

Sanità Toscana

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

Supplemento
al n. 17
anno XIII del 4-10 maggio 2010

Accoglienza e sicurezza sono le priorità

di Giancarlo Berni *

La Regione Toscana, attraverso il Consiglio sanitario regionale, organismo tecnico consultivo della Giunta e del Consiglio regionale, unica realtà nel panorama nazionale, ha ritenuto opportuno costituire, con delibera n. 90/2006, l'Osservatorio permanente sul sistema di emergenza urgenza. Grazie all'approvazione della delibera n. 446 del 31 marzo 2010 sono state approvate le linee di indirizzo alle aziende sanitarie per l'implementazione del sistema di emergenza-urgenza, definite dai cinque gruppi di lavoro all'uopo costituiti.

La filosofia del lavoro dei gruppi è stata quella di rispettare, in ogni condizione, la centralità del paziente con accoglienza rapida, sicura e rassicurante, adeguata alla criticità improvvisa.

Il superamento della distinzione tra emergenza territoriale e ospedaliera e la programmazione omogenea di tutta la prima fase del soccorso, sostenuta anche con una lettura uniforme attraverso un metodo protocollare delle richieste, rappresenta garanzia di efficacia e sicurezza del sistema. Le difficoltà riscontrate nel pronto soccorso, dovute per lo più alle lunghe attese, mal sopportate dai cittadini, hanno suggerito l'opportunità di attuare nuovi percorsi e comportamenti rivolti soprattutto all'umanizzazione, indispensabile per promuovere il rapporto di fiducia in una condizione di com-

CONTINUA A PAG. 2

RIFORME

Varate le linee guida dell'Osservatorio permanente sul sistema di urgenza

L'emergenza volta pagina

Percorsi ad hoc per ustionati e politraumatizzati - Triage, si cambia

Implementare e omogeneizzare i livelli di assistenza e rendere sempre più sicuro il percorso sanitario del paziente in emergenza-urgenza (E-U) intra ed extra ospedaliera. È questo l'obiettivo delle linee di indirizzo cui le aziende sanitarie dovranno conformarsi per la programmazione e l'organizzazione delle loro attività. Già nel 2006, al fine di acquisire elementi informativi e formulare proposte operative sull'essenziale tematica dell'E-U, la Toscana costituì un apposito organismo regionale: l'Osservatorio permanente sul sistema di emergenza-urgenza.

Successivamente furono costituiti, all'interno di tale Osservatorio, specifici gruppi di lavoro che, facendo riferimento agli obiettivi definiti nel Psr 2008-2010, approfondirono gli aspetti di maggiore interesse e fornirono indicazioni operative per le aziende. Così sono state identificate cinque tematiche principali: il sistema di emergenza territoriale, la gestione dei flussi in ingresso e in uscita dal pronto soccorso (Ps) ed eventuali azioni di miglioramento di quest'ultimo, la gestione del paziente politraumatizzato e del grande ustionato. Particolare attenzione fu posta per garantire, tra i costituenti i gruppi di lavoro, l'interprofessionalità, con la rappresentanza di tutte le discipline dell'E-U.

L'elaborato per la gestione del paziente politraumatizzato rappresenta il tema di maggior interesse avendo definito gli algoritmi decisionali, in caso di trauma maggiore, per la scelta dell'ospedale di destinazione (hub o spoke) del paziente, sia adulto che in età pediatrica e affrontando anche le necessità correlate alla radiologia d'emergenza (logistica, tecnologia e aspetti organizzativi), alle aree intensive e sub-intensive di supporto alla rete del trauma e alle cosiddette "vie veloci" dedicate alla patologia traumatica maggiore, sia nella fase diagnostica che in quella di cura. Ha specificato, inoltre, criteri di base per il trattamento di casi particolari di trauma, quali quello pediatrico, in gravidanza, epatico, nella chirurgia della mano oppure associato a coagulopatia o a intossicazione.



AZIENDA SANITARIA 10

Dolore toracico sotto esame a Firenze

Approvato un progetto da 54mila euro per migliorare il pronto soccorso

Valutare e definire gli interventi per il miglioramento dell'assistenza ai pazienti traumatizzati e non che accedono al pronto soccorso assicurando un approccio coordinato multidisciplinare per consentire l'ottimizzazione dei tempi e del comportamento terapeutico. Queste le finalità del progetto dell'azienda sanitaria 10 di Firenze «Percorsi di miglioramento del pronto soccorso e dei percorsi del traumatizzato», approvato con la delibera n. 353 del 22 marzo 2010. Per il biennio 2010/2011 le azioni previste riguarderanno il percorso di valutazione del dolore toracico, la discharge room e i flussi del e dal pronto soccorso e l'ottimizzazione della gestione del paziente con fibrillazione atriale in medicina d'urgenza.

Per la realizzazione del progetto saranno destinati all'azienda interessata 54mila euro. Per quel che riguarda il percorso di valutazione del dolore toracico gli obiettivi da realizzare sono: lettura e interpretazione uniforme del dispatch di centrale; scelta del mezzo di soccorso; scelta dell'ospedale più indicato; accoglienza la più "intensiva" possibile e disponibilità di una diagnostica anche invasiva adeguata e di una angiografia interventistica oltre all'allertamento dei reparti chirurgici.

Il gruppo di lavoro sul sistema di emergenza territoriale ha descritto, nel suo documento, il sistema nel suo complesso e le sue finalità, e ha convenuto sull'esigenza di un dispatch regionale, al fine di garantire un'omogeneità di risposta all'E-U da parte di tutte le centrali operative 118 toscane.

