peggiorandone così qualità della vita.

L'apertura, intesa in questo senso costituisce una strategia utile che reca beneficio al paziente ed alla sua famiglia consente di realizzare un approccio terapeutico realmente incentrato sull'assistito ed esprime "in modo più pieno il rispetto e l'attenzione da riservare alla persona che vive il faticoso tempo della malattia".

Note

1. Inviata in data 12/04/2010 a firma del Direttore Vinicio Biagi.
2. Il numero di infermieri è inferiore a quello dei medici, perché alcuni infermieri svolgono il ruolo di Coordinatore Infermieristico in più di un reparto.
3. **Giannini A., Miccinesi G., Leoncino S.** "Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey" su Intensive Care Medicine, 2008 July, vol. 34, n. 7: 1256-62.
4. **Alberto Giannini et al.** "Scelte di fine vita in Rianimazione pediatrica" ne La rivista italiana di Cure Palliative, n. 1, 2009, pp. 23-29, citazione p. 28.

Risposte		Percentuali	
Rianimazione		61%	
Utic		39%	
1) Orari in cui è ammessa in reparto la presenza di visitatori accanto al malato			
Risposte		Percentuali	
Meno di 4 ore		69%	
Da 4 a 8 ore		20%	
Da 8 a 12 ore		7%	
H24		4%	
2) Possono entrare contemporaneamente più visitatori per lo stesso paziente?			
Risposte		Percentuali	
Sì		52%	
No		48%	
3) È consentita la visita ai pazienti da parte di bambini?			
Risposte		Percentuali	
Sì		47%	
No		53%	
4) Se il paziente ricoverato è un minore, è consentita la presenza continua di uno dei genitori?			
Risposte		Percentuali	
Sì, sia di giorno che di notte		81%	
Sì, ma solo di giorno		15%	
No		4%	
5) Se il paziente ricoverato è prossimo alla morte, le regole di accesso per i visitatori sono diverse? (se sì, può essere segnata anche più di una risposta)			
Risposte		Percentuali	
Sì, orari di visita più lunghi		41%	
Sì, numero maggiore di periodi di visita		31%	
Sì, consentito l'ingresso a un numero maggiore di visitatori		24%	
No		4%	
6) Per l'ingresso in Rianimazione i visitatori sono tenuti a indossare indumenti particolari?			
Risposte		Percentuali	
Sì		66%	
No		34%	
7) Se sì, specificare quali:			
Risposte		Percentuali	
Camice		40%	
Capellino/cuffia		8%	
Mascherina chirurgica		10%	
Copriscarpe		41%	
Guanti		1%	
8) All'ingresso nella Rianimazione i visitatori sono tenuti a lavarsi le mani?			
Risposte		Percentuali	
Sì		95%	
No		5%	
9) All'ammissione del paziente viene dato ai familiari materiale informativo sulla vostra Rianimazione?			
Risposte		Percentuali	
Sì, un foglio A4		12%	
Sì, un pieghevole		48%	
Sì, un fascicolo		7%	
No		33%	
10) Esiste un locale destinato specificamente o prevalentemente ai colloqui con i familiari?			
Risposte		Percentuali	
Sì		81%	
No		19%	
11) I familiari dei pazienti hanno a disposizione una sala d'attesa?			
Risposte		Percentuali	
Sì		78%	
No		22%	

