

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

Versione Pdf del supplemento al n. 46
anno XIII del 7-13 dicembre 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Sanità Toscana

**Un'occasione
per migliorare
gli interventi**

di **Katia Belvedere ***

La proposta di legge all'esame del Consiglio, approvata in Giunta il 15 novembre scorso, disciplina la riorganizzazione del Sistema sanitario regionale di emergenza-urgenza; il sistema è attivo su tutto il territorio regionale dal 1997 e sino a oggi esercitato, per la parte inerente il trasporto, sulla base di un accordo quadro regionale tra la Regione Toscana, le aziende sanitarie e gli organismi federativi delle associazioni di volontariato e il Comitato regionale della Croce rossa italiana.

Per comprendere le dimensioni del fenomeno è sufficiente ricordare che il sistema sanitario di emergenza-urgenza toscano si avvale di circa 500 sedi messe a disposizione dalle associazioni di volontariato e dai comitati della Cri, garantendo la copertura dell'intero territorio regionale, anche nelle zone montane più disagiate, con una capillare assistenza in emergenza-urgenza, che non ha riscontri nel contesto nazionale.

A fronte di un tale sistema, la Commissione europea, a seguito di specifico reclamo pervenuto, promuove nel 2003 un ricorso, dinanzi alla Corte di giustizia europea, contro la Repubblica italiana in relazione all'accordo quadro regionale toscano.

La Commissione, nello specifico, rimette la questione alla Corte di giustizia europea, reclamando l'applicazione della direttiva 92/50/Cee (oggi direttiva 2008/18/Ce) in materia di appalti pubblici.

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

La Regione si adegua alle richieste della Corte di giustizia europea

L'emergenza rafforza la rete

Inquadramento per il volontariato: da Cri e Misericordie 500 sedi

Rafforzare e riorganizzare il sistema regionale di emergenza-urgenza territoriale e del trasporto sanitario, attivo su tutto il territorio dal 1997. Questo l'obiettivo della nuova proposta di legge presentata alla Giunta regionale il 15 novembre: un intervento normativo reso necessario in conseguenza della sentenza della Corte di giustizia europea sull'utilizzo del volontariato nei servizi di emergenza che ha ribadito il principio che gli accordi quadro sono comunque appalti pubblici e, come tali, soggetti alle regole degli appalti, che da necessità è divenuta occasione per mettere a sistema una modalità di erogazione del servizio che ha raggiunto, negli anni, grandi risultati sia in termini di qualità ed efficienza, che di soddisfazione dei cittadini; un sistema che si è fondato sulla collaborazione con il mondo dell'associazionismo, garante di un diffuso radicamento territoriale, orientato alla promozione e crescita della coesione sociale, alleato fondamentale per la sostenibilità di servizi a così alta penetrazione nei bisogni.

Il nuovo inquadramento normativo sancisce definitivamente l'inserimento delle associazioni di volontariato e Croce rossa italiana nel sistema di emergenza-urgenza territoriale in qualità di erogatori delle attività di trasporto sanitario all'interno del Servizio sanitario regionale. Obiettivo minimo è quello di salvaguardare l'attuale rete di emergenza-urgenza, apprezzata come servizio di eccellenza a livello nazionale, avvalendosi di circa 500 sedi messe a disposizione dalle associazioni di volontariato e dalla Cri, delle quali circa 160 postazioni Advanced life support, presidiate da personale sanitario delle aziende e da soccorritori volontari appositamente formati e con una postazione di emergenza sanitaria territoriale ogni 25mila abitanti.

La legge individua come riconducibili al servizio di trasporto di emergenza-urgenza le seguenti attività: trasporti primari e secondari, gestiti dalle centrali operative 118; trasporti previsti nei livelli essenziali di assistenza (dialisi e hanseniani), effettuati tramite ambulanza; servizi di trasporto per i quali le condizioni cliniche del paziente richiedono l'utilizzo di un'ambu-



AVVISO PUBBLICO

Elenchi per i manager «di riserva»

Domande aperte per direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali

Indetto dalla Regione Toscana un pubblico avviso per formare elenchi di riserva di aspiranti alla nomina a direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore dei servizi sociali delle aziende sanitarie e degli enti per i servizi tecnico-amministrativi per Area vasta. I candidati interessati hanno tempo fino al 31 dicembre per presentare la domanda. Diversi i requisiti per ogni ruolo: per il direttore amministrativo a esempio il candidato deve essere in possesso di un diploma di laurea in discipline giuridiche ed economiche, con un'esperienza almeno quinquennale di qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione; per il direttore sanitario è richiesta la professione di medico con qualifica dirigenziale; esperienza almeno quinquennale di qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

La domanda dovrà essere rivolta alla direzione generale «Diritti di cittadinanza e coesione sociale» e può essere recapitata con qualsiasi mezzo e deve pervenire, entro e non oltre le ore 13 del 31 dicembre 2010, alla direzione generale, via Taddeo Alderotti, 26/N - 50139 Firenze, che ne rilascerà ricevuta. Per informazioni: 0554383997-3358, dal lunedì al venerdì, orario 9-13.

lanza e l'assistenza in itinere con personale adeguatamente formato.

Le associazioni che eserciteranno l'attività di trasporto sanitario all'interno del sistema saranno identificate mediante un apposito elenco regionale che certificherà il possesso dei requisiti richiesti e definiti nel regolamento di attuazione della legge. Una Conferenza regionale permanente definirà annualmente le linee di indirizzo per la programmazione aziendale in tema di emergenza-urgenza territoriale finalizzata all'elaborazione dei piani locali, nonché i criteri per la ripartizione delle risorse fra le singole aziende sanitarie. La funzione di governo locale del sistema è attribuita al Comitato di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza-urgenza che ha il compito di approvare il piano annuale attuativo e operativo locale, proposto dal responsabile della centrale operativa 118, definire i criteri di assegnazione del budget alle associazioni, agire per la razionalizzazione, innovazione e appropriatezza degli interventi, ottimizzare il sistema nel rispetto del budget, effettuare il monitoraggio. Fanno parte del Comitato la direzione aziendale, i responsabili del 118 e del Deu, i rappresentanti delle associazioni e i direttori delle SdS presenti nel territorio dell'azienda.

Per assicurare il passaggio al nuovo sistema e la continuità del servizio, è prevista una norma transitoria che consentirà la proroga delle attuali modalità previste dall'accordo quadro. Fin da subito però, tutti i soggetti parte del sistema (Regione Toscana, aziende sanitarie e associazioni di volontariato), che ne condividono responsabilità e valore, dovranno lavorare alla implementazione degli strumenti tecnici necessari e delle soluzioni organizzative più appropriate a rendere il sistema di emergenza-urgenza territoriale sempre più efficace, sostenibile e adeguato, nella sua capacità di innovazione, ai bisogni prevalenti nella comunità della Toscana.

Lorenzo Roti
Responsabile settore Diritti
alla persona sul territorio
Silvia Montelatici
Posizione organizzativa
Sistema di emergenza-urgenza

CONTROCANTO

La Ue chiede vera autonomia

di **Marco Carraresi ***

Nel 2003 la Commissione europea, considerata l'assegnazione - fin dal 1999 - dei trasporti sanitari in Toscana "in esclusiva" al volontariato, senza alcuna procedura concorsuale, ha presentato ricorso alla Corte di giustizia. Successivamente, pur senza una condanna, la sentenza della Corte ha comunque ribadito il principio che gli accor-

di quadro sono comunque appalti pubblici e, come tali, soggetti alle regole degli appalti.

Pochi giorni fa la Giunta regionale ha finalmente approvato una proposta di legge di modifica della legge 40 del 2005, per definire «il ruolo delle associazioni di volontariato e la Cri quali

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

«Impianti di transito» in zootecnia

La Giunta regionale ha approvato il documento «Linee guida per la realizzazione di un impianto di transito (Idt) per sottoprodotti di origine animale (Soa)». Si tratta di interventi a tutela della Sanità animale e pubblica con la realizzazione di punti di stoccaggio delle carcasse degli animali morti per il successivo invio agli impianti di smaltimento. Le linee guida analizzano per queste attività le principali criticità e definiscono le modalità basilari per la realizzazione e la gestione degli specifici «impianti di transito». (Delibera n. 953 del 15/11/2010)

Ricerca: protocollo con il sindacato

Approvato lo schema di protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Aou Pisana, Asl 1 Massa e Carrara, Fondazione toscana Gabriele Monasterio (Ftgm) per la ricerca medica e di Sanità pubblica e le organizzazioni sanitarie sindacali regionali. Secondo lo schema le parti convengono che entro un anno dalla cancellazione di Ftgm dal registro delle persone giuridiche di diritto privato il personale dipendente dell'Asl 1 Massa e Carrara e dell'Aou di Pisa funzionalmente assegnato a Ftgm può optare per passare alle dipendenze di Ftgm stessa. (Delibera n. 963 del 15/11/2010)

ALL'INTERNO

Trapianti sicuri: la Carta toscana

A PAG. 2

Livorno in lotta contro l'infarto

A PAG. 3

«Di testa mia»: giovani e salute

A PAG. 6

QUALITÀ

Primo protocollo regionale che recepisce le indicazioni nazionali



La Carta per i trapianti sicuri

Obiettivo è il miglioramento del percorso dalla donazione all'intervento

Firmato il primo protocollo regionale con cui viene recepita la Carta per la sicurezza, la qualità e la partecipazione nel percorso donazione-trapianto, proclamata a Napoli il 20 maggio 2010 durante il secondo congresso nazionale della Società italiana per la sicurezza e la qualità nei trapianti (Sisqt).

Altre Regioni - dietro impulso di Cittadinanzattiva e Sisqt - seguiranno l'esempio della Regione Toscana.

Questa Carta si propone di concorrere alla puntualizzazione dei parametri atti a perseguire - in un miglioramento continuo - la sicurezza e la qualità nei trapianti, di rappresentare la partecipazione nel

percorso donazione-trapianto, come definizione di significati e funzioni, tipologia di apporti e loro collocazioni e di offrire occasioni e stimoli per contribuire a un permanente confronto fra tutti i soggetti istituzionali, professionali e della cittadinanza, per operare il più ampio e consapevole coinvolgimento attivo delle comunità, ai vari livelli.

Alla presentazione della Carta, avvenuta a fine novembre 2010, è stato sottolineato che non esiste forse un altro ambito - come la trapiantologia - in cui i fattori umani, sociali, professionali, tecnologici, organizzativi e relazionali siano così profondamente intrecciati e interagenti. Tali

fattori infatti - considerati nel loro insieme - definiscono, non solo la sicurezza e la qualità nei trapianti, ma ne determinano anche le condizioni di praticabilità e gli esiti, compresa la volontà di ri-vivere.