Il gruppo di lavoro sul Ps ha definito linee di indirizzo relative all'accoglienza, al triage in Ps e alla razionalizzazione dei percorsi intraospedalieri, con particolare riguardo alla diagnostica per immagini, all'osservazione breve e alla sperimentazione del modello "see and treat", quale risposta alle urgenze minori in Ps, mentre quello sulla gestione del percorso assistenziale del paziente ospedaliero ha valutato positivamente la figura del "bed manager", svolta da un medico della direzione sanitaria di presidio e si è soffermato sulla necessità della "discharge room", quale area di scambio pazienti, indispensabile qualora non vi sia sincronia fra dimissione dai reparti e reale liberazione del posto letto. Infine l'elaborato sulla gestione del grande ustionato si è orientato verso l'esigenza di implementare il Centro ustioni di riferimento regionale dell'azienda ospedaliero universitaria pisana.

Tali linee di indirizzo costituiranno pertanto un essenziale e prezioso punto di riferimento per tutte le aziende sanitarie della Regione Toscana, che dovranno, previa concertazione in Area vasta e coinvolgendo le rappresentanze sindacali, provvedere a elaborare le migliori sinergie per effettuare quanto suggerito nell'ottica della sempre maggior efficacia ed efficienza del sistema di E-U.

Valerio Del Ministro

Dirigente responsabile Settore assistenza sanitaria

Fabio Arnetoli

Consulente Regione Toscana per sistema di emergenza-urgenza

Silvia Montelatici

Responsabile Po sul Sistema di emergenza-urgenza Regione Toscana

TESTI A PAG. 4-6 (PRIMA PARTE)

CONTROCANTO

Ma i centri "spoke" non siano trascurati

Daniilo Zuccherelli *, Dario Rosini **

L'approccio dal basso che ha generato la deliberazione della Giunta regionale n. 446 del 31 marzo 2010 ha arricchito estesamente i principi, i contenuti e le soluzioni dal punto di vista dell'efficacia del sistema di emergenza-urgenza toscano, ribadendo la sua alta "mission" e il suo elevato livello di credibilità. Riman-

gono tuttavia aperti alcuni interrogativi.

Il primo concerne la percezione che la formulazione di questi principi e linee guida non sia accompagnata da soluzioni organizzative coerenti rispetto al processo di razionalizzazione del sistema. Ad esempio, il tema

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ **Coma lungo: reparto a Pontremoli**

Approvato dalla Giunta regionale il progetto sperimentale per l'attivazione di un reparto ospedaliero per il ricovero di pazienti in stato di coma prolungato presso il presidio ospedaliero di Pontremoli, azienda sanitaria locale 1 di Massa Carrara. La nuova struttura sarà localizzata presso lo stabilimento ospedaliero di Pontremoli nel blocco delle degenze: quest'area (di circa 300 mq) permette di dislocare agevolmente i 12 posti letto richiesti; si presenta facilmente raggiungibile dai reparti che forniscono prestazioni di consulenza; è collegata a mezzo ascensore all'area della diagnostica per immagini; garantisce adeguata privacy. (Delibera n. 307 del 15/03/2010)

▼ **Via libera alla sinergia Regioni-Ccm**

La Giunta regionale ha definito i soggetti individuati per realizzare le linee progettuali descritte nel progetto regionale «Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le Province autonome e il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie - Esercizio finanziario 2008», nonché le risorse finanziarie assegnate per il raggiungimento degli obiettivi di ogni macroarea del progetto Sistemi di sorveglianza "Passi" e "OKkio alla salute"; Implementazione a livello regionale del regolamento Reach; Programmazione e sviluppo dei piani regionali di prevenzione. (Delibera n. 292 del 08/03/2010)

ALL'INTERNO

Trasfusioni, il piano 2010

A PAG. 2

Massa e Carrara: conti a posto

A PAG. 3

Laparoscopia, boom a Pistoia

A PAG. 7

MODELLI

Approvato il nuovo programma del sistema trasfusionale regionale



Sangue, le strategie del 2010

Più donazioni e più appropriatezza - Tecnologie in aiuto dei donatori

Il 31 marzo la Giunta regionale ha approvato il programma d'azione 2010 del Sistema trasfusionale toscano, un sistema complesso che costituisce un efficiente modello di rete i cui nodi principali sono costituiti da strutture trasfusionali, associazioni di volontariato e aziende sanitarie. Il Centro regionale sangue, che costituisce il fulcro della rete e ne rappresenta lo strumento di governance, come tutti gli anni ha definito il programma d'azione, uno strumento fondamentale per armonizzare la raccolta di emocomponenti (sangue, plasma, piastrine ecc.) con il fabbisogno regionale stabilendo obiettivi quali-quantitativi in modo da poter soddisfare le necessità sanitarie sempre crescenti del nostro Servizio sanitario regionale. Tale percorso inizia con la definizione insieme al Centro nazionale sangue del programma nazionale di autosufficienza. I programmi regionali, infatti, contribuiscono alla sua definizione.

Gli obiettivi della programmazione 2010 sono stati assegnati alle aziende sanitarie sulla base dell'indice di donazione di sangue e plasma per 1.000 abitanti calcolato sulla popolazione regionale 18-65 anni, cioè la fascia di età che può donare. Tale indicatore misura la propensione a donare e presenta in Regione Toscana un'ampia variabilità. Rispetto a un indice di donazione di emazie medio di 76 ci sono variazioni da 55 a 91, mentre per quanto riguarda il plasma a fronte di un indice medio di