Risultati			
12) Se sì, questo locale è attrezzato con: (possono essere segnate più risposte)			
Risposte		Percentuali	
Sedie		30%	
Poltrone		15%	
Armadietti effetti personali		9%	
Riviste/libri		7%	
Distributori acqua/bevande		10%	
Distributori snack		8%	
Altro		20%	
13) I colloqui dei medici con i familiari			
Risposte		Percentuali	
Vengono fatti sistematicamente ogni giorno		46%	
Vengono fatti solo su richiesta dei familiari stessi		7%	
Entrambe le cose		47%	
14) Di norma i colloqui con i familiari/visitatori			
Risposte		Percentuali	
Vengono condotti sempre dallo stesso medico		34%	
Vengono condotti dal medico di turno		66%	
15) È prevista la presenza di un infermiere durante il colloquio fra familiari e medici?			
Risposte		Percentuali	
Sì, Sempre		11%	
Spesso		12%	
Talvolta		29%	
No, mai		48%	
16) Vengono date informazioni telefoniche ai familiari?			
Risposte		Percentuali	
Sì, Sempre		3%	
Spesso		6%	
Talvolta		59%	
No, mai		32%	
17) Come conciliate informazione telefoniche, segreto professionale e norme sulla privacy? (possibile risposta multipla)			
Risposte		Percentuali	
Dando solo informazioni molto generiche		38%	
Assegnando un elemento di riconoscimento ai familiari		17%	
Concordando precedentemente con i familiari un unico interlocutore, con tempi e modalità delle telefonate pre-stabiliti		36%	
Altro (specificare)		9%	
18) L'accesso alla documentazione della Cartella clinica è consentito, durante la degenza, agli aventi diritto?			
Risposte		Percentuali	
Sì, Sempre		37%	
Sì, su motivata richiesta		16%	
No		35%	
"Non me l'hanno mai chiesto"/Non so		12%	
19) Esiste un questionario per la valutazione della qualità del reparto da far compilare ai familiari?			
Risposte		Percentuali	
Sì		40%	
No		57%	
Non so		3%	
20) Il personale ha effettuato uno specifico percorso formativo prima che la Rianimazione venisse "aperta" ai visitatori?			
Risposte		Percentuali	
Sì		33%	
È attualmente in corso		11%	
È in programma		1%	
No		50%	
Non so		5%	

Bibliografia di riferimento

- Parere della Commissione Regionale di Bioetica, Regione Toscana: "Permanenza dei parenti presso le Rianimazioni e le Terapie intensive della Toscana e assistenza dei degeni nelle fasi finali della vita: aspetti etici e di umanizzazione".
- **Prins MM. et al.** "The effect of family visits on intracranial pressure" in West J Nurs Res. 1989; 11:281-297.
- **Schulte DA et al.** "Pilot study of the relationship between heart rate and ectopy and unrestricted vs restricted visiting hours in the coronary care unit" in American Journal of Critical Care. 1993; 2:134-136.
- **Proctor DL et al.** "Relationship between visitation policy in a pediatric intensive unit and parental anxiety" in Child Health Care. 1987 Summer; 16(1):13-7.
- **Simon SK. et al.** "Current practices regarding visitation policies in critical care units" in American Journal of Critical Care. 1997; 6(3): 210-217.
- **Kirchoff KT et al.** "Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings" in American Journal of Critical Care. 1993; 2(3): 238-245.
- **Fumagalli S. et al.** "Reduced Cardiorespiratory Complications With Unrestricted Visiting Policy in an Intensive Care Unit" in Circulation 2006; 113: 946-952.
- **Nelson JE et al.** "Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care" in Crit Care Med. 2001 Feb; 29(2):277-82.
- **Berwick DM, Kotagal M.** "Restricted visiting hours in ICU: time to change" in Jama 2004; 292: 736-737.
- **Giannini A., Miccinesi G., Leoncino S.** "Visiting policies in Italian intensive care units: the case in favour" in Minerva Anestesiologica 2007; 73: 299-305
- **Simini B.** "Patient's perceptions of intensive care" in Lancet 1999; 353: 571-572.
- **Molter NC.** "Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study" in Heart Lung. 1979 mar.-apr; 8(2):332-9.
- **Nelson JE et al.** "Self-reported symptom experience of

Sanità Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI

coordinatore editoriale
Roberto Turno

comitato scientifico
Aldo Ancona
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Luca Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 39 del 19-25/10/2010 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

(continua a pagina 5)