Nella Carta, la cui stesura è il risultato di un gruppo di lavoro congiunto Cittadinanzattiva-Sisqt, si definiscono alcuni importanti aspetti come la rilevanza delle donazioni e dei trapianti, le risorse nei trapianti e il loro impiego, la programmazione e organizzazione nei processi trapiantologici, la sicurezza, gli obiettivi e risultati, le verifiche tecnico-scientifiche e sociali, e i profili individuali, professionali, sociali e culturali nella

trapiantologia.

Diritti e doveri - individuali e sociali - costituiscono gli imprescindibili referenti nei trapianti. Infatti, non sussisterebbe il diritto individuale se non fosse avvertito e praticato, a livello sociale, il dovere della donazione di tessuti e organi. Il numero delle donazioni non è indipendente dall'incidenza di fattori culturali, intendendo fare riferimento al grado di maturazione civile e sociale della cittadinanza, e appare quindi fondamentale l'informazione fornita da soggetti pubblici e privati - Ministero, Regioni, centri trapiantologici, associazioni - attraverso contatti capillari, cam-

pagne ecc. che possono contribuire a risolvere dubbi e interrogativi (a esempio, sull'accertamento di morte), a sensibilizzare e a raccogliere nuove disponibilità; ma, certamente, il profilo culturale non è l'unica determinante.

Esiste un decremento nelle donazioni e nei trapianti, registrato nell'anno in corso anche in una Regione come la Toscana, che, pure, continua a primeggiare in questo ambito, nel nostro Paese e non solo. Un trend che occorre arginare quanto prima e riportare al positivo degli ultimi anni, sia nell'interesse delle persone che si aggrappano all'ancora di salvezza della prospettiva trapiantologica, sia a beneficio di tutto il sistema sanita-

rio pubblico, del quale il binomio donazione-trapianto è fondamentale elemento costitutivo e cartina di tornasole. Un'attenzione e un impegno che la Regione Toscana è disposta ad assumere, anche in occasione dell'imminente prossimo piano socio-sanitario regionale, e al quale Sisqt, Cittadinanzattiva e le altre associazioni interessate non mancheranno di fornire i loro contributi, mentre la Carta per la sicurezza, la qualità e la partecipazione nel percorso donazione-trapianto potrà rappresentare uno stabile e suggestivo quadro di supporto e orientamento.

Roberto Tatulli



«DEMENTIA: DIAGNOSI E TRATTAMENTO» LA LINEA GUIDA ADOTTATA DALLA REGIONE TOSCANA

■ È di prossima pubblicazione la linea guida «Demenza: diagnosi e trattamento» della Regione Toscana, che verrà inclusa nella banca dati del «Sistema nazionale linee guida - Istituto superiore di Sanità».

L'esigenza di questa linea guida proviene direttamente dalle dinamiche demografiche degli ultimi decenni. Un secolo fa la speranza di vita alla nascita era più breve di 25 anni rispetto a oggi, poi ha cominciato a presentare un incremento rapido e costante. Oggi, a dispetto delle previsioni formulate dai demografi ancora negli anni 90 di un limite di sopravvivenza media di poco superiore agli 80 anni, la speranza di vita continua ad allungarsi senza sosta di oltre 5 ore al giorno. Di conseguenza il numero di anziani continua ad aumentare e insieme a questo la prevalenza dei danni da invecchiamento.

Tra i danni prodotti dall'invecchiamento, l'indebolimento delle funzioni cognitive, che di solito comincia a essere evidente dopo i 70 anni, è forse quello statisticamente più prevedibile. È noto che le percentuali di popolazione affette da deterioramento cognitivo quasi raddoppiano ogni quinquennio, passando dall'1,6% nella fascia di età 65-69 anni al 46% in quella di oltre 95. Tradotte in numeri assoluti e riferite alla demografia, queste percentuali stanno a significare che oggi in Italia gli affetti da disturbi cognitivi di varia gravità sono oltre 1.160.000 e che nel 2050 supereranno i 2.600.000. In Toscana gli affetti oggi sono stimati in circa 85mila e a metà del secolo saranno oltre 170mila. Da un malato ogni 48 residenti si passerà a uno ogni 24.

Per il deterioramento cognitivo, a differenza delle altre cronicità, una cura non è ancora stata individuata. Sono disponibili solo trattamenti farmacologici

potenzialmente in grado di ritardare l'evoluzione in demenza e trattamenti non farmacologici che ancora devono essere ben definiti e strutturati in maniera concreta. Per contenere il disturbo comportamentale dei pazienti, che generalmente accompagna il decorso della malattia, e consentire a chi assiste di conservare una vita quasi normale, di fatto si ricorre all'utilizzazione di farmaci psicotropi, e questo nonostante la letteratura ne sottolinei i rischi.

La linea guida sintetizza anche le più diffuse raccomandazioni per i trattamenti non farmacologici. Sono strategie di cura mal confrontabili fra loro, basate spesso su presupposti scientifici diversi, ma la cui utilità viene sottolineata da numerose e importanti linee guida. La demenza generalmente esordisce con deficit della memoria episodica, cioè con l'incapacità nel ricordare nomi e fatti specialmente se non contestualizzati, e spesso si complica con il coinvolgimento della memoria semantica, cioè con l'incapacità di accedere all'archivio semantico che ciascuno ha formato attraverso la conoscenza percettiva del mondo. Specifiche metodologie di richiamo, basate sull'organizzazione dell'ambiente fisico e/o su stimolazioni multisensoriali, potrebbero favorire la conservazione di questo aspetto della memoria, specifico per ciascuno e determinante per favorire il mantenimento, anche se in tracce, dell'autonomia personale e sociale. È questo un settore della cura non affrontabile solo da sanitari, ma tale da richiedere interazione di più competenze.

Gli estensori della linea guida hanno ritenuto opportuno proporre l'organizzazione di un archivio delle esperienze sui trattamenti non farmacologici attualmente organizzati nell'ambito regionale. Occorre anche tenere presente che allo stato attuale non si prospettano significative evoluzioni delle strategie far-

macologiche nella cura della demenza, almeno per quanto riguarda il prossimo futuro. A riprova di questo fatto sta il rilievo che pressoché tutti i trial clinici relativi al trattamento della demenza registrati nel database internazionale del National Institute of Health (www.clinicaltrials.gov), circa mille su 100mila complessivi attualmente in atto in 174 Nazioni, riguardano l'ottimizzazione di farmaci già in uso, e che non sono rilevabili studi su nuovi farmaci potenzialmente promettenti.

La linea guida «Demenza. Diagnosi e trattamento», che la Regione Toscana si propone di diffondere capillarmente tra gli operatori sanitari, ha la finalità di promuovere il riconoscimento precoce dei disturbi cognitivi e il loro trattamento nelle forme indicate dalla migliore letteratura medica. In 16 raccomandazioni viene sintetizzato il percorso clinico del paziente con disturbi cognitivi. La linea guida è rivolta soprattutto ai medici di medicina generale che nel Servizio sanitario regionale sono e restano il primo e principale punto di riferimento e che per primi possono sospettare il declino cognitivo nelle persone che seguono. Le raccomandazioni si riferiscono anche alla necessaria progressiva integrazione fra la medicina generale e i settori della medicina specialistica dedicati alla cura della demenza.

La linea guida è stata redatta da 24 esperti della Regione Toscana, individuati tra quanti si occupano all'interno delle diverse professioni del problema «demenza». Per la redazione sono state consultate le più recenti e accreditate linee guida internazionali e oltre 130 tra revisioni sistematiche, metanalisi e trial clinici randomizzati.

Per il Consiglio sanitario regionale
Pierluigi Tosi
Luigi Tonelli
Antonio Bavazzano

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

parti integranti del sistema regionale di emergenza-urgenza territoriale», al fine di superare il sistema convenzionale precedente.

In attesa dell'esame e della successiva approvazione della proposta da parte del Consiglio regionale sono necessarie immediate verifiche. Prima di tutto riguardo alla garanzia - o quanto meno alla forte probabilità - dell'auspicato via libera da parte delle autorità europee.

Così come saranno da valutare attentamente i percorsi di accreditamento, il successivo regolamento di attuazione, l'istituzione della Conferenza regionale permanente, anche per evitare il rischio che il sistema del volontariato toscano esca non rafforzato, ma piuttosto ulteriormente condizionato e appe-

santito da inutili, se non addirittura pericolose, pastoie burocratiche.

Andranno anche verificate attentamente le possibili conseguenze del cambiamento del rapporto finanziario che verrebbe introdotto con la nuova legge, con il passaggio da un sistema di accordo a convenzione - così come previsto dall'accordo quadro vigente - a un sistema di finanziamento di tipo budgetario, di livello aziendale, in cui non tutto è stato ancora chiarito.

Una vicenda insomma complessa e dalla soluzione tutt'altro che scontata. Che ripropone oltretutto, ancora una volta, la questione del corretto rapporto tra mondo del volontariato e istituzioni pubbliche. Un rapporto certamente si-

gnificativo, ma nel quale devono esistere le necessarie distinzioni. Non possono esservi infatti sovrapposizioni, o addirittura strumentalizzazioni. Perché se è necessario che il volontariato abbia salde radici nei valori fondanti, abbia forti riferimenti ideali e una chiara identità, deve comunque rimanere rigorosamente autonomo. Altra cosa è che le istituzioni riconoscano e sostengano il ruolo del volontariato. Per cui evitare aggravii o penalizzazioni all'attività del volontariato, non è un favore, ma un aiuto concreto all'intera società civile, che da un volontariato in salute non può che riceverne grande beneficio.

* Consigliere regionale (Udc) e membro della Commissione Sanità

Un'occasione per migliorare ... (segue dalla prima pagina)

Nonostante le ragioni addotte, dal controricorso dell'Avvocatura generale dello Stato, a sostegno della completa infondatezza della questione in esame, la Corte di giustizia, con sentenza del 29 novembre 2007, nella causa C-119/06, pur respingendo il ricorso promosso dalla Commissione europea, per motivi di ordine puramente procedurale e carenza di prova, ritiene condivisibile gran parte delle considerazioni di merito evidenziate dalla Commissione.