Azienda sanitaria	Gli obiettivi assegnati			
	Indice donazione Emazie x 1.000 ab. 18-65 aa Anno 2009	Indice donazione plasma x 1.000 ab. 18-65 aa Anno 2009	Obiettivo Emazie (unità) Anno 2010	Obiettivo plasma da Aferesi (unità) Anno 2010
Azienda Usl 1 - Massa Carrara	83	29	11.223	3.873
Azienda Usl 2 - Lucca	91	37	13.067	5.272
Azienda Usl 3 - Pistoia	57	20	11.015	3.915
Azienda Usl 4 - Prato	55	15	9.198	2.548
Azienda Usl 5 - Pisa	86	40	8.232	3.821
Azienda Usl 6 - Livorno	70	37	16.218	8.628
Azienda Usl 7 - Siena	88	13	8.223	1.129
Azienda Usl 8 - Arezzo	79	25	17.950	5.786
Azienda Usl 9 - Grosseto	74	27	10.938	3.968
Azienda Usl 10 - Firenze	76	16	24.519	5.511
Azienda Usl 11 - Empoli	70	39	10.941	6.070
Azienda Usl 12 - Viareggio	84	41	9.467	4.524
Azienda Osp. Univ. Careggi	-	-	11.585	2.392
Azienda Osp. Univ. Senese	-	-	6.907	1.078
Azienda Osp. Univ. Pisana	-	-	10.583	4.907
Azienda Osp. Univ. Meyer	-	-	3.939	618
Totale Regione Toscana	76	26	184.004 (+4,21%)	64.041 (+4,09%)

26 il valore oscilla da 13 a 41. È stato assegnato un obiettivo del +4% alle aziende in linea con l'indice medio regionale e del 5% a quelle con un indice di donazione inferiore; solo le aziende ospedaliero-universitarie, in virtù dei nuovi compiti legati all'accentramento degli esami di qualificazione biologica in Area vasta, hanno avuto obiettivi inferiori. Si tratta indubbiamente di obiettivi sfidanti, sia per il sistema trasfusio-

nale, sia per le associazioni di volontariato, ma è indispensabile che l'obiettivo venga raggiunto in modo da poter garantire la piena operatività degli ospedali toscani.

La programmazione è articolata in tre macroobiettivi:

- piano di produzione emocomponenti tale da garantire il fabbisogno stimato senza eccessive variazioni infraannuali, evitando il ripetersi di periodi di grave carenza alternati a periodi di eccedenza;

- governo clinico capace di assicurare l'appropriatezza d'uso, il grado di sicurezza delle attività trasfusionali, l'ottemperanza degli atti regionali per l'accentramento degli esami di sierologia nei Centri di qualificazione biologica. La visione tende a superare l'obiettivo strettamente quantitativo per spostare l'attenzione su aspetti qualitativi, di buon uso del sangue, attraverso gli organismi deputati a farlo come i Comitati del buon uso del sangue attivi in

tutte le aziende e ai sempre presenti aspetti di sicurezza;

- aggiornamento del sistema informativo al fine di renderlo coerente con il sistema informativo nazionale Sistra e implementazione dell'agenda informatizzata delle prenotazioni delle donazioni. Quest'ultimo strumento messo a disposizione dei donatori permette di prenotare la propria donazione di sangue o plasma evitando inutili attese. La prenotazione che il donatore potrà effettuare presso la propria associazione di appartenenza o presso il Centro trasfusionale non è assolutamente obbligatoria, è solo una possibilità in più per facilitare la donazione risparmiando tempo e scegliendo in assoluta libertà quando andare a donare.

Nel percorso che porta alla costruzione del programma d'azione sono basilari alcuni concetti: il conseguimento dell'autosufficienza di sangue e plasmaderivati è subordinato a un efficiente funzionamento in rete delle strutture trasfusionali, a livelli di attività delle associazioni di volontariato coerenti con i bisogni pianificati e strettamente coordinati con le strutture; lo scopo della programmazione è garantire l'autosufficienza regionale e nazionale che supera il concetto di autosufficienza «del proprio ospedale o del proprio territorio».

Simona Carli

Direttore Centro regionale sangue

IL SEGNA LIBRO



di Roberto Tatulli

«ELI & MO» INSEGNANO AI BAMBINI A NON CASCARE NELLA «RETE» E A RICONOSCERE GLI AMICI VERI

L'ultimo volume della collana «lo sto bene - i libri che si prendono cura di te»

■ Insegnare ai bambini a non cascare nella rete, intesa come web e social network, spesso fonte di insidie per i più piccini. È il tema che affronta il quarto volume «Eli & Mo, amici in rete» della collana editoriale «lo sto bene - i libri che si prendono cura di te». Realizzata da Regione Toscana, Fondazione Meyer e Giunti Progetti Educativi il volume è stato presentato il 24 aprile a Firenze, Biblioteca delle Oblate, Area ragazzi in via dell'Oriuolo 26.

«Eli & Mo, amici in rete» tratta con delicatezza e originalità, attraverso la storia di un'amicizia tra una mosca e un elefante, il tema delle dipendenze tecnologiche che riguarda le nuove generazioni che navigano sui social network. Si evidenzia il complicato e talvolta contraddittorio rapporto di amicizia

via internet e amicizia «dal vivo», in un mondo in cui tutto, anche i rapporti interpersonali, passa sempre più sui monitor dei computer. Grazie alle divertenti avventure dei protagonisti i bambini scopriranno che il computer non può sostituire il contatto umano né va demonizzato: è sufficiente farne un uso consapevole e moderato. L'autore e illustratore del libro è Roberto Luciani. La collana è disponibile nelle librerie, ma possono essere richieste copie gratuite per gli ambulatori dei pediatri di libera scelta. Per informazioni e per richiedere le copie gratuite scrivere a promozionedellasalute@regione.toscana.it.