STILI DI VITA L'edizione 2010 di Ragazzinsieme dal 21 al 24 ottobre a Firenze



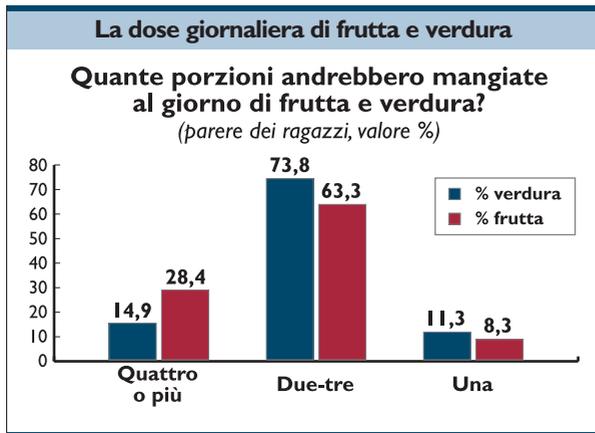
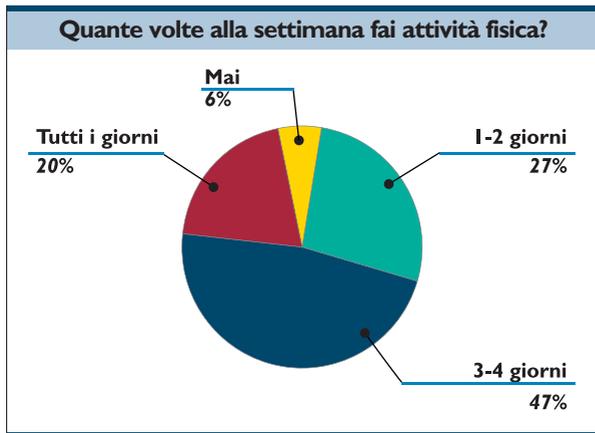
Una bussola per gli under-18

Il progetto per promuovere attività fisica, cibi sani e contatto con la natura

Nell'ambito del "Festival della Creatività" (area "A better Life"), che si terrà a Firenze dal 21 al 24 ottobre, sarà dedicato uno spazio al progetto "Ragazzinsieme - Esperienze in movimento tra salute, ambiente, cultura e tradizioni", articolazione del programma regionale "Guadagnare salute in Toscana". Il progetto, realizzato attraverso una collaborazione interdirezionale (Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Competitività del sistema regionale e sviluppo delle competenze, Presidenza, Politiche territoriali e ambientali) rientra nella strategia "Salute in tutte le politiche".

"Ragazzinsieme" offre l'opportunità a bambini e adolescenti nella fascia di età 10-17 anni di vivere una esperienza educativa a contatto con la natura, praticare attività fisica giornaliera e sperimentare un'alimentazione corretta in coerenza con le indicazioni della Piramide alimentare (Pat), senza alcol e fumo, sviluppando relazioni e capacità di iniziativa, secondo l'approccio teorico proposto dal metodo life skills peer-education.

Con l'edizione 2010 il progetto ha assunto connotati definiti, valorizzando le attività realizzate negli anni e i risultati raggiunti, tutti inquadrabili nelle strategie indicate a livello internazionale, che raccomandano per gli adolescenti azioni inter-settoriali e multifattoriali, su più determinanti di salute (alimentazione, attività fisica, ambiente, contrasto al fumo e all'abuso di alcol). "Ragazzinsieme" ha da quest'anno un logo, la bussola, intesa come metafora della ricerca di nuove conoscenze attraverso un corretto orientamento in mezzo alla natura,



ra, e come supporto alle scelte in verso i propri bisogni, aspirazioni e desideri.

Le azioni del progetto si sono svolte fino a ora nel periodo estivo con percorsi di una settimana nei parchi, in barca a vela e in altri contesti naturali, stringendo forti collaborazioni con le realtà territoriali quali Uisp Toscana, le associazioni sportive, le reti già presenti, l'Azienda Usl di Livorno e l'Associazione mediterranea attraverso le quali il progetto è entrato dentro la scuola.

Per consentire una sua valutazione, è stato introdotto quest'anno un questionario con lo scopo di indagare le conoscenze e le abitudini alimentari e l'attitudine al movimento dei ragazzi.

I partecipanti hanno dimostrato una buona conoscenza di alcuni determinanti di salute (sport e alimentazione) e hanno manifestato un atteggiamento corretto verso questi stili di vita; sono infatti consapevoli dell'importanza di una alimentazione corretta (il 70% dichiara che andrebbero con-

sumate 2 o 3 porzioni al giorno di frutta e verdura), quasi la metà dei ragazzi fa attività fisica giornaliera 3 o 4 volte la settimana.