L'intervento normativo, di per sé non immediatamente necessario, trae fondamento, pertanto, dalla volontà della Regione Toscana di superare, in ogni caso, i rilievi sollevati dalla Corte di giustizia, consolidando e migliorando, nel contempo, il si-

stema sanitario di emergenza-urgenza della Toscana, già efficace ed efficiente. La proposta di legge, espressione della competenza legislativa regionale in tema di organizzazione del Sistema sanitario regionale, definisce il sistema sanitario di emergenza-urgenza, individuando nel dettaglio le funzioni, i soggetti competenti e il funzionamento. In tale ambito le associazioni di volontariato e i Comitati della Croce rossa italiana, divengono parti integranti del sistema territoriale di soccorso e come tali inseriti nel circuito di programmazione regionale e aziendale.

* Dirigente settore Affari giuridici e legali, direttore generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana

LIVORNO

Emodinamica attiva tutti i giorni h24 triplicando gli interventi salvavita

Battaglia no-stop all'infarto



Angiografo digitale di seconda generazione per l'imaging diagnostico

La lotta contro l'infarto si combatte sulle ventiquattro ore. Dal 1° settembre il servizio di intervento rapido verso le persone con sindromi coronariche acute o che necessitano di indagini coronografiche in emergenza è stato esteso anche all'orario notturno e festivo rendendo di fatto il reparto di Emodinamica sempre operativo. «Si tratta di un traguardo importante e per niente scontato - dice Monica Calamai, direttore generale dell'azienda Usl 6 di Livorno - visto che fino allo scorso anno il servizio era attivo 3 volte alla settimana per 6 ore al giorno. In dodici mesi siamo riusciti a riunire i reparti di Emodinamica e Cardiologia, ad attivare una nuova sala con apparecchiature di ultima generazione e adesso a estenderne l'operatività alle 24 ore e per 365 giorni all'anno. Sono risultati importanti in un settore dove aspettare pochi minuti può fare la differenza tra la vita e la morte».

Se la crescita degli interventi (vedi tabella) negli ultimi anni è stata costan-

Dati Uo Emodinamica azienda Usl 6 di Livorno					
	2007	2008	2009	2010 (previsione)	2011 (previsione)
Coronarografie	508	606	745	1.000	
Angioplastiche	200 delle quali: 28 multivaso 12 primarie	280 delle quali: 64 multivaso 11 primarie	353 delle quali: 89 multivaso 50 primarie	500	
Totale	708	886	1.098	1.000	2.000

te passando dalle 508 coronarografie (e 200 angioplastiche) del 2007, alle 606 (e 280) del 2008, fino al 745 (e 353) del 2009 la nuova operatività no-stop avrà immediati riscontri anche nei numeri dei pazienti trattati, triplicando i risultati. «Continuando con questo ritmo - spiega Enrico Magagnini, direttore della unità operativa Emodinamica - abbiamo calcolato di poter arrivare a circa mille coronarografie e quasi 500 angioplastiche nel 2010. E grazie all'attivazione del servizio sulle 24 ipotizziamo di arrivare vicini alle 2mila procedure ovvero cir-

ca tre volte la cifra che veniva raggiunta tre anni fa».

L'apertura no-stop permetterà, inoltre, di sfruttare al meglio la dotazione tecnologica della quale è stato recentemente fornito il reparto. Minima dose radiologica e massima qualità delle immagini cliniche acquisite: è questo il binomio vincente del nuovo angiografo digitale di seconda generazione per l'imaging diagnostico e interventistico. L'apparecchiatura, dal costo di circa 600mila euro, è solo uno dei fiori all'occhiello della nuova sala di Emodinamica inaugurata lo scorso novem-

bre. La sala, posizionata nel cosiddetto "blocco dell'area critica" tra pronto soccorso e rianimazione, sarà dedicata non solo agli esami cardiologici come la coronarografia, ma anche a interventi di urgenza come l'angioplastica coronarica effettuata nei casi di infarto. L'ottima qualità dell'immagine ad alta definizione, permessa dal nuovo angiografo digitale, è un elemento determinante quando si deve intervenire sulle coronarie per visualizzare nel modo più preciso dove intervenire in caso di infarto o una malattia cardiaca.

Per il raggiungimento di questi risul-

tati fondamentale è stato lo sforzo fatto dal personale infermieristico. «È stata necessaria - dice Maria Laura Fogli, coordinatore infermieristico dell'Uo Emodinamica - una formazione specifica di circa 6 mesi rivolta a 6 infermieri che si aggiungeranno al personale a disposizione. Si è trattato di un percorso intenso reso possibile dalla grande motivazione dei soggetti coinvolti». Il risultato raggiunto è, comunque, un traguardo il cui merito deve essere condiviso fra più soggetti. «Senza lo stimolo degli enti locali e l'atteggiamento costruttivo del sindacato - dice ancora Calamai - non sarebbe stato possibile arrivare a questo risultato in così poco tempo. Questo dimostra la validità del sistema sanitario locale e restituisce l'immagine di un ospedale che investe in strumentazioni e risorse umane che nel futuro rimarranno a disposizione dei cittadini».

a cura di
Pierpaolo Poggianti
 Ufficio stampa Asl 6 Livorno

NUOVE TECNOLOGIE

Il referto? Si stampa con il totem

L'azienda Usl 6 di Livorno è la prima in Italia a mettere a disposizione un nuovo servizio di stampa in autonomia dei referti di laboratorio. «Da oggi - spiega Andrea Belardinelli, direttore dell'unità operativa Innovazione e sviluppo - chiunque potrà stamparsi il referto delle analisi per conto proprio e senza dover fare alcuna coda. Sarà sufficiente avere con sé la nuova tessera sanitaria elettronica, quella arrivata recentemente per posta, e dopo averla attivata, utilizzare il nuovo totem informativo presente al piano terra del poliambulatorio».

Il procedimento è semplice, intuitivo e richiede pochi secondi: basta inserire la tessera sanitaria elettronica, digitare il codice Pin ricevuto all'attivazione della carta, selezionare il referto e premere il tasto di stampa. La novità eliminerà la coda per i circa 200 utenti, su 1.400 circa, che ogni giorno si recano al centro socio-sanitario (ex poliambulatorio). Il primo totem informativo è attualmente posizionato al poliambulatorio di Livorno, uno dei punti sottoposti a maggiore afflusso di utenti, ma ben presto saranno circa una decina su tutto il territorio provinciale, le postazioni che i cittadini potranno

trovare nei centri socio-sanitari, negli ospedali ma anche nelle farmacie comunali. «Le potenzialità di questi totem, - dice ancora Belardinelli - sono davvero infinite e sarà sufficiente poco tempo per farli diventare familiari e utilizzati da chiunque. L'idea, nata da risorse interne all'azienda e oggetto anche di brevetto, è quella di utilizzarli come una rete di vere e proprie piattaforme informative dove oltre a distribuire contenuti multimediali da una unica regia centralizzata, è anche possibile accedere in autonomia e sicurezza a funzioni e servizi sanitari, come la stampa dei referti, ma anche il cambio del medico di base, la prenotazione del ritiro cartelle cliniche o avere informazioni generali sui servizi sanitari offerti».

È la nostra idea di Sanità nuova, vicina, facile e sicura». L'unico elemento davvero necessario per utilizzare il totem è la tessera sanitaria elettronica attivata. Con questa e con il codice Pin rilasciato al momento dell'attivazione si ha la certezza dell'identificazione dell'utente e quindi la possibilità di garantire la privacy e la riservatezza prevista per attività di questo tipo.

RINNOVO DEL PARCO STRUMENTALE

Rmn: esami in crescita del 10%

Dopo l'arrivo avvenuto nei mesi scorsi della nuova apparecchiatura di risonanza magnetica nel presidio ospedaliero di Livorno, altre due nuove macchine di ultima generazione stanno per essere installate negli ospedali di Cecina e Piombino. Se per la prima sono già cominciate le prove tecniche necessarie al collaudo che la renderanno operativa a giorni, ci sarà da attendere qualche mese per quella operante in Val di Comia.

«Oltre ad aumentare la quantità delle prestazioni offerte - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'azienda Usl 6 di Livorno - crescerà anche la tipologia e migliorerà la qualità delle indagini effettuate. L'azienda in questo modo si muove verso una completa autosufficienza per le necessità del territorio sulle indagini diagnostiche riducendo quindi le spese legate alla stipulazione di convenzioni esterne. In poche settimane il parco strumentale dell'azienda si arricchirà così di due nuove macchine di ultima generazione che permetteranno di raddoppiare, da subito, il numero delle risonanze effettuate e migliorare ulteriormente l'offerta di servizi».

La nuova strumentazione permetterà, infatti, di aumentare le prestazioni delle zone della Bassa Val di Cecina e della Val di Cornia che già adesso effettuano assieme circa 150mila prestazioni diagnostiche all'anno. «Nel 2009 - dice Luca Lavazza, direttore sanitario dell'azienda Usl 6 - abbiamo sfiorato i 150mila esami e per il 2010 contiamo di aumentare tale risultato. Di sole indagini Tac, lo scorso anno, ne sono state fatte circa 16mila ovvero oltre 40 al giorno contando anche sabati e festività. Nel 2010 stiamo addirittura migliorando questo traguardo e continuando con questo ritmo riusciremo ad arrivare attorno alle 18mila facendo registrare un aumento vicino al 10 per cento».

L'azienda Usl 6, dopo aver aderito lo scorso anno all'organizzazione del polo radiologico di Area vasta che ha comportato un incremento di circa 200 esami al mese nel periodo novembre 2009-aprile 2010, sta elaborando un progetto per la realizzazione di un polo radiologico aziendale a Cecina aperto dodici ore al giorno, sette giorni su sette.

SEMPLIFICAZIONE DEGLI ACCERTAMENTI

Centrali di pre-ospedalizzazione

Sono state attivate le quattro nuove centrali uniche di pre-ospedalizzazione nei presidi ospedalieri dell'azienda Usl 6 (Livorno, Cecina, Piombino e Portoferraio). Il servizio, che semplifica l'iter degli accertamenti necessari al ricovero, rappresenta il fulcro della riorganizzazione in atto del percorso chirurgico. La nuova organizzazione segue le indicazioni contenute nelle legge regionale 638/2009 in tema di percorso chirurgico e gestione delle liste di attesa portando benefici a un vasto bacino di utenza. «Questa novità - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'azienda Usl 6 di Livorno - ottimizza e rende più omogenea la gestione delle liste per gli interventi con effetti positivi anche sui tempi di attesa. La gestione avverrà attraverso un software che tenendo conto della gravità del paziente e dell'urgenza dell'intervento, valutate dal chirurgo, e della data dell'inserimento in lista, determinerà l'ordine. I chirurghi, naturalmente, sulla base di nuovi elementi che dovessero sopraggiungere (aggravamento del paziente, fattori legati alla organizzazione delle sale operatorie ecc.), potranno modifica-

re l'ordine. È un metodo che garantisce la massima trasparenza e migliora l'uso delle risorse».