Gli altri volumi della collana «lo sto bene»:

«Non chiamarmi passerotto!» - Il numero 0 a cura di Anna Sarfatti racconta in modo leggero e scherzoso i diritti del bambino in ospedale. Il ricovero, ma anche la semplice visita in ospedale, porta il bambino in un ambiente sconosciuto, con persone mai viste (il personale medico e paramedico), in nuovi spazi, con esperienze di cura. Questo libro di

filastrocche spiega tutto, raccontando i diritti dei bambini in una struttura speciale come l'ospedale. «Ziri sulla Luna - il viaggio dell'anestesia» - Il numero 1, sempre di Anna Sarfatti, è dedicato alla tematica dell'anestesia pediatrica. Attraverso le divertenti storie di Ziri, una piccola zebra, viene spiegato ai piccoli lettori che cosa significa sottoporsi a un'anestesia, insegnando, anche con l'aiuto di simpatiche illustrazioni, come ci si prepara, che cosa si prova e che cosa si può o non si può fare prima e dopo. «Billi Acchiappapaura» - Billi è il protagonista del numero 2. Al suono del motto «paura acchiappata, mezza passata», attraverso piccole storie edificanti, spiega ai quattro paurosi protagonisti e ai suoi lettori che cosa sono la paura e il coraggio. Spiega come convivere e farsi «amiche» le paure, come superare le più frequenti fobie dei piccoli e piccolissimi. Scritto a quattro mani da Maria Loretta Giraldo e Giulia Orecchia, il libro si rivolge a tutti quei piccoli pazienti che devono affrontare un ricovero, con tutti i timori e le domande che questa esperienza porta con sé.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

della copertura delle zone meno densamente abitate sembra lasciato alla dialettica che si sviluppa tra le aziende e le istituzioni locali. Forse qualche parametro di riferimento sarebbe utile. Lo stesso discorso si può fare riguardo alla definizione di regole generali per garantire non solo l'efficacia ma anche l'efficienza dell'assistenza nelle zone di confine, intra ed extra regionali.

La seconda notazione ha a che fare con la consapevolezza del ruolo da parte degli operatori: in altre parole, ognuno deve sapere in che parte opera, cosa gli viene chiesto e a quale struttura deve rispondere. La formazione diventa allora centrale e deve essere almeno di Area vasta se non addirittura regionale. Ma la formazione dovrà valorizzare soprattutto il ruolo e la

natura delle strutture «spoke». Infatti, poiché l'alternativa all'ospedalizzazione è quella di portare quanto più possibile la salute vicino «alla porta di casa» dei cittadini, la risposta locale del sistema di emergenza-urgenza deve rimanere ed essere potenziata, data la sua efficacia e la tranquillità che è stata capace di generare nella popolazione che vive nelle aree meno urbanizzate della Toscana. Non dovranno mai esserci timori circa la possibilità che il sistema tenda alla centralizzazione degli interventi più impegnativi e importanti lasciando ai centri «spoke» la risposta ai bisogni di minore rilevanza. E questo nell'ottica di conseguire la massima riduzione della mortalità e delle disabilità evitabili.

L'ultima osservazione riguarda

il pronto soccorso, che eroga una enorme quantità di prestazioni sanitarie realmente urgenti o percepite tali dai cittadini, e costituisce il punto di ingresso verso il ricovero ospedaliero appropriato. Esso deve continuare a svolgere anche queste funzioni, oltre a sviluppare una analoga capacità di governo dei percorsi in uscita dall'ospedale.

L'Osservatorio permanente sul sistema di emergenza-urgenza avrà un compito prioritario nei prossimi anni, quello di monitorare la coerenza tra le soluzioni adottate localmente e le linee di indirizzo dettate dalla delibera.

* Direttore sanitario Asl 9 Grosseto

** Staff della Direzione generale Asl 9 Grosseto

Accoglienza e sicurezza... (segue dalla prima pagina)

prensibile incertezza emotiva. Gli assetti proposti sono orientati ad attivare una sempre più pronta risposta, sia ai problemi complessi che soggettivi, ma da considerare sempre come appropriati per tutti gli utenti, da offrire in un contesto accogliente e comprensivo. La rete del trauma, con l'individuazione degli ospedali adeguati per i bisogni del singolo e la scelta conseguente fin dal primo soccorso del nosocomio più adeguato ai bisogni, e non quello più vicino, è garanzia di sicurezza. Sono stati forniti protocolli per la promozione assistenziale, come indicato nei Piani sanitari, soddisfacendo esigenze specifiche delle diverse patologie nate dal trauma o preesistenti, per garantire l'eccellenza del sistema.

I documenti contengono indirizzi operativi coerenti con i principi della Regione Toscana, utilizzando la professionalità già certificata, con specifici programmi formativi regionali, dei suoi sanitari, al fine di garantire la dignità e la tutela della persona e la sicurezza di interventi moderni ed efficaci su tutto il territorio. Il sistema dell'emergenza-urgenza, con l'attuazione dei documenti che rappresentano linee di indirizzo, risulterà sempre più maturo e adeguato alla nostra cultura regionale. Il compito dell'Osservatorio sarà quello di monitorare gli ulteriori sviluppi sostenibili del sistema.

* Responsabile Osservatorio permanente sul Sistema di emergenza-urgenza

SSR AI RAGGI X La Deloitte&Touche promuove lo stato patrimoniale della Asl I

Massa e Carrara, conti Doc



Revisione superata: si passa al bilancio - Regole condivise dagli operatori

La Deloitte&Touche Spa ha di recente concluso l'attività di revisione contabile dello stato patrimoniale (al 31 dicembre 2008) dell'azienda Usl I di Massa e Carrara e ha formalmente espresso un giudizio positivo su di esso. Infatti, la Regione Toscana presta particolare attenzione al patrimonio delle aziende sanitarie, riconoscendo a esso la funzione di strumento fondamentale per il raggiungimento dei fini di interesse della collettività, per il reperimento di maggiori risorse proprie e non solo finalizzato al riequilibrio della gestione.