Nell'ambito del Festival della creatività saranno presentate le esperienze dell'estate 2010 e illustrate le nuove opportunità educative per il 2011 che saranno svolte durante tutto l'anno.

Le iniziative in programma: soggiorni giornalieri e/o weekend in fattorie didattiche e aziende agricole per conoscere le varie fasi della coltivazione (semina, mietitura, vendemmia ecc.), gite di pescaturismo per vivere il mestiere della pesca, in barca per sperimentare la navigazione a vela e la sicurezza in mare, nei parchi e in altri luoghi d'interesse naturalistico. Tutte le attività saranno ricondotte a una cornice progettuale coerente, utilizzando prevalentemente lo strumento del laboratorio/seminario sulle life skills e peer education, proseguendo la collaborazione con Uisp regionale, l'associazionismo sportivo e le Aziende Usl.

La mattina del 24 ottobre alle ore 10 con partenza da p.zza del Duomo (area "better life") sarà possibile, per i ragazzi, partecipare a un percorso di Orienteering, in collaborazione con l'Associazione sportiva Firenze orienteering. Per ulteriori informazioni sul progetto e sull'organizzazione della giornata consultare l'indirizzo www.ragazzinsieme.it.

A cura di
Sandro Tacconi
 Regione Toscana, settore Sport
Paola Morganti
 Regione Toscana, Settore Medicina predittiva e preventiva
Daniela D'Angelo
Margherita Primi
 Creps, Università di Siena

POLITICHE GIOVANILI

Priorità partecipazione

Le politiche giovanili in Toscana si sono sostanziate nell'ultimo periodo con la sottoscrizione di un Accordo di Programma quadro nel 2007. Le azioni sostenute in questi tre anni, si configurano come una risposta estremamente opportuna alla contrazione in atto della sfera pubblica giovanile: essa favorisce occasioni di incontro fra giovani e li spinge a sviluppare quelle reti interpersonali stabili che costituiscono una base importante della coesione sociale. Sebbene tali iniziative non abbiano coinvolto percentuali di giovani molto elevate, il consenso su di esse, anche da parte di chi non vi ha mai partecipato, è alto perché molto adeguate alle esigenze giovanili.

Alla Regione i giovani chiedono, in secondo luogo, di potenziare le iniziative che riguardano la partecipazione giovanile alla vita pubblica, e in terzo luogo quelle relative alla formazione e all'istruzione. Programmare e avviare azioni e strumenti per lo sviluppo del percorso di crescita e autonomia dei giovani all'interno della propria relazione nella società, accanto a processi rinnovati di cittadinanza, esprime la chiara volontà di consolidare una dimensione di pensiero che ha nella responsabilità il nodo centrale dello sviluppo dei giovani in Toscana.

Per affrontare i problemi che i giovani trovano nel loro cammino di crescita, dal lavoro alla casa, alle certezze per il futuro, è necessario creare percorsi dove motivazione e possibilità coesistono e diventino i pilastri dell'agire. Occorre sviluppare il valore della cittadinanza e dell'essere cittadini a pieno titolo e "dentro" la Comunità in quanto ogni persona che diventa protagonista del proprio sviluppo e del processo di autonomia (nel lavoro, nella famiglia, nello studio, nelle relazioni) in una dimensione di Comunità. È necessario avviare prassi metodologiche e operative basate sulla trasversalità e intersectorialità delle politiche giovanili (cultura, formazione, informazione, istruzione, lavoro, ambiente, Sanità, politiche comunitarie ecc.). Costruendo integrazione e relazione "d'eccellenza" fra deleghe diverse e fra Regione Toscana e gli enti locali e le province e altre Regioni.