Si tratta di una vera e propria rivoluzione che semplificherà la vita dei circa 15mila cittadini che ogni anno si iscrivono nelle liste operatorie. Se prima spettava all'utente recarsi nei reparti e mettersi in nota, adesso ci penseranno le centrali uniche ad accompagnare lungo il percorso. Il servizio di pre-ospedalizzazione, oltre a gestire direttamente le liste di tutta l'area chirurgica ospedaliera, prende in carico i pazienti organizzando il percorso pre-ricovero, compresi gli esami pre-operatori, che l'utente potrà effettuare con un solo accesso alla struttura ospedaliera.

Tutte le centrali hanno procedure di gestione standard in modo che da qualsiasi presidio sia possibile effettuare le visite necessarie e accedere al percorso chirurgico offerto indifferentemente da qualsiasi altro ospedale. Avere un'unica interfaccia facilita il percorso del paziente e lo velocizza. In questo modo esami e visite pre-operatorie possono essere fatte anche nel corso di una sola giornata.

SERVIZI IN AUMENTO

Dialisi, 14 postazioni all'Isola d'Elba

È stata aperta ufficialmente nei giorni scorsi la nuova sezione di nefrologia e dialisi all'interno dell'ospedale di Portoferraio. I locali, oltre a presentare caratteristiche strutturali e tecnologiche all'avanguardia con nuovi posti letto e poltrone con bilancia, tv e impianto radiofonico, hanno raddoppiato i posti letto passando da 6 letti e 2 poltrone ai 14 attuali e aumentato gli ambulatori dedicati al servizio.

«L'aumento dell'offerta - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'azienda Usl 6 di Livorno - rappresenta un fatto importante non solo per i pazienti elbani, ma anche per i turisti e quindi per l'economia di tutta l'isola. Compito dell'azienda è comunque sviluppare una maggior integrazione con l'offerta sanitaria di tutto il territorio promuovendo una politica di prevenzione che possa migliorare la vita dei pazienti cronici riducendo la loro dipendenza dalle strutture. In questa direzione ci stiamo muovendo grazie anche alla preziosa opera del dottor Roberto Bigazzi, direttore dell'unità

operativa aziendale di nefrologia e dialisi, al quale va il mio ringraziamento per il lavoro svolto in questi mesi».

Il miglioramento dell'offerta sanitaria, per i residenti elbani come per i turisti, rivolta ai cosiddetti uremici cronici ovvero quelle persone costrette a ricorrere sistematicamente a dialisi, è nei numeri. Se nel 2009 erano stati 40 i pazienti residenti (25 in emodialisi, 2 in dialisi peritoneale e 13 trapianti) e 35 gli utenti non residenti, nel 2010 sono a oggi 45 (28 emodialisi, 4 in dialisi peritoneale e 13 trapiantati) e 31 i non residenti. «L'attività della nefrologia elbana - dichiara Giuseppe Pratesi, responsabile del servizio emodialisi di Portoferraio - è in netta crescita. È aumentata l'attività emodialitica insieme all'attività ambulatoriale dedicata alla prevenzione e rallentamento dell'evoluzione della malattia renale. L'apertura del nuovo reparto ci mette nelle condizioni di poter migliorare notevolmente la possibilità di seguire i nostri pazienti».

DOCUMENTI

I rappresentanti toscani di 21 branche mediche e dei responsabili dei servizi infermieristici dicono la loro sulla gestione della rete assistenziale



L'ospedale visto con gli occhi delle società scientifiche

Riflettori accesi sulla riorganizzazione per intensità di cure - Valutazione serrata su efficienza, efficacia e tempistica delle prestazioni

IL DOCUMENTO DELL'OSSERVATORIO PERMANENTE SULL'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA

Pubblichiamo il documento dell'Osservatorio permanente sull'ospedale per intensità di cura: «Documenti delle società scientifiche mediche e del Coordinamento regionale dei Collegi provinciali Ispasvi».

Il documento «La riorganizzazione delle attività di ricovero negli ospedali toscani» elaborato e firmato dai rappresentanti toscani di 21 società scientifiche mediche ha rappresentato un concreto contributo avanzato rispetto al documento analogo pubblicato su Toscana medica il 2 agosto 2007 e una base per l'integrazione, auspicata nel documento stesso, da parte delle altre professioni sanitarie ed espressa, in particolare, nel documento del Coordinamento regionale dei Collegi provinciali Ispasvi «L'assistenza infermieristica nell'ospedale per intensità di cura».

Il documento delle società scientifiche mediche si focalizza sui seguenti punti strategici cui offre possibili modelli di implementazione:

- criteri di assegnazione del paziente dal Pronto soccorso/Dea;
- la presa in carico interprofessionale del paziente;
- multidisciplinarietà dell'assistenza;
- la funzione di tutoraggio medico;
- la gestione dei posti letto nelle aree di degenza;
- organizzazione dell'alta intensità di cura;
- organizzazione dei servizi di guardia;

- l'impatto della nuova organizzazione sui flussi informativi;
- rapporti con il territorio e problematica delle cure intermedie.

Il documento del Coordinamento regionale dei Collegi provinciali Ispasvi sviluppa in particolare i capitoli relativi a:

- l'intensità di cura in ospedale con un nuovo modello organizzativo e assistenziale basato su gestione e sviluppo delle risorse/competenze professionali sulla «multidisciplinarietà e gradualità delle cure» (evitando modelli di gradualità delle cure in ambito monodisciplinare);
- mobilitazione delle risorse in funzione dei livelli di complessità espressi dai singoli pazienti;
- nuovi livelli di responsabilità:
 - responsabilità dell'infermiere nel processo di assistenza;
 - responsabilità dell'infermiere nell'organizzazione del lavoro;
 - responsabilità dell'infermiere nel controllo e nell'uso appropriato delle risorse (umane e strumentali);
- la complessità assistenziale: non solo per diagnosi clinica ma per committenza della persona (instabilità clinica, competenza della persona assistita, la non autosufficienza).

Nei due documenti meritano una particolare attenzione, fra gli altri, alcuni spunti:

- la possibile flessibilità di implementazione che tenga conto delle tipologie degli ospedali diverse per missione, dimensioni e complessità;
- il chiaro riferimento alla presa in carico interprofessionale con lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo

tivo dell'assistenza nei reparti di degenza con l'introduzione delle unità infermieristiche (nursing unit, nursing wards). «L'introduzione negli ospedali toscani delle unità infermieristiche è il singolo cambiamento organizzativo che maggiormente sfida la cultura e le pratiche tradizionali. Nello stesso tempo è anche il cambiamento veramente nucleare della nuova organizzazione»;

- l'apertura alla collaborazione delle altre professioni sanitarie che di fatto ha permesso la perfetta integrazione del Coordinamento regionale dei Collegi Ispasvi con le considerazioni inerenti l'assistenza infermieristica e la gradualità delle cure, la complessità assistenziale e la continuità del percorso di assistenza dopo la dimissione ospedaliera;
- la specificità dell'organizzazione della «alta intensità di cura» (livello I) rispetto a quella della «media intensità di cura» (livello 2) con alcune considerazioni rispetto alla necessità di dotare i reparti "normali" di supporti tecnologici idonei al monitoraggio dei parametri vitali (Mews) anche per la necessaria valutazione della complessità clinica e assistenziale e dei criteri di instabilità;

● modelli organizzativi diversi per i casi a maggiore complessità assistenziale o con instabilità clinica non tale da necessitare il ricovero nel «livello I» con: 1) «upgrade» dei posti letto ordinari, 2) «unità dedicate»;

- riferimenti ai posti letto per singoli reparti di area (non inferiori a 20) e al tasso di occupazione (non superiore all'85 per cento);
- la necessità che la partecipazione di più specialità alla presa in carico del paziente venga disciplinata da specifici regolamenti aziendali, con superamento del ruolo della "consulenza" a favore della responsabilità gestionale basata sullo sviluppo sempre più esteso dei percorsi clinici condivisi (diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi);

- indicazioni sulla necessità di adeguare i «flussi informativi» al nuovo modello organizzativo, sia per una migliore definizione della responsabilità gestionale nella multidisciplinarietà (Sdo) che dei Centri di costo (non più di Reparto che non si identifica con la Specialità);

● chiaro riferimento alla necessità dello sviluppo di una gestione informatizzata del percorso assistenziale (cartella clinica e... non solo) unica a livello regionale.

La problematica relativa alle degenze ospedaliere di «bassa intensità» (livello 3) è affrontata sia nel documento delle società scientifiche mediche che in quello del Coordinamento dei Collegi Ispasvi con una visione centrata sulla «continuità assistenziale» e sulla gestione della «cronicità». Anche se viene fatto riferimento alla necessità di approfondimento del tema, specialmente per la

sua complessità di gestione a livello territoriale, emergono alcune indicazioni:

- opinabilità del mantenimento di questo livello all'interno dei Po "per acuti" in riferimento anche al processo della Rt con riduzione del tasso di ospedalizzazione e della durata della degenza;
- necessità di sviluppare una rete di servizi territoriali (infrastrutture e risorse professionali) per mettere in "continuità" le diverse potenzialità (strutture di ricovero, strutture ambulatoriali e domicilio);
- sviluppo di programmi di «Sanità di iniziativa» specialmente per quei pazienti affetti da patologie croniche che possono essere arruolati in percorsi assistenziali integrati fra Mmg e infermieri che operano nel settore delle cure primarie;
- centralità del ruolo della responsabilità primaria del Mmg con possibilità di accesso a procedure diagnostiche di primo livello e a «pacchetti di prestazioni complesse» sviluppati sulla base di Pdt programmati e concordati;
- ruolo di responsabilità dell'infermiere (ponte fra ospedale e territorio) come «facilitatore della dimissione» dall'ospedale e di «facilitatore dell'ammissione» sul territorio, specialmente per i pazienti "difficili".

Un ulteriore contributo è dato dal documento del ruolo del tecnico sanitario di Radiologia medica che sviluppa essenzialmente il tema della "appropriatezza", della "efficacia", della "efficienza" e della "prevenzione e radioprotezione" nella gestione della continuità assistenziale. ●

Presenza in carico totale all'insegna della flessibilità

IL TESTO DEL DOCUMENTO SUL RUOLO STRATEGICO DELLA DIAGNOSTICA

Pubblichiamo il «Documento strategico: il ruolo della diagnostica per immagini nell'ospedale per intensità di cure».

La nuova organizzazione dell'ospedale e del territorio per intensità di cure pone una necessaria riflessione di revisione del punto di vista dal quale si osserva l'organizzazione.