Attraverso una corretta e soprattutto dinamica inventariazione dei beni viene attuato un costante controllo e monitoraggio del patrimonio, finalizzato all'individuazione dei beni considerati "disponibili" e quindi immediatamente gestibili in termini reddituali e dei beni "indisponibili" i quali anche in risposta alla normativa dell'accreditamento istituzionale dovranno essere idonei allo svolgimento delle attività istituzionali.

La rilevanza del valore delle immobilizzazioni presenti nello stato patrimoniale, ha contribuito alla necessità di procedere a verifiche di attendibilità del dato, fino ad arrivare alla revisione contabile. L'oggetto della revisione contabile è stato limitato al solo stato patrimoniale e non all'intero bilancio, in quanto l'ottenimento del giudizio di revisione esteso anche al conto economico necessita della verifica delle rimanenze iniziali. Questa condizione non può essere ovviamente rispettata il primo anno in cui si sottopone il bilancio a revisione.

La revisione contabile nell'azienda Usl I di Massa e Carrara si è sviluppata in tre fasi. La prima è stata finalizzata ad analizzare alcune delle più significative procedure aziendali esistenti al fine di accertare l'affidabilità dei sistemi del controllo interno; la seconda all'analisi di dettaglio delle voci dello stato patrimoniale; la terza è stata improntata sulla verifica dell'operazione Ranpc (Rettifiche per adeguamento nuovi principi contabili - delibera Rt 131/2004).



Gruppo Uo gestioni economiche e finanziarie Asl I Massa e Carrara

1343/2004) del 2005.

Più dettagliatamente, per l'analisi dell'attendibilità dello stato patrimoniale la Deloitte&Touche Spa ha iniziato le attività nei primi giorni di gennaio 2009, controllando lo svolgimento delle operazioni di rilevazione delle rimanenze a fine esercizio, sia nei magazzini farmaceutici ed economici che nei presidi dell'azienda (nei reparti ospedalieri).

L'attività dei revisori è poi proseguita a fine gennaio presso L'Uo Gestioni economiche e finanziarie, che ha permesso di ricostruire la composizione e l'evoluzione nel tempo di tutte le poste dello stato patrimoniale, sia attraverso la fornitura di documentazione, sia con l'illustrazione delle modalità adottate nel corso degli ultimi anni per le elaborazioni dei bilanci di esercizio.

La terza e ultima fase ha impegnato l'azienda a fornire tutta la documentazione di supporto alla ricostruzione dell'operazione Ranpc, ossia «Rettifiche per adeguamento ai nuovi principi contabili», che ha lo scopo di omogeneizzare i dati dei bilanci delle aziende sanitarie, a seguito dell'approvazione dei nuovi principi contabili regionali (delibera Rt 131/2004).

Da ultimo, la società di revisione non ha riscontrato nello stato patrimoniale dell'azienda errori per inesattezze significative e la revisione contabile si è quindi conclusa con esito positivo. Nel

novembre scorso la Deloitte & Touche Spa ha pertanto formalmente espresso un giudizio positivo sullo stato patrimoniale al 31 dicembre 2008 dell'azienda Usl I di Massa e Carrara. In futuro, per l'esercizio al 31 dicembre 2009, l'azienda proseguirà nella revisione contabile che riguarderà il bilancio nella sua interezza.

La revisione contabile ha dato modo al personale coinvolto di avere una visione del proprio lavoro non contestualizzata al servizio di appartenenza, ma inserita all'interno del contesto aziendale. Tutto ciò ha contribuito a una crescita professionale che rappresenta un valore aggiunto in termini di organizzazione aziendale. L'attività di revisione contabile ha portato inoltre a uno sviluppo delle regole condivise da parte di tutti gli operatori, regole formalizzate nel manuale delle procedure amministrative contabili adottato dall'azienda fin dal 2007. Con il raggiungimento dell'obiettivo della revisione contabile l'azienda ha dimostrato il possesso di conti in ordine e la capacità di garantire, grazie al sistema di controllo interno: l'attendibilità dei dati prodotti; la salvaguardia del patrimonio aziendale; il rispetto delle norme di legge vigenti; la trasparenza dei documenti contabili.

Giuseppe Battistini
Ufficio Relazioni esterne e marketing Asl I Massa e Carrara

L'ESPERIENZA DELLA COMUNITÀ PEDAGOGICO-RIABILITATIVA

Alla Brugiana dipendenze trattate «full immersion» e senza medicinali

Nasce nel 1982 come concretizzazione operativa del cammino di formazione di alcuni cristiani decisi a vivere radicalmente la loro fede e tramite l'opera di Adriano Cacciatore, si struttura in collegamento con la Comunità di San Patrignano. Fin dall'inizio della sua attività ha cercato di dare una risposta articolata e più completa al problema del recupero dalle dipendenze.

Dal 1985 si trasferisce a Massa sul monte Brugiana, in completa autonomia da San Patrignano, i primi ospiti sono circa una decina e con loro alcuni bambini. Oggi «La Brugiana» è un vero e proprio piccolo villaggio di montagna che accoglie oltre 100 persone, dal 1989 ha il riconoscimento di ente ausiliario della Regione Toscana ed è iscritto all'albo. Nel '91 è tra gli enti fondatori del Ceart (Coordinamento enti ausiliari Regione Toscana).

La vera "missione" è quella che ha condotto i fondatori a spendere la propria esistenza verso coloro a cui deve almeno rimanere il diritto alla speranza, ai quali deve essere indicata una

prospettiva e una possibilità di recupero alla libertà di una vita le cui condizioni possano essere accettabili. Dietro ogni tossicodipendente c'è una persona che ha sentimenti, desideri, aspirazioni, passioni, una persona violentata che soffre e non ha bisogno né di legalizzazioni né di droga, ma di amorevole solidarietà. Una persona che può essere recuperata.