Giovanni Pasqualetti
 Responsabile del settore reti di solidarietà

Un bilancio
 del programma
 quadro 2007

RICERCA HBSC SUGLI STILI DI VITA DEGLI ADOLESCENTI TOSCANI

La frutta piace ma lo sport è per pochi

Si chiama Hbsc (Health behaviour in school-aged children) il progetto sugli stili di vita correlati con la salute degli adolescenti, promosso dalla Regione Toscana e coordinato dal Creps dell'Università di Siena. Lo studio, a cadenza quadriennale, è inserito in una rete internazionale dell'Oms ed è in grado di fornire numerose e approfondite informazioni sui comportamenti dei giovani, quali: alimentazione, attività fisica, uso di sostanze stupefacenti, fumo, sessualità, nel contesto scolastico, familiare e amicale. Il campione, rappresentativo della corrispondente popolazione toscana, è costituito da giovani di 11, 13, e 15 anni.

Oggi siamo in condizione di fornire le più recenti informazioni relativi al 2010 su alcuni aspetti centrali per le attività di promozio-

ne della salute della Regione Toscana quali: alimentazione, attività fisica e stato nutrizionale. Tutti sappiamo ormai dell'importanza del consumo di frutta e verdura, specie in giovane età. Ebbene mediamente il 40,8% dei nostri giovani consuma frutta tutti i giorni, con valori decrescenti con l'età: si passa da 45,2% degli undicenni, a 41,4% dei tredicenni, a 34,4% dei quindicenni. Il consumo di verdura tutti i giorni si attesta intorno al 29,0% con minime variazioni fra le diverse fasce di età.

Quanto allo stato nutrizionale il valore dell'indice di massa corporea dei ragazzi risulta più elevato che nelle ragazze e, in entrambi, la frequenza del sovrappeso dimi-

nuiscono con l'aumentare dell'età. Fra i ragazzi, a 11 anni risulta in sovrappeso il 17,1%, a 13 anni il 15,9% e a 15 anni il 13,6%; e fra le ragazze rispettivamente il 12,3%, il 9,8% e il 9,0%. La frequenza di obesità fra i maschi è di 2,4% a 11, di 3,5% a 13 anni e di 2,1% a 15 anni, mentre nelle femmine è di 2,5% a 11 anni, di 0,8% a 13 anni e di 1% a 15 anni. Quanto al movimento risulta che solo il 5,3% degli undicenni, il 4,9% dei tredicenni e l'8,4% dei quindicenni non svolge attività fisica. La maggior parte pratica attività motoria dai due ai cinque giorni a settimana, mentre la frequenza di coloro che raggiungono il valore raccomandato di

sette giorni alla settimana con almeno un'ora quotidiana di attività fisica è rispettivamente di 9,3% a undici anni, di 6,9% a tredici anni e di 9,4% a quindici anni. Generalmente i ragazzi si muovono più delle ragazze e nel 10,3% soddisfanno le indicazioni internazionali, rispetto al 6,4% delle ragazze.

Per quanto riguarda l'attività sportiva organizzata, i più praticano il calcio (25,8% a 13 anni e 26,6% a 15 anni), seguito da danza/ginnastica artistica, basket e pallavolo (mediamente 15% in entrambe le età). La pratica sportiva regolare riguarda il 77,9% dei tredicenni e il 66,8% dei quindicenni. Solamente il 2,8% a 13 anni e il 6,7% a 15 anni non ha mai

praticato un'attività sportiva. Tra coloro che hanno risposto di aver interrotto l'attività sportiva, la maggior parte addebita tale scelta all'inconciliabilità con gli impegni scolastici (43,4% a 13 anni e 47,8% a 15 anni). In estrema sintesi il quadro complessivo che ne deriva conferma alcuni tratti noti e indica degli spunti di riflessione per le scuole, le famiglie, le aziende sanitarie e i decisori politici.

Il rapporto completo dello studio Hbsc in Toscana è consultabile sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it e del Creps: www.creps-siena.eu.