Il punto di vista sarà quello della persona con problemi di salute, che deve essere messa nelle condizioni di scegliere un modello di approccio diagnostico-terapeutico, che sia adeguato al quesito clinico e ai propri valori.

La condizione di libera scelta avviene in ogni

contesto attraverso la declinazione delle opportunità e la creazione di modelli organizzativi snelli e orientati all'accessibilità. Modelli organizzativi, che attraverso la declinazione di processi e procedure garantiscano alla persona di essere guidata.

Nella quotidianità la diagnostica per immagini si pone come la porta di ingresso del successivo percorso di cura, assistenza, riabilitazione; è in questo contesto che la persona si scopre affetta da patologia.

Il professionista che in tale contesto deve guidare la persona verso un giusto indirizzo diagnostico-strumentale e favorire l'avvio del successivo percorso è il tecnico sanitario di radiologia medica tutor, che sarà in grado di attivare la corretta rete interprofessionale di presa in carico.

In un modello ideale di corretta allocazione delle risorse e di gestione nell'ottica del governo clinico si rende necessario da parte dell'organizzazione rispondere in termini di appropriatezza ed efficienza, declinando, in relazione alla normativa vigente, responsabilità e ruoli professionali nella prospettiva di un modello organizzativo, che basi il proprio lavoro su protocolli operativi in grado di rendere il percorso diagnostico e di radioterapia univoco e appropriato.

Il ruolo del tecnico sanitario di radiologia medica vede il suo ruolo strategico esplicarsi in:

Appropriatezza

- Scelta e valutazione della tecnologia (Hta), in relazione alla prevalenza epidemiologica e ai casi mix di afferenza territoriale;
- valutazione della richiesta in termini di completezza;

- valutazione e scelta del protocollo tecnico in relazione al quesito clinico in rapporto al principio di limitazione della dose.

Efficacia

- Valutazione del percorso in termini di accessibilità e opportunità offerte dalla struttura oggetto della scelta della persona (Tsmr versus Cup);
- valutazione e attivazione di percorsi diagnostici territoriali e ambulatoriali, anche nell'ottica di snellire l'accesso inappropriato al pronto soccorso (rafforzamento dei punti di primo accesso), garantendo nel contempo "accessibilità familiare" per le patologie cronico-degenerative.

Efficienza

- Valutazione ed elaborazione dei flussi informativi con l'analisi orientata alla revisione dei modelli organizzativi e all'intervento formativo per l'inappropriatezza di accesso (ipotesi diagnostica-diagnosi accertata), di responsabilità del tecnico sanitario di radiologia medica amministratore di sistema;
- gestione autonoma delle indagini, che non prevedano l'uso di mezzi di contrasto per i contesti intraospedalieri e territoriali con utilizzo di tutte le tecnologie adatte allo scopo;
- inserimento, nel team multidisciplinare del Dea, del tecnico sanitario di radiologia medica, per rendere sempre più tempestivo l'intervento sanitario.

Prevenzione e radioprotezione

- Valutazione dell'efficienza e della performance tecnologica in termini di dose erogata

e di proiezioni corrispondenti al quesito clinico posto;

- progettazione di studi randomizzati e di coorte retrospettivi per la valutazione dell'impatto sul deterioramento di salute.

Indicatori

Appropriatezza = Numero indagini positive/numero totale indagini.

Efficienza = Numero indagini standard/numero totale indagini (normalizzate allo standard), tale indicatore prevede la revisione dei nomenclatori regionali e dei relativi pesi.

Radiologia medica come tutor del percorso di cura

Per valutazione temporale dell'indagine standard si intende la valutazione temporale riferita a un'indagine rivolta a soggetto adulto collaborante:

Nelle voci di analisi dei tempi di

- identificazione;
- colloquio;
- preparazione (tempo diversificato in relazione al caso mix);
- posizionamento;
- applicazione del protocollo;
- post processing;
- congedo.

Il tempo effettivo di impegno della tecnologia per singola prestazione può essere valutato istituendo una cartella tempo, facilmente estraibile dai sistemi Rls/Pacs e quindi di competenza dell'amministratore di sistema, ove la procedura inizia con l'apertura dell'anagrafica e si chiude con l'eseguito. ●

IL DOCUMENTO DEL COORDINAMENTO REGIONALE DEI COLLEGI IPASVI

Pubblichiamo il documento del Coordinamento regionale dei Collegi Ispasvi «L'assistenza infermieristica nell'ospedale per intensità di cura».

Scenario di riferimento

Al fine di procedere con la reingegnerizzazione del «Sistema assistenziale», secondo il modello per intensità di cura, occorre riflettere sul contesto di riferimento.

Da un punto di vista normativo la Lr 40/2005 prima e la Psr 2008-2010 dopo, hanno delineato il cammino da seguire. Per modificare l'attuale paradigma clinico-assistenziale del nostro sistema sanitario, orientandolo verso un approccio multidisciplinare con al centro la "persona" nelle sue molteplici e variegate dimensioni, si deve attuare una attenta lettura delle componenti demografica, epidemiologica, gestionale dell'intero sistema.

Il nuovo cammino da percorrere è nella direzione del superamento del concetto di reparto, che non significa però rinunciare al significato delle équipe specialistiche e tanto meno al loro ruolo, ma ripensare gli spazi con un nuovo concetto di «Luogo dell'assistenza». Inoltre si richiede di camminare verso l'attivazione di tutte quelle iniziative volte a valorizzare la multiprofessionalità che deve essere a disposizione della persona che entra nel sistema salute.

A oggi, nella nostra Regione non esiste ancora un modello per intensità di cura, ma esistono molte esperienze che a loro modo tentano di rispondere a tale esigenza.

In questo scenario nel quale ci troviamo a operare, riteniamo che sia fondamentale riflettere non su come fornire l'assistenza alla persona nell'accezione del «posto letto», ma come rispondere alla persona che esprime un bisogno sanitario complesso e acuto, che genera la necessità di un ricovero ospedaliero.

L'ospedale e l'intensità di cura

Attualmente le organizzazioni ospedaliere sono prevalentemente centrate sull'area fisico-disciplinare piuttosto che sul percorso di cura e assistenza. A questa impostazione conseguono la frammentazione del percorso assistenziale e della funzione gestionale; processi assistenziali e modelli organizzativi disomogenei e standard diversificati nella comunicazione, gestione e valutazione dei percorsi di assistenza.

Diviene dunque opportuna la realizzazione di un modello organizzativo e assistenziale innovativo, impostato su modelli di gestione e sviluppo delle risorse/competenze professionali coerenti con gli obiettivi della presa in carico e della responsabilità condivisa richiesta dal modello di ospedale per intensità di cura: **la multidisciplinarietà e la gradualità delle cure**.

Tenendo conto delle pregresse esperienze sperimentate nelle diverse aziende si può affermare che è indi-

spensabile la realizzazione di setting di ricovero che tengano vincolati fra sé i due principi.

Esempi da evitare sono oggi i modelli impostati su di un sistema di cure graduate ma in un ambito monodisciplinare. In tali esperienze si assiste a un aumento dei costi relativi alle risorse umane e a una più o meno costante turbolenza organizzativa, per lo più causata dalla necessità pluriquotidiana di "trasferire" il paziente da un settore all'altro dell'area al mutare delle sue necessità clinico-assistenziali, ma anche per necessità strutturali di risposta alla domanda di ricovero.

Il trasferimento dei pazienti all'interno dei setting predefiniti risulta essere un punto altamente stressato nella discussione sui modelli. Una possibile ipotesi di soluzione vede l'attribuzione delle risorse a livelli di settore, linea o blocco di degenza, che permette un aumento della loro flessibilità. Le risorse si mobilitano in funzione dei livelli di complessità espressi dai singoli pazienti che diventano essi stessi attrattori di risorse sia sul piano qualitativo che quantitativo.

Se la multidisciplinarietà costituisce un criterio guida per la realizzazione anche strutturale dei nuovi presidi ospedalieri e per la riprogettazione di setting di cura che superino l'impostazione dei vecchi reparti monospecialistici, altrettanto non si può dire della gradualità delle cure in ambito plurispecialistico. Questo aspetto necessita ancora di un approfondimento sul suo significato

to e sulle profonde ripercussioni che la sua applicazione comporta rispetto alla gestione delle risorse in particolare quelle impegnate nei processi di assistenza.

L'assistenza infermieristica e la gradualità delle cure

Nel corso degli anni la necessità di modulare la quantità di assistenza da garantire ai pazienti ha focalizzato sempre la discussione sulle funzioni infermieristiche.

Già negli anni Sessanta il problema dell'intensità di cura viene affrontato evidenziando la necessità di raggruppare sistematicamente i pazienti rispetto al loro grado di malattia e dipendenza dal nursing, piuttosto che rispetto alla classificazione della patologia e al sesso:

- "È essenziale sollevare gli infermieri da tutti i compiti non infermieristici che possono essere eseguiti da altri";
- "Sembrirebbe ragionevole collocare infermieri altamente formati dove le loro speciali competenze sono più necessarie, e impiegare altri operatori per pazienti che non richiedono una costante attenzione da parte di infermieri esperti";

- "Un nuovo modo di raggruppare i pazienti è necessario, e le direzioni mediche degli ospedali dovrebbero tenere in seria considerazione questo fatto" (Progressive patient care, Ronald W. Wray, 1963).

Questi brevi riferimenti per introdurre che l'ospedale per intensità di

cure richiede una riprogettazione dell'utilizzo della risorsa infermieristica, che deve essere esplosa principalmente in merito a:

- 1. Responsabilità dell'infermiere nel processo di assistenza** focalizzando il valore della disciplina infermieristica che risponde a Ebn ed Ebn e si deve far carico della personalizzazione e della continuità delle cure;
- 2. Responsabilità dell'infermiere nell'organizzazione del lavoro** e delle attività, ovvero presidiare il flusso assistenziale per il regolare svolgimento del percorso assistenziale legato alla presenza costante di queste competenze nelle 24 ore;

- 3. Responsabilità dell'infermiere nel controllo e nell'uso appropriato delle risorse** umane e strumentali assolta ai diversi livelli nelle funzioni di coordinamento e direzione.

La complessità assistenziale

Possiamo dire che l'ossatura dell'organizzazione della gradualità delle cure più o meno intensive è data anche da questa diversa attribuzione di responsabilità e che la gradualità deve fare riferimento ai contenuti inerenti la **complessità assistenziale**. Questa non si esaurisce con la diagnosi clinica, ma pur essendo fortemente connessa alla problematica clinica (area di competenza medica-Sdo), affronta complessivamente le problematiche inerenti la compromissione della persona.