La metodologia sviluppata all'interno della Comunità nasce da un presupposto fondante, «il bisogno imprescindibile di esprimere la propria interiorità». La peculiarità dell'intervento terapeutico è la scelta da parte di responsabili, operatori ed educatori di condividere la vita degli ospiti 24 ore al giorno, ciò rende possibile trasformare l'esistenza quotidiana in "vita terapeutica", com-

pletata dall'affiancamento di altre figure terapeutico-educative quali il psicologo, il pedagogista e il sacerdote. All'interno del percorso di recupero, è escluso l'uso di metadone e di sostanze alternative o psicofarmaci. Questo metodo "a totale immersione" costituisce l'ossatura della Brugiana.

Le attività svolte all'interno della Comunità sono svariate: giardinaggio e florovivaismo, serricoltura, allevamenti zootecnici con attività collegate (oleificio, caseificio, salumificio), agricoltura, apicoltura, muratura, carpenteria, officina meccanica e fabbro, falegnameria, impiantistica, idro-termo-sanitaria ed elettrica, pastificio, panificazione, pasticceria, lavanderia, attività di sartoria e a queste si aggiungono attività ricreative e artistiche quali la lavorazione della ceramica e del vetro.

È previsto anche il recupero dell'istruzione scolastica, che permette il conseguimento della licenza media, o degli ultimi anni della scuola superiore e in alcuni casi è possibile anche l'accesso a studi universitari. È inoltre possibile accedere anche ai corsi di qualificazione periodicamente organizzati dall'agenzia formativa della Comunità, accreditata dalla Regione Toscana.

Numerose le collaborazioni esistenti sia territoriali che extraterritoriali, in particolare con i servizi sociali territoriali, con l'ufficio servizio sociale per i minori e i tribunali per minorenni di Firenze e di Genova, con la Prefettura di Massa e Carrara, con il carcere di Massa, con il Ceart e con la diocesi di Massa. La Comunità è convenzionata con l'azienda Usl I di Massa e Carrara, la convenzione ha validità sia sul territorio regionale che nazionale.

Roberta Valerio
Ufficio Relazioni esterne e marketing Asl I Massa e Carrara



La Comunità di Monte Brugiana

LA STRUTTURA COINVOLTA IN UN PROGETTO UE SULLA CRIOABLAZIONE

Aritmologia interventistica d'eccellenza

Presso l'Uo di Cardiologia di Massa è oggi disponibile un servizio di Aritmologia interventistica in grado di svolgere tutte le tipologie di intervento aritmologico note a livello mondiale. Si tratta di uno dei tanti interventi che negli ultimi anni, con l'evoluzione tecnologica e scientifica avvenuta nel settore aritmologico, ha modificato sostanzialmente l'identità del Laboratorio di elettrofisiologia e cardiostimolazione, ampliandone i campi di diagnosi e terapia. Il grado di complessità delle procedure diagnostico-terapeutiche è notevolmente aumentato, passando dai semplici impianti di pacemaker e studi elettrofisiologici, a tecniche interventistiche rivolte al trattamento di patologie complesse quali gli impianti di pacemaker e defibrillatori biventricolari

per il trattamento dello scompenso cardiaco, l'ablazione transcateretere con mappaggio tridimensionale per la fibrillazione atriale, e l'estrazione di elettrocateretere infetti o non più funzionanti.

In particolare l'ablazione transcateretere con radiofrequenza è sicuramente la tecnica più moderna e accattivante per la possibilità di eliminare in maniera definitiva e quasi sempre con una singola procedura molte delle più frequenti aritmie veloci (tachicardie), mediante una sottile sonda che raggiunge il cuore attraverso la puntura di un vaso. Tra le tecniche di ablazione transcateretere, quella usata per il trattamento della fibrillazione

atriale è senza dubbio la metodica più complessa. La fibrillazione atriale è oggi l'aritmia di più frequente riscontro nella pratica clinica, rappresenta un fattore di rischio indipendente di mortalità cardiovascolare ed è una patologia altamente invalidante da un punto di vista sintomatologico, tanto da rappresentare una delle cause più frequenti di accesso in Pronto soccorso e di perdita di ore lavorative con evidente impatto economico. La fibrillazione atriale è inoltre uno dei fattori di rischio maggiori di eventi ischemici acuti cerebrali (ictus cerebrali).

L'ablazione della fibrillazione atriale presso l'Aritmologia di Massa viene attuata utilizzando le più moderne

tecnologie attualmente disponibili. In particolare viene utilizzato il sistema Carto, un sistema di mappaggio che consente la ricostruzione tridimensionale dell'atrio sinistro del paziente, che verrà integrata con la ricostruzione ottenuta tramite Tac o Rmn eseguita prima dell'intervento, rendendo possibile dirigere il catetere nella "reale" anatomia del singolo paziente e permettendo di ridurre al minimo l'utilizzo dei raggi X. Altra tecnica estremamente avanzata utilizzata durante questo tipo di intervento è l'ecocardiografia intracardiaca. Essa fornisce un importante aiuto come guida in alcune fasi dell'intervento e permette inoltre di monitorizzare ed eseguire una dia-

gnosi precoce di eventuali complicanze (versamento pericardico, formazione di trombi intraatriali). L'ultima evoluzione della metodica è il Carto-Sound che consente la ricostruzione intraprocedurale dell'anatomia dell'atrio sinistro in tempo reale.

È in fase di acquisizione una nuova metodica ablativa che utilizza la crioablazione, nell'ambito di un progetto di ricerca europeo in cui il centro di Massa è fra i pochi centri italiani coinvolti. La crioablazione ha la potenzialità di semplificare le procedure di ablazione della fibrillazione atriale e di ridurre le possibili complicanze.