Mariano Giacchi
 Direttore del Creps
 (Centro interdipartimentale di ricerca educazione e promozione della salute),
 Università di Siena

PISA L'ospedale Lotti di Pontedera testerà un sistema di monitoraggio wireless

Malati cronici «teleassistiti»



Un dispositivo sotto il torace controlla battito, postura e temperatura

L'ospedale Lotti di Pontedera sarà la "palestra" per testare un sistema modulare per il monitoraggio wireless contemporaneo di parametri fisiologici (battito cardiaco, temperatura corporea, postura) su pazienti affetti da malattie croniche, grazie a un dispositivo indossabile sotto forma di fascia elastica da porre attorno al torace del paziente. Si tratta del progetto Tata (Tele-AssisTenza) nell'ambito della gestione delle malattie croniche (chronic care model) nato da una proposta tecnica di Win, azienda spinoff della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa con la disponibilità dell'Asl 5 che mette a disposizione i suoi

professionisti e le strutture ospedaliere. I vantaggi evidenti per una struttura ospedaliera che utilizza il sistema Win vanno dalla riduzione dei tempi di ospedalizzazione (grazie al monitoraggio remoto anche da casa), al risparmio in termini economici dovuto alla possibilità, grazie al monitoraggio continuo, di spostare i pazienti dai reparti a costo più alto a reparti a costo minore. Anche la possibilità di destinare il personale infermieristico, sgravato da compiti di rilevazione di parametri fisiologici, ad azioni a più alto valore aggiunto è un ulteriore vantaggio unito al risparmio dovuto alla modularità e alla adattabilità del sistema (il

blocco centrale va infatti comprato una sola volta, grazie alla possibilità di inserire successivamente qualsiasi sensore per ogni applicazione necessaria). Le peculiarità che danno valore aggiunto al sistema Win sono l'ergonomia e la facilità d'uso ma, soprattutto, la modularità e l'autoconfigurabilità del sistema, che consentono un monitoraggio multi-parametrico, adattabile alle esigenze contingenti di pazienti e strutture ospedaliere e senza alcun costo di configurazione del dispositivo da parte di personale specializzato. La piattaforma che sta sviluppando Win è composta da un modulo centrale a cui l'utente può

connettere differenti tipi di sensori in modo semplice e intuitivo (il sistema è progettato in modo auto-configurante sia per quanto riguarda la connessione dei differenti sensori sia per la configurazione della rete wireless, rendendo l'intera procedura totalmente trasparente per l'utente). Il sistema consente, inoltre, al medico di disporre in tempo reale dei dati del paziente 24 ore su 24, nonché di visualizzare e segnalare prontamente situazioni di allarme.

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

FIRENZE

Al Meyer un piano di sostegno per i pazienti di talassemia major

Un progetto importante per gli effetti positivi che avrà su tutti i pazienti, oltre trenta, affetti da talassemia major e in cura all'ospedale pediatrico Meyer di Firenze. Parliamo del programma, sostenuto dal contributo economico dell'Associazione Cft Onlus (Comitato famiglie talassemiche toscane), che prevede l'uso estensivo di concentrati eritrocitari da aferesi, ovvero di globuli rossi di elevata qualità prelevati da donatori selezionati e separati con avanzate tecnologie da infondere nei pazienti in cura così da abbreviare il loro ricorso alle trasfusioni e offrire loro la migliore terapia.

e seguirli in follow up. Un impegno, quella della selezione - prosegue - che richiede la presenza di un medico in modo continuo. L'obiettivo che ci prefiggiamo è di avere concentrati di altissima qualità, i cui componenti siano già separati all'origine, riducendo al minimo le manipolazioni successive. Per questo il Servizio trasfusionale ha acquistato nuovi circuiti per le procedure multicomponenti che saranno utilizzate sulle macchine da aferesi già disponibili».

Il progetto è stato sostenuto dalla Onlus Cft

Un progetto dal costo di 25mila euro interamente sostenuto dall'associazione, che da anni si prodiga sostenendo il Servizio trasfusionale e il Dipartimento di oncometologia del Meyer. Un impegno che ora culmina con un programma che permette ai pazienti di usufruire di concentrati eritrocitari prodotti da aferesi, mediante la donazione multicomponente. Un progetto che, come spiega Franco Bambi, responsabile del Centro trasfusionale del Meyer, si propone «di individuare innanzitutto i donatori da aferesi

logie utili ma anche del comfort necessario per donazioni che possono durare anche un'ora. «È stato già avviato il percorso formativo del personale infermieristico», continua Bambi. «Importantissimo il training degli operatori che devono raggiungere un ottimo livello di conoscenza per il montaggio e lo smontaggio delle macchine e per supportare i donatori».