I modelli concettuali che permettono di gestire la complessità assistenziale si riferiscono a 3 elementi fondamentali:

- l'**instabilità clinica** della persona, gestita attraverso le attività di rilevazione e di monitoraggio dei parametri significativi del quadro clinico e gli interventi tecnico-assistenziali necessari;
- la **competenza della persona** assistita rispetto alla sua condizione di salute-malattia intesa come insieme delle conoscenze e capacità cognitive e abilità che possiede e che permette di mettere in atto comportamenti idonei;

- la **non autosufficienza** intesa come compromissione del grado di autonomia della persona, ovvero quando questa ha consapevolezza di ciò che si vorrebbe o dovrebbe fare, ma non ne ha le possibilità. Qui la funzione assistenziale in relazione al livello di compromissione può essere di aiuto e/o di sostituzione e si tratta di un'area di competenza anche di altri operatori (Oss). L'infermiere in questo caso mantiene la responsabilità di pianificare e soprattutto di supervisionare l'opera del personale di supporto.

La continuità del percorso di assistenza dopo la dimissione ospedaliera

La funzione assistenziale si connota per essere la struttura connettiva del processo di cura nel suo progredire dall'ammissione alla dimissione e dal livello di alta intensità alla stabilizzazione delle condizioni cliniche che rappresenta la fase ultima del percorso ospedaliero. La funzione infermieristica è pertanto portatrice, all'interno dell'organizzazione, di una competenza indispensabile - nella sua specificità

IL VIA LIBERA DEL CSR
Parere 58/2010 Seduta del 9 novembre 2010 Vista la Lr 24 febbraio 2005 n. 40 «Disciplina del Servizio sanitario regionale»; Vista la Lr 14 dicembre 2005, n. 67 «Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40» (Disciplina del Servizio sanitario regionale). Interpretazione autentica dell'articolo 59 della Lr 40/2005 e smi; Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 974 del 27 agosto 2001 «Consiglio sanitario regionale: presa d'atto del regolamento e modifica delibera 922/2000»; Visto il regolamento del Consiglio sanitario regionale approvato nella seduta assembleare del 12 gennaio 2010; Visto l'Ordine del giorno predisposto dal Consiglio sanitario regionale (Csr); Vista la normativa statale e regionale in materia; Ascoltate le precisazioni formulate dai membri dell'Ufficio di presidenza; All'unanimità Esprime parere Favorevole al documento delle società scientifiche «La riorganizzazione delle attività di ricovero negli ospedali» nonché ai documenti «L'assistenza infermieristica nell'ospedale per intensità di cura» - approvato dal Coordinamento Collegi Ispasvi - e «Il ruolo del tecnico sanitario di Radiologia medica» inquadri in una relazione predisposta dall'Osservatorio permanente sull'ospedale per intensità di cura. Tutti i documenti, in allegato, sono parte integrante e sostanziale del presente parere.

formativa, disciplinare e normativa - alla corretta, fluida, completa e appropriata conduzione del percorso assistenziale. Tutto questo è molto evidente nei processi finalizzati alla continuità assistenziale fra ospedale e territorio, in particolare nella gestione della dimissione del paziente dall'ospedale.

Quando, risolto il problema clinico, sul piano della stabilità delle condizioni del paziente, restano aperti i problemi connessi alla perdita di autonomia e autosufficienza che caratterizzano la complessità. Se l'accesso alle cure ospedaliere risulta relativamente semplice, altrettanto non si può dire per quello alla rete dei servizi territoriali.

In questa direzione, molte aziende sperimentano soluzioni organizzative per quanto riguarda la gestione delle dimissioni difficili, ovvero l'uscita dall'ospedale di pazienti con bisogni complessi che richiedono un'alta integrazione assistenziale. La possibilità di fornire risposte adeguate al raggiungimento del livello di integrazione richiesto può realizzarsi attraverso:

- la condivisione tra le varie componenti professionali sulle funzioni che ciascun attore deve svolgere;
- l'utilizzo di criteri di valutazione condivisi fra ospedale e territorio al momento della dimissione dall'ospedale;
- l'individuazione di figure professionali di riferimento che garantiscano il regolare flusso del percorso.

Le soluzioni organizzative adottate nelle varie aziende, comportano nuovi e maggiori spazi di responsabilità dell'infermiere nel farsi carico del percorso di assistenza; in ospedale potrà essere identificato l'**infermiere facilitatore della dimissione** che si rapporta con l'area di degenza al momento del ricovero di un "paziente difficile" e nel territorio l'**infermiere facilitatore dell'ammissione** ai servizi residenziali o domiciliari.

La continuità assistenziale può essere immaginata come un ponte che collega la sponda ospedaliera con quella territoriale, queste due competenze aiutano il paziente ad attraversarlo.

In questo contesto la continuità è un elemento concreto da presidiare, non è lasciata alla buona volontà dei professionisti, è un obiettivo dell'intero sistema organizzativo e quindi deve essere presidiata fin dal momento della definizione dei percorsi.

In questo settore che si stanno sperimentando funzioni assistenziali inerenti nuovi am-

biti di competenza degli infermieri che stabilmente parteciperanno all'interno della stessa struttura, in parallelo con l'attività clinica dei medici di medicina generale, a interventi programmati e proattivi di counseling, educazione sanitaria, promozione del self-management, monitoraggio dei markers di instabilità della malattia e controllo della aderenza al trattamento farmacologico.

Le evidenze scientifiche confermano in maniera inconfutabile che la persona affetta da malattia cronica migliora la propria condizione e di conseguenza ricorre meno all'ospedalizzazione se sottoposta a trattamenti integrati, seguita da team multiprofessionali e se supportata nel self-management.

È in questo settore che si stanno sperimentando funzioni assistenziali inerenti nuovi am-

biti di competenza degli infermieri che stabilmente parteciperanno all'interno della stessa struttura, in parallelo con l'attività clinica dei medici di medicina generale, a interventi programmati e proattivi di counseling, educazione sanitaria, promozione del self-management, monitoraggio dei markers di instabilità della malattia e controllo della aderenza al trattamento farmacologico.

Le evidenze scientifiche confermano in maniera inconfutabile che la persona affetta da malattia cronica migliora la propria condizione e di conseguenza ricorre meno all'ospedalizzazione se sottoposta a trattamenti integrati, seguita da team multiprofessionali e se supportata nel self-management.

È in questo settore che si stanno sperimentando funzioni assistenziali inerenti nuovi am-

biti di competenza degli infermieri che stabilmente parteciperanno all'interno della stessa struttura, in parallelo con l'attività clinica dei medici di medicina generale, a interventi programmati e proattivi di counseling, educazione sanitaria, promozione del self-management, monitoraggio dei markers di instabilità della malattia e controllo della aderenza al trattamento farmacologico.

In ragione di quanto sopra la disciplina infermieristica porta un contributo indispensabile ai numerosi cambiamenti in atto nel Sistema sanitario regionale. ●



direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turmo
comitato scientifico
Beatrice Sassi
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 46 del 7-13/12/2010 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

PREVENZIONE Il bilancio dell'ultimo concorso «Di testa mia» destinato ai teen-ager



La salute secondo i giovani

Quindici i progetti vincitori che promuovono stili di vita migliori

Dai giovani, idee giovani per un benessere a tutto tondo. Si può sintetizzare così lo spirito del concorso «Di testa mia», promosso dalla Regione Toscana e giunto alla terza edizione. I teen-ager toscani sono stati invitati a dire la loro e a progettare strumenti di comunicazione su temi «sensibili». E hanno risposto costruendo percorsi davvero interessanti su bullismo, alcol, droga, immigrazione, disturbi alimentari e sessualità.

Idee che hanno preso forma nel corso dell'estate 2010, nei campus realizzati dalle Asl di

Prato, Livorno e Arezzo, e che hanno coinvolto 115 ragazzi. I partecipanti hanno elaborato 56 progetti in cinque aree tematiche: amore e sessualità, rischio e divertimento, reti e relazioni, individualità e conformismo, corpo e immagine.

Lo hanno fatto anche grazie all'aiuto di tutor e di esperti del Servizio sanitario toscano, e il loro lavoro si trasformerà in realizzazioni concrete durante quest'anno scolastico, trasformandosi in video, cortometraggi, siti web, blog, cellulare amico, salendo in sella a nuovi e vecchi media, tutti capaci di



Un'immagine del premio

essere compresi dal pubblico di adolescenti a cui si rivolgono, perché alla loro portata o, meglio, di loro uso quotidiano.

Il modello prevalente adottato è infatti quello della peer education, l'educazione tra pari. I progetti realizzati dai ragazzi saranno poi trasferiti nei luoghi di aggregazione giovanile come discoteche e pub, passando per le assemblee studentesche.

E dai progetti giunge un messaggio chiaro alle istituzioni chiamate a programmare azioni sul benessere dei giovani: le azioni hanno un effetto

migliore se sono suggerite dai giovani stessi.

Ma i quindici progetti vincitori, tutti in corso di realizzazione pratica, saranno in grado di promuovere nei loro coetanei comportamenti consapevoli e responsabili, così come da obiettivi del promotore? A giudicare dalla freschezza e dall'originalità delle idee c'è da giurare di sì.

Altre informazioni su www.ditestamia.it.

a cura di
Tiziano Carradori
Agenzia Toscana Notizie

L'IDENTIKIT DEI PROGETTI VINCITORI

Dal manuale d'amore al blog sul bullismo

Difficile scegliere soltanto alcuni, per parlarne più diffusamente, tra i quindici vincitori. Noi ci abbiamo provato. E non ce ne vogliano gli altri, ai quali diamo comunque la loro meritata piccola vetrina.

Per l'area tematica «Reti e relazioni» segnaliamo il progetto «Bulling Valdarno», proposto da Pasquale Vallelunga e Marco Prosperi dell'istituto tecnico «Marco-

Il veicolo principale per informare è soprattutto il web

ni» di San Giovanni Valdarno. Gli autori prevedono l'utilizzo del web come strumento di comunicazione tra il mondo giovanile e quello degli adulti per affrontare il fenomeno del bullismo. Si tratta di un atteggiamento diffuso soprattutto in ambito scolastico, che può provocare nelle vittime l'abbandono scolastico, la mancanza di autostima e l'isolamento. Attraverso la creazione di un sito web, con un forum annesso, viene offerto un am-

biente virtuale in cui i ragazzi, nel più completo anonimato, possano esprimersi e parlare liberamente senza che nessuno li giudichi e li discrimini, innescando una discussione in cui chiunque può intervenire. L'iniziativa sarà pubblicizzata attraverso volantini e manifesti distribuiti nelle scuole.