Giuseppe Arena
Servizio Aritmologia Asl I Massa e Carrara

DOCUMENTI Al via le linee di indirizzo dell'Osservatorio permanente che puntano a uniformare e a migliorare il sistema regionale di emergenza



Pronto soccorso, ecco il vademecum per le aziende

Le tappe per ridisegnare le urgenze: dalle centrali 118 modello "dispatch" all'informatizzazione e alle innovazioni per il triage

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO (FINE PRIMA PARTE)

Pubblichiamo la delibera n. 441 del 31 marzo 2010 relativo all'«Osservatorio permanente sul sistema di emergenza-urgenza - Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie». In particolare sono pubblicati gli allegati «A» e «B» della stessa delibera. I restanti allegati («C», «D», «E») saranno pubblicati sul prossimo numero.

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa di:

1) approvare i documenti, Allegati A, B, C, D ed E, parti integranti e sostanziali del presente atto, elaborati dall'Osservatorio permanente sul sistema di emergenza/urgenza tramite i gruppi di lavoro costituiti con deliberazioni Gr n. 1015/2007 e n. 24/2008, contenenti linee di indirizzo cui le aziende dovranno, previa concertazione in Area vasta, conformarsi per la programmazione e l'organizzazione delle loro attività;

2) stabilire che l'attuazione delle linee di indirizzo, richiamate al precedente punto 1), debba avvenire nel rispetto del sistema di relazioni sindacali previsto dalle disposizioni contrattuali vigenti;

3) incaricare la direzione generale del Diritto alla salute e delle politiche di solidarietà di trasmettere le predette linee di indirizzo alle aziende sanitarie;

4) precisare che l'attuazione del presente provvedimento non comporta alcun onere aggiuntivo a carico del bilancio regionale.

Allegato A

OSSERVATORIO PERMANENTE SUL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA DELLA REGIONE TOSCANA

«Gruppo di lavoro sistema di emergenza territoriale» Sistema regionale

Servizio di Emergenza 118 Descrizione, finalità e obiettivi

Premessa
L'emergenza sanitaria territoriale in Regione Toscana risulta garantita dall'attività di 12 sistemi di Emergenza sanitaria territoriale 118, organizzati dalle aziende sanitarie territoriali ciascuna per il proprio territorio di competenza:

Az. Usl I Centrale operativa 118

Massa Carrara

Az. Usl 2 Centrale operativa 118 Lucca

Az. Usl 3 Centrale operativa 118 Pistoia

Az. Usl 4 Centrale operativa 118 Prato

Az. Usl 5 Centrale operativa 118 Pisa

Az. Usl 6 Centrale operativa 118 Livorno

Az. Usl 7 Centrale operativa 118 Siena

Az. Usl 8 Centrale operativa 118 Arezzo

Az. Usl 9 Centrale operativa 118 Grosseto

Az. Usl 10 Centrale operativa 118 Firenze

Az. Usl 11 Centrale operativa 118 Empoli

Az. Usl 12 Centrale operativa 118 Versilia

La rete di Emergenza sanitaria territoriale si avvale, inoltre, dell'attività del servizio di elisoccorso regionale costituito da 3 elibasi ubicate a Firenze, Massa Carrara e Grosseto. Le basi di Massa Carrara e Grosseto garantiscono sia l'attività diurna che notturna, mentre la base di Firenze garantisce esclusivamente l'attività diurna.

Ogni Area vasta risulta essere così costituita (vedi tabella 1).

Finalità

Il sistema di Emergenza sanitaria territoriale 118 della Regione Toscana, sulla base della normativa vigente (Linee guida n. 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Dpr del 27 marzo 1992), è finalizzato a garantire il mantenimento delle migliori condizioni di salute possibile mediante interventi che permettono di conseguire la riduzione della mortalità e delle disabilità evitabili, conseguenti a emergenze sanitarie, indipendentemente dalle cause che le hanno determinate, assicurando l'assistenza extraospedaliera attraverso:

- la centralizzazione sul numero 118 delle richieste telefoniche di assistenza sanitaria di emergenza/urgenza provenienti da tutto il territorio regionale;
- il necessario intervento sanitario, effettuato direttamente sul territorio laddove si verifica l'evento, mediante l'invio di mezzi ed equipaggi di soccorso;
- il trasporto verso un dipartimento di emergenza accettazione/pronto soccorso, quando indicata per l'assistito l'ospedalizzazione;
- il coinvolgimento di altre componenti assistenziali se non risulta necessaria l'ospedalizzazione.

L'organizzazione del sistema di Emergenza sanitaria territoriale in ambito regionale prevede, inoltre, l'intervento in rete delle proprie articolazioni operative anche in situazioni di emergenza/urgenza derivanti da eventi di carattere eccezionale, sia di origine naturale che antropica, che compromettano contemporaneamente le condizioni sanitarie di un numero elevato di persone e/o interessino le strutture ospedaliere al punto da determinare la necessità di parziale o totale evacuazione dei pazienti e del personale.

Il soccorso sanitario in corso di eventi di carattere straordinario, infatti, eccede le normali capacità dei servizi territoriali competenti, sia in termini di risorse umane che di mezzi,

materiali e strumenti operativi a disposizione, e rende necessaria la massimale integrazione e coordinamento tra attività territoriali, ospedaliere, e tutti gli altri soggetti chiamati a operare nell'ambito di attività, procedure e modelli di intervento tipici della protezione civile e/o della difesa civile.