Roberta Rezoalli
Ufficio stampa
Aou Meyer Firenze

AREZZO

Fattori inquinanti: per un anno cittadini «sorvegliati speciali»

Ottobre 2010-settembre 2011: un anno per portare a termine lo studio di popolazione nei Comuni di Arezzo e Civitella, in rapporto all'esposizione a fattori inquinanti. Sono questi i tempi previsti dal progetto che ha come protagonisti Regione, Provincia di Arezzo, Asl 8, Comuni di Arezzo, Civitella e Monte San Savino. Con loro un vero e proprio pool di ricercatori: Ars, Ispo, Istituto di Area vasta, Arpat, Istituto zooprofilattico, Università di Siena, medici di medicina generale, Dipartimento prevenzione Asl 8. Cinque gli studi che verranno realizzati: profili di salute, monitoraggio biologico, registro di mortalità, studio sui lavoratori, studio di biomonitoraggio.

Via a uno studio di popolazione: finirà tra un anno

Lo studio, forse il primo del genere in Italia, mira a tenere correlate diverse tipologie di indagini, a comparare i risultati e a confrontarli in modo continuo. Ponendo così una doppia questione: di comunicazione "scientifica" fra i ricercatori e di comunicazione "pubblica" verso i cittadini. E dopo l'informazione alla stampa, la sera successiva il Comune di Civitella e successivamente il comitato di cittadini, sempre di Civitella,

hanno organizzato incontri pubblici ai quali sarà presente la Asl per illustrare i contenuti dello studio e dare ogni risposta alle domande dei partecipanti.

«Per la Regione Toscana, che ha impegnato in questo progetto 210mila euro - ha dichiarato Marco Masi, responsabile Innovazione e ricerca per la Giunta regionale - siamo di fronte a una esperienza unica, che vede tanti soggetti di ricerca così diversi fra loro, mettere in comune le conoscenze e le capacità. Riteniamo che oltre ad avere le finalità di conoscenza e di avvio delle eventuali azioni di prevenzione, possa essere utile anche per studiare azioni di vera e propria rinascita ambientale di certe aree». «Con questo progetto - ha dichiarato il direttore generale della Asl 8, Enrico Desideri - si rivela straordinaria la capacità di relazione tra le istituzioni e di raccordo tra i ricercatori. Siamo di fronte a un evento unico e a un modello di ricerca che non ha precedenti in Italia. Avremo integrazioni di competenze e interrelazioni di dati».

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

LUCCA

Avviato il corso di infermieristica: quest'anno 45 nuovi studenti

Giovedì 7 ottobre si è tenuta, nell'Auditorium del Polo Didattico e Formativo di S. Maria a Colle nel complesso di Maggiano, l'apertura ufficiale del corso di laurea in infermieristica, svolto a Lucca a partire dal 2007 grazie alla collaborazione con l'Università di Pisa. Anche per questa edizione 45 aspiranti infermieri lucchesi e provenienti da altre province sono stati ammessi a partecipare al primo anno di questo corso, che consente di intraprendere una professione qualificata e oggi molto richiesta. Il corso di laurea vede impegnati sia docenti universitari pisani che professionisti lucchesi, mentre per la parte di tirocinio continua l'impegno del personale infermieristico dell'Asl 2 (tutor aziendali). Il direttore generale dell'Asl 2 Lucca, Oreste Tavanti, ha evidenziato l'importanza del polo didattico e formativo e della figura dell'infermiere, che oggi è laureato e sempre più alla ricerca della Sanità che cambia.

vinti. Nel sistema sanitario tutti i giorni cambia qualcosa, le innovazioni sono continue: basti pensare al nuovo ospedale, che renderà necessaria una trasformazione del modo di lavorare degli operatori. Quella dell'infermiere è oggi una professione molto ambita e che per il momento consente uno sbocco sicuro nel mondo del lavoro.