Appartiene invece all'area «Rischio e divertimento» il progetto «Ma 'ndo vai», di Selmir Suke, Jessica Dell'Aquila, Marco Pallucca dell'istituto tecnico per geometri «Manetti» di Grosseto. Affronta il tema degli incidenti stradali causati da alcol e droga e propone immagini forti e il racconto di storie drammatiche finalizzate al passaggio di conoscenze tra pari. I suoi punti di forza sono l'attualità dell'argomento trattato e la

scelta di un linguaggio suggestivo e diretto. È previsto il coinvolgimento del Comune, che dovrebbe provvedere a parte del finanziamento. Uno sfasciarozze metterà a disposizione auto incidentate, mentre la Croce rossa italiana avrà il compito di coinvolgere i ragazzi in una lezione di primo soccorso, simulando un incidente. Sarà richiesta la collaborazione di volontari di pari status dei destinatari del progetto e di persone che sono state coinvolte in incidenti stradali alle quali sarà chiesto di raccontare la propria storia.

Per l'area «Individualità e conformismo», il progetto «Ma diverso da chi?» di Silvia Squarciotta del liceo scientifico «Copernico» di Prato prevede la creazione di un cortometraggio sull'integrazione nella realtà pratese di ragazzi immigrati. Sarà strutturato in interviste doppie, singole, frammenti di programmi televisivi e film inerenti all'argomento trattato,

oltre a immagini e musiche significative. È incentrato sulla realtà multietnica pratese e attento ai fenomeni di intolleranza. Vuole informare e sensibilizzare i giovani sul tema per suscitare una riflessione. Sarà proiettato in alcuni istituti superiori, in occasione dell'assemblea studentesca mensile, e seguito da un confronto collettivo sul tema. Se ne prevede la diffusione su youtube e sui principali social network.

«Manuale d'amore» è uno dei tre progetti vincitori per il tema «Amore e sessualità». Le autrici Simona Toni e Cristina Casanova del liceo scientifico «Galilei» di Castelnuovo Garfagnana, hanno affrontato il problema delle «parole per dirlo», della timidezza e delle difficoltà degli adolescenti nel comunicare i propri sentimenti. Il percorso progettuale prevede uno scambio tra mondo giovanile, scuola e istituzioni per giungere, attraverso il dialogo, alla stesura di un vero e proprio ma-

nuale per migliorare le relazioni tra ragazzi e ragazze. L'obiettivo è di avvicinare i giovani a questo tema in modo sereno, divertente e non invasivo, in quanto coadiuvati da gruppo di loro pari. Per farlo sono state programmate 16 ore di lavoro di gruppo sotto l'azione di tutoraggio degli operatori della Asl e dei peer.

Due gruppi di giovani dai 14 ai 19 anni, uno maschile e l'altro femminile, si confronteranno su quali suggerimenti offrire all'altro sesso. Poi verrà creato un blog con tutti i consigli ottenuti da ogni scuola e dopo un confronto e una votazione da parte di tutta la popolazione interessata (giovane e adulta), verrà stampato un vero e proprio manuale, da distribuire in tutte le scuole.

Per il tema «Corpo e imma-

gine» il progetto «Friends for life - amici per la vita» di Sonia Mura, Elisa Guidotti, Giulia Pieroni del liceo classico «Machiavelli» di Lucca, si incentra sui disturbi della condotta alimentare. Nato in seguito a un'esperienza vissuta dalle proponenti, ha l'obiettivo di fornire supporto e strumenti ai ragazzi che hanno amici con

problemi di scorretta alimentazione. La proposta è di realizzare un centro di ascolto gestito da un gruppo di peer educator opportunamente formati sulla tematica,

dove i ragazzi possano ricevere indicazioni su come agire. Questa attività sarà svolta per tre pomeriggi alla settimana con il coinvolgimento di uno psicologo di supporto ai peer e ai ragazzi, e con l'attivazione di un cellulare amico, che per due sere a settimana sarà fornito a rotazione a uno dei peer educator.

Lo stile utilizzato è divertente e non invasivo

GLI ALTRI COMPORTAMENTI A RISCHIO SOTTO LA LENTE

Focus su moto, cibo, sesso e sport sano

Nel campus della salute della Asl 4 di Prato è stato elaborato il progetto «Contestarte» di Filippo Giuffrida che intende favorire lo scambio interdisciplinare tra giovani artisti e facilitare la trasmissione delle emozioni attraverso le espressioni creative, un centro di aggregazione artistico e con la realizzazione di una estemporanea finale delle opere realizzate.

Il progetto «Che senso ha?» di Lucrezia Tomberli e Sofia Lamberti vuole promuovere un corretto rapporto con il cibo e una maggiore consapevolezza del proprio corpo e sviluppare nei confronti del cibo e dell'immagine competenze come la creatività, l'autocoscienza, l'empatia, il decision making, il problem solving e il senso critico nei confronti delle immagini trasmesse dai mass media.

Con «Tifo: una questione di famiglia», Clarissa Ciabatti vuole creare una sana sportività nei bambini che

fanno calcio per prevenire comportamenti aggressivi nei confronti dei compagni e degli avversari, favorire il rispetto delle regole, migliorare il rapporto genitori-figli e allievi-alleanatore. «Imperfection is beauty» di Ilaria Tilli e Alessandra Moresi si propone di accrescere l'autostima per vivere più serenamente il rapporto con se stessi e di conseguenza con gli altri valorizzando la propria personalità, intrecciando relazioni interpersonali più sincere, spontanee e profonde, vivendo più serenamente la propria affettività e sessualità attraverso una percezione più reale del proprio corpo, migliorando la gestione delle insicurezze. Dal campus della salute della Asl 8 di Arezzo arriva «Alla pari» di Maura Piomboni e Costanza Belli, che vuol promuovere l'integrazione tra nativi e immi-

grati e anche favorire l'inserimento scolastico dei ragazzi stranieri, diminuire i fenomeni di razzismo nei loro confronti, accrescere la capacità di comunicazione tra i ragazzi, nativi e stranieri.

Con «Save the sex» Sara Fabbri e Nicola della Camera hanno come obiettivo accrescere il benessere psico-fisico e sociale dei ragazzi nell'ambito delle relazioni affettive e promuovere maggiore consapevolezza sui rischi derivanti da rapporti non protetti, sulle malattie sessualmente trasmissibili e sui metodi di prevenzione.

«Un mezzo per nutrirsi di informazioni» di Illesia Magri, Giulia Brandini, Elisa Bonchi, Giulia Pistolesi intende rafforzare l'autostima e accrescere il benessere psico-fisico e sociale dei ragazzi promuovendo

maggiore consapevolezza sui rischi derivanti da uno scorretto rapporto con il cibo e con il proprio corpo.

Nel campus della Salute della Asl 6 di Livorno è nato «Vele nel vento» di Valerio Costa con il quale intende accrescere l'autostima e l'autonomia di ragazzi diversamente abili e con problemi relazionali e comportamentali, sviluppare consapevolezza dell'importanza di vivere a contatto con la natura e di conoscenza del territorio, favorire le relazioni interpersonali e la condivisione delle regole di convivenza, favorire l'acquisizione della capacità di concentrazione e di soluzione dei problemi.

«Una scuola a colori» è stato elaborato da Virginia di Lazzaro, Sara Moricoli, Jessica Zanella che vogliono promuovere il benessere psico-fisico dei ragazzi nell'ambiente scola-

stico, favorire i rapporti socio-relazionali tra docenti, genitori e figli, promuovere un'adeguata accoglienza dei nuovi alunni, aumentare il senso di appartenenza dei ragazzi alla comunità scolastica, rendere più confortevoli gli ambienti scolastici attraverso la loro personalizzazione, prevenire episodi di abbandono scolastico, bullismo e vandalismo.

Con il progetto «Alla ricerca di un equilibrio... e tu da che parte stai?» Luca Bianchi e Marco Siena si propongono di ridurre i comportamenti a rischio dei ragazzi che guidano i ciclomotori, di sensibilizzare, informare e formare i ragazzi dai 17 ai 18 anni in materia di sicurezza stradale al fine di agire come peer educator nei confronti di ragazzi dai 14 ai 16 anni che hanno conseguito il patentino di guida per il ciclomotore, di realizzare un cortometraggio sul tema del rischio e del divertimento e di organizzare un circuito all'aperto per la guida pratica.

PISA

Melanoma e polmone: si sperimenta a Cisanello l'antidoto terapeutico

Un vaccino contro i tumori



Aperti i due studi clinici Magrit e Prame basati su antigeni specifici

Un vaccino terapeutico per il tumore al polmone e il melanoma. La nuova frontiera di cura passa anche da Pisa, dove sono stati aperti due studi clinici, il Magrit (Mage A3 as adjuvant non-small cell lung cancer immunotherapy) e il Prame. La sperimentazione avverrà nel dipartimento cardio-toracico dell'Aou Pisana (stabilimento di Cisanello) diretto da Alfredo Mussi.

Si tratta di un'arma in più, di una ricerca innovativa che potrà essere offerta ai pazienti con tumore polmonare che si rivolgono alla Chirurgia toracica di Pisa. Alla base della sperimentazione c'è un approccio del tutto nuovo al cancro. La

ricerca biologica ha riconosciuto alcuni antigeni specifici, espressi in diverse forme tumorali, e ipotizzato che la loro presenza potesse diventare il punto debole della malattia e la chiave di volta per sconfiggerla.

«Mage A3 - spiega Mussi - è uno di questi antigeni. Lo troviamo in percentuali diverse, nel tumore del polmone non a piccole cellule, nel melanoma, nel carcinoma della vescica e della testa-collo. Nel nostro caso il vaccino, che si avvale anche di uno specifico sistema adiuvante in grado di aumentare l'efficacia, ha l'obiettivo di innescare la risposta immunitaria. Trattandosi

di un vaccino terapeutico e non preventivo, è indicato soltanto dopo l'operazione chirurgica per quei pazienti che presentano l'antigene, vale a dire circa il 30% di chi viene colpito da un tumore del polmone e il 65% dei malati di melanoma. La selezione avviene attraverso un test di ricerca di espressione dell'antigene effettuata sul tessuto tumorale asportato».