Il complesso delle attività svolte dai sistemi di Emergenza sanitaria territoriale 118 della Regione Toscana risulta finalizzato a garantire risposte omogenee, appropriate, efficaci, sia dal punto di vista organizzativo che tecnico-professionale, a mezzo del coordinamento, attivazione e gestione delle risorse disponibili per l'attività di soccorso e trasporto sanitario di emergenza/urgenza, ispirandosi a principi di:

- efficienza ed efficacia: perseguendo il continuo miglioramento dei servizi erogati e adottando le soluzioni tecnologiche, organizzative e procedurali più funzionali allo scopo;
- continuità dell'attività: erogando i servizi regolarmente, senza interruzioni, e adottando i provvedimenti necessari al fine di ridurre al minimo il disagio per gli utenti in caso di interventi di manutenzione programmata o critica derivanti da cause di forza maggiore;
- eguaglianza e imparzialità del trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, senza alcuna discriminazione tra le diverse aree geografiche e tra diverse categorie o fasce di utenti.

I sistemi di Emergenza sanitaria territoriale 118, nell'espletamento delle loro funzioni fondamentali (ricezione delle richieste di soccorso, valutazione del grado di complessità e criticità dell'intervento, definizione dell'appropriata tipologia di risposta necessaria, attivazione dei mezzi ed equipaggi più idonei alla tipologia di intervento, coordinamento e gestione degli stessi, individuazione del migliore percorso di cura), rappresentano il primo e insostituibile anello della catena della sopravvivenza, indispensabile per:

- incrementare la percentuale di successi terapeutici in emergenza/urgenza nei pazienti ad alto rischio;
- minimizzare i ritardi terapeutici;
- rendere tempestivi i trattamenti definitivi;
- limitare per quanto possibile la discontinuità di trattamento intensivo del paziente critico;
- valorizzare le procedure di stratificazione del rischio in emergenza/urgenza, a supporto sia della scelta di trasporto o meno al Dea/pronto soccorso, sia dell'appropriato presidio ospedaliero di destinazione.

Il sistema di Emergenza sanitaria territoriale 118 della Regione Toscana, pertanto, deve poter garantire, con la massima omogeneità e uniformità possibile, su tutto il territorio regionale, l'adeguata e uniforme lettura della richiesta di soccorso al fine di scegliere la migliore strategia di assistenza sanitaria dal momento iniziale della richiesta telefonica, pervenuta a una delle centrali 118 presenti, fino all'arrivo al più adatto dipartimento di emergenza ospedaliero, il quale interverrà e continuerà l'assistenza necessaria per l'assistito. Per il perseguimento di tale obiettivo risulta imprescindibile:

- un'adeguata e uniforme lettura del dispatch;
- un'organizzazione funzionalmente integrata tra tutte le strutture e i servizi, deputata a garantire l'assistenza sanitaria di emergenza urgenza sia extra che intraospedaliera in sequenza logica, coordinata e sinergica al fine di realizzare la continuità terapeutica tra territorio e ospedale;
- la chiara definizione di obiettivi, ruoli, funzioni e responsabilità;
- la gestione delle risorse assegnate in un'ottica di ottimizzazione e razionalizzazione mirata all'uso appropriato delle stesse;
- la realizzazione di interconnessioni funzionali ottimali con altri enti deputati al soccorso e con le associazioni di volontariato e la Cri;
- la creazione di percorsi formativi omogenei, specifici, interdisciplinari, e la programmazione di iniziative di formazione e aggiornamento sulla base di una corretta rilevazione dei bisogni, strumento essenziale per il buon funzionamento dell'organizzazione e per il potenziamento delle singole professionalità presenti all'interno del sistema, nell'ottica di offrire al cittadino servizi sempre migliori;

L'obiettivo di base è quello di rendere omogenee le risposte

La necessità di implementare in Regione Toscana un sistema "dispatch", (Linee guida n. 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Dpr del 27 marzo 1992) nasce dall'esigenza di rendere omogenea la risposta all'emergenza sul territorio regionale, ottimizzando l'operato dei sistemi 118 della Regione Toscana e garantendo la migliore assistenza sanitaria possibile in situazioni di emergenza/urgenza attraverso:

- l'ottimale intervista telefonica e la corretta valutazione della criticità e complessità dell'evento;
- l'intervento sul luogo dell'evento di mezzi ed equipaggi di soccorso più adeguati per numero e tipologia alle necessità, in relazione alle risorse disponibili;
- il trasporto in sicurezza verso il dipartimento di Emergenza;
- accettazione/pronto soccorso più appropriato a garantire l'idoneo percorso di diagnosi e cura.

Obiettivi
Gli obiettivi generali del "sistema dispatch 118 Regione Toscana" sono:

- rendere omogenea la risposta dei sistemi di Emergenza sanitaria territoriale su tutto il territorio regionale;
- ridurre la componente soggettiva e personale degli operatori di centrale di interpretazione e di azione, in relazione agli eventi di emergenza/urgenza sanitaria;
- identificare e adottare una corretta metodologia di intervista telefonica;
- identificare gli indicatori di priorità (clinici, dinamici e situazionali) di riferimento, utili per la corretta attribuzione del codice di criticità;
- identificare i criteri di attivazione e gestione (criteri quantitativi e qualitativi) delle risorse operative territoriali;

SISTEMA REGIONALE DISPATCH RICERCA E GESTIONE DELLE RICHIESTE TELEFONICHE DI SOCCORSO NELLE CENTRALI OPERATIVE 118

Premessa
I sistemi di Emergenza sanitaria territoriale 118 della Regione Toscana risultano organizzati per garantire:

- la centralizzazione delle richieste telefoniche di emergenza/urgenza;
- l'attivazione di mezzi ed equipaggi di Emergenza sanitaria territoriale in grado di garantire i necessari trattamenti sul luogo dell'evento e, se indicato, il trasporto verso il dipartimento di Emergenza accettazione/pronto soccorso più adeguato alle condizioni del paziente.
- Le centrali operative 118, nell'espletamento delle loro funzioni fondamentali