«Ci fa piacere - continua Tavanti - che anche per l'innovativo master universitario per infermiere di famiglia e di comunità, che si svolge anch'esso qui a Lucca, ci siano state molte domande (più dei 35 posti disponibili). Grande interesse suscitano anche le altre attività formative che teniamo qui al polo didattico di Maggiano. Ad esempio, per i corsi di operatore socio-sanitario sono arrivate addirittura 700 domande (per 60 posti). Questo, se da una parte dimostra che ci sono molte persone che vogliono entrare in Sanità, dall'altra parte è la conferma della crisi del mondo del lavoro e delle poche possibilità che ci sono per i nostri giovani».

Operatori socio-sanitari: boom di domande

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

IN BREVE

PISTOIA

Torna la musica per i piccoli ricoverati dell'Unità operativa di pediatria del presidio ospedaliero di Pistoia grazie alla generosità degli operatori del pronto soccorso che hanno effettuato una considerevole donazione, nel nome dell'infermiera Carla Lupi, recentemente scomparsa, rivolta alla cooperativa sociale Athenaeum Musicale. La donazione consentirà di riprendere il progetto "musica in corsia" e andrà a coprire 13 ore di attività. «Per i nostri bambini la musica rappresenta non solo un momento di animazione ma anche un aiuto importante nella buona riuscita delle terapie», ha detto Rino Agostiniani, responsabile dell'Uo e dell'area materno infantile dell'Asl 3. «Speriamo che con le prossime feste natalizie arrivino altre donazioni».

LIVORNO

È partita ufficialmente la convenzione che porta i migliori chirurghi pediatrici dell'ospedale Meyer a operare e visitare a Livorno. Nel primo giorno 4 gli interventi effettuati, mentre 18 sono stati i bambini visitati nel pomeriggio negli ambulatori della pediatria. «Siamo molto soddisfatti di questo nuovo accordo - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'Asl 6 di Livorno - che permette non solo ai piccoli pazienti livornesi di poter avere a due passi da casa professionisti di livello internazionale, ma anche ai nostri operatori di potersi formare lavorando fianco a fianco con i migliori del loro settore». I medici del Meyer si sono impegnati a mettere, ogni giovedì, un'intera giornata a disposizione dei piccoli pazienti livornesi.

EMPOLI

Si è festeggiato l'11 ottobre «Benessere Day», una giornata dedicata alla salute dell'organismo e al benessere del corpo, che si è svolta nella galleria della sezione soci Coop del Centro*Empoli, dove professionisti dell'Asl 11 hanno incontrato cittadini per fornire loro utili indicazioni per mantenersi sani e saranno a disposizione per chiarimenti e delucidazioni sull'argomento. Tra le iniziative, medici e dietisti dell'Uo di igiene degli alimenti e nutrizione dell'Asl 11 hanno fornito tutte le informazioni sull'alimentazione corretta e hanno aiutato a calcolare gratuitamente l'indice di massa corporea. L'opera di sensibilizzazione al consumo degli alimenti si colloca nell'ambito del progetto "Prendiamoci cura... di te", quest'anno alla base dell'Obesity Day.

CALENDARIO



GROSSETO
Il collegio Ipvsvi di Grosseto ha organizzato una giornata di studio dal titolo «Il nuovo codice di deontologia infermieristica: riflessioni e linee di indirizzo per la realtà professionale». L'incontro si svolgerà presso la Sala riunioni del collegio. Per info: 056422975, segreteria@ipvasvigrosseto.it



PRATO
Si terrà nella Sala delle vele dell'Asl 4 di Prato un incontro di approfondimento sull'abbandono materno e percorso assistito sostegno alla genitorialità. Saranno presentati agli operatori sociali e sanitari ospedalieri e territoriali risultati dell'attività del progetto "Servizio Mamma Segreta".



FIRENZE
Presso l'Hotel Hilton Garden Inn Firenze, si terrà il convegno "La gravidanza nella procreazione assistita". Durante la giornata saranno trattati temi come gravidanza, infertilità, procreazione medicalmente assistita. Per info: 0552398366, info@futuradiagnosticamedica.it, gravidanzaapma@newtours.it

Regione Toscana
 Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



Ottobre 2010
 un mese straordinario
 nelle biblioteche
 della Toscana



**Topi da
 Biblioteca?**



**Tipi da
 Biblioteca**

**Ottobre
 piovono
 libri**



www.tipidabiblioteca.it



ottobre
Piovono libri
il meglio della lettura