L'ospedale di Pisa è uno dei centri d'eccellenza italiani dove è stata aperta la sperimentazione, che durerà 5 anni a partire dall'ultimo paziente arruolato. Sempre a Cisanello, uno dei sei centri italiani autorizzati, è partita la fase I di sperimenta-

zione del Prame, antigene espresso prevalentemente nel melanoma ma anche nel cancro del polmone non a piccole cellule e in altre forme tumorali. Considerando entrambi gli antigeni, Mage A3 e Prame, la percentuale di positività raggiunge circa il 90% per il melanoma e circa il 75% per quanto riguarda il tumore del polmone non a piccole cellule. Sarà quindi possibile, grazie all'abbinamento dei due studi, offrire questa terapia innovativa a un maggior numero di pazienti.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

SIENA

Il trapianto di midollo alle Scotte riesce a neutralizzare la «Mngie»

Effettuato a Siena il primo intervento italiano di trapianto di midollo osseo per curare una grave malattia genetica, la Mngie. L'eccezionale traguardo è stato raggiunto dal Centro trapianti e terapia cellulare del policlinico Santa Maria alle Scotte, diretto da Giuseppe Marotta, con la collaborazione della Uo Neurologia malattie neurometaboliche, diretta da Antonio Federico e della sezione di Malattie neurologiche rare, diretta dalla Maria Teresa Dotti.

La paziente è una giovane di 23 anni della provincia di Siena, colpita da questa malattia dall'esito infausto, conosciuta come encefalopatia mitocondriale neuro-gastrointestinale che colpisce il sistema neurovegetativo, con debolezza agli arti e danni ai muscoli, aggredendo in modo particolare l'apparato digerente e il cervello.

«La sua unica possibilità di salvezza - spiega il dottor Marotta - era rappresentata dal trapianto. La complessità del caso è stata attentamente valutata grazie all'approccio multidisciplinare e alla collaborazione con il reparto diret-

to dal professor Federico, punto di riferimento nazionale per queste patologie, il cui supporto è stato fondamentale». Il midollo è stato donato dal fratello della giovane paziente e il trapianto è stato realizzato grazie alla collaborazione dei dottori Alessandro Bucalossi, Monica Tozzi, Mariapia Lenoci, con il neurologo Francesco Sicurelli e, per il prelievo di midollo, dell'anestesista Pasquale D'Onofrio e della biologa Donatella Raspadori.

Intervento salvavita per sconfiggere la malattia genetica

«Abbiamo diffuso ora la notizia - aggiunge Marotta - a circa sei mesi dalla procedura, perché abbiamo voluto attendere il completo attecchimento del midollo osseo trapiantato. La paziente è in ottime condizioni cliniche e ha completamente recuperato i valori ematologici e normalizzato i livelli dell'enzima carente. Stiamo mettendo a punto un protocollo terapeutico per trattare altri pazienti colpiti da questa grave malattia che non hanno un donatore familiare disponibile».

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

LIVORNO

Nella rianimazione sub-intensiva arrivano quattro posti letto in più

Quattro nuovi posti letto di terapia sub-intensiva sono stati aperti nel reparto di Rianimazione dell'ospedale di Livorno. «Questo arrivo - dice Paolo Roncucci, direttore dell'Unità operativa di Rianimazione e anestesia - porta a un immediato aumento della capacità di accoglienza e assistenza da parte del nostro reparto. Si tratta di un'esigenza estremamente sentita e lo dimostra il fatto che sono già

Ma restano i problemi strutturali dell'ospedale

occupati 3 dei 4 nuovi letti destinati ai pazienti in fase post-operatoria che necessitano di particolari controlli sulle funzioni vitali. Di questa nuova possibilità, che aspettiamo da anni, non posso che essere contento sia come medico sia come cittadino».

Soddisfatto dell'acquisizione anche Maurizio Viti, responsabile dell'Area chirurgica: «In questo modo il nostro ospedale - afferma - compie un importante salto di qualità, anche se certamente restano vivi tutti i problemi strutturali dell'attuale presidio: basta tenere conto che la distanza da percorrere tra il blocco operatorio e la Rianimazione è di circa 600 metri, una distanza

impegnativa per i pazienti, ma che toglie tempo prezioso anche ai nostri infermieri. Avere questi nuovi letti di questo tipo, comunque, era uno dei miei sogni professionali, speriamo che nei prossimi giorni se ne avveri un altro».

La gestione dei nuovi letti sarà affidata a personale infermieristico ricollocato da altre mansioni. «Nei prossimi anni - dice Monica Calamai, direttore generale dell'azienda Usl

6 di Livorno - sarà importante riuscire a utilizzare al meglio le risorse per far crescere i servizi a disposizione. L'arrivo di questi nuovi letti è un traguardo importante, certo rimane il fatto che se la struttura l'avesse permesso avremmo potuto aumentare ulteriormente la capacità di risposta assistenziale. Nella costruzione esistono dei vizi di fondo ineliminabili che dimostrano chiaramente come avere una nuova struttura non sia uno «sfizio», ma una necessità nell'ottica di dare un servizio migliore al cittadino».

Pierpaolo Pioggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

PISTOIA

Diminuiscono gli infortuni nell'Asl: in calo incidenti e giornate perse

Continuano a diminuire gli infortuni nell'azienda sanitaria pistoiense. Dal 2002 il trend è in costante riduzione e anche l'ultimo rapporto mette in luce un andamento in diminuzione sia in termini di eventi che di giornate perse. L'analisi è stata curata dalla Uo Servizio di prevenzione e protezione. Dal 2002 al 2009 gli eventi denunciati dai lavoratori sono in diminuzione costante e l'anno scorso sono stati complessivamente 286 gli infortuni all'interno dell'azienda. Nel 2002 erano stati 470; negli ultimi tre anni siamo passati dai 343 nel 2006 ai 277 nel 2007 ai 289 nel 2008.

Il 49 per cento delle denunce dagli infermieri

Ridotte anche le giornate di assenza che, sempre nel 2009 sono state 3.132 di cui 2.179 riconosciute dall'Inail. Dei 286 infortuni 162 sono stati denunciati all'Inail ai fini assicurativi e di questi 102 sono stati riconosciuti e indennizzati dall'ente. Anche la durata media degli infortuni è in calo: siamo passati dai 21 giorni del 2006 ai 18 del 2007, ai 17 del 2008 e ai 16 nel 2009. «Dai dati risulta un miglioramento, in termini di riduzione, negli anni del fenomeno infortunisti-

co - sottolinea Lippi - e ciò può essere dovuto non solo all'implementazione delle misure di prevenzione e protezione ma anche all'impegno che gli operatori del nostro servizio insieme ai medici competenti hanno profuso nella formazione dei lavoratori in sicurezza e salute, che ha interessato ben 4.954 operatori in soli tre anni». Gli infortuni di rilevanza (dovuti a esempio agli aghi da siringa) sono al primo posto (32%), seguiti dalle cadute e dagli urti (24%), dalla movimentazione manuale di carichi (14%), da quelli in itinere (13%). Le ferite da taglio, gli scontri fisici e gli schiacciamenti rappresentano il 9 per cento.

Gli infermieri sono la categoria che si infortuna di più e ciò è dovuto alla loro superiorità numerica in termini assoluti. L'anno scorso il 49% degli infortuni è stato a carico di questi professionisti, il 22% ha invece riguardato gli operatori socio-sanitari, il 14% i medici, il 5% gli amministrativi e il 3% gli ausiliari.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

IN BREVE

▼ PISTOIA

Terminerà il 18 dicembre la campagna di sensibilizzazione sulla salute mentale promossa dalla Consulta della Salute mentale e organizzata dal Comune di Pistoia e dall'azienda Usl 3, in collaborazione con la Provincia di Pistoia e il patrocinio del Cesvot (Centro servizi volontariato Toscana), e l'aiuto delle associazioni «Oltre l'orizzonte», «Solidarietà e rinnovamento», «Polisportiva La Giostra» e «Rosa Spina», per celebrare la VII giornata nazionale della salute mentale del 5 dicembre. A Pistoia e provincia si svolgerà una serie di eventi per richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica sui problemi dei pazienti affetti da disturbo mentale e dei loro familiari. Sono previsti incontri pubblici, convegni, momenti ricreativi e di socializzazione nel segno dello sport, del teatro e dell'arte.

▼ LUCCA

L'azienda Usl 2 di Lucca è protagonista alla rassegna «Dire e fare», promossa da Anci Toscana e Regione Toscana e dedicata al miglioramento sostanziale delle attività nella pubblica amministrazione. Nei quattro giorni della manifestazione, che si è chiusa il 20 novembre alla Fortezza da Basso di Firenze, l'azienda sanitaria lucchese ha presentato tre suoi progetti: «Rete di reti per la salute» (per coinvolgere alla diffusione delle campagne di comunicazione), il «Progetto Tobino» (per valorizzare la storia della psichiatria lucchese), progetto «DTTFabbriche» (sperimentazione del digitale terrestre per lo sviluppo dei servizi sanitari). Inoltre molti operatori dell'Asl 2 hanno partecipato ad alcuni tra i più importanti eventi e convegni che hanno caratterizzato la rassegna.

▼ EMPOLI

Ben 1.425.000 euro è stato finanziato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema del Dipartimento della qualità del ministero della Salute. Sommati ai 75mila euro già finanziati dalla Regione Toscana, consentiranno la realizzazione del progetto per il Centro di cure palliative «Santa Verdiana» di Castelfiorentino, oltre alle opere collegate tra le quali il nuovo ingresso al presidio ospedaliero e la realizzazione di nuovi ambulatori. Lo attesta il decreto del ministero della Salute del 27 ottobre scorso. «Quando ottenuto conferma la validità del percorso avviato nella riqualificazione dell'ospedale di Castelfiorentino quale centro di eccellenza del sistema sanitario» ha dichiarato il direttore generale dell'Asl 11 Eugenio Porfido.

▼ PRATO

Il 24 novembre al piano terra dell'Unità operativa Oncologia dell'ospedale Misericordia e Dolce di Prato è stata inaugurata una sala multimediale destinata ai pazienti, ai loro familiari, al personale sanitario e ai dipendenti dell'azienda Usl 4. Nella sala al piano terra sono stati sistemati schermo panoramico, postazione pc, librerie, sedie e tavolo per riunioni con libri e riviste a disposizione. È in questo spazio che i pazienti potranno trovare più confortevole la loro permanenza in ospedale. Chi è ricoverato o in attesa di una visita ambulatoriale potrà accedere alla sala per leggere, vedere film, navigare su internet. La stessa sala è adatta anche per accogliere incontri e riunioni per il personale sanitario e i dipendenti dell'azienda Usl 4.



Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

**MA
DOVE?
IN
BIBLIO
TECA.**

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN
GRESSO
LIBERO

INTER
NET
PER
TUTTI

GIORNALI
E
RIVISTE

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

**IN
CONTRI
STUPE
FACENTI**

MUSICA
E
FILMSERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua
www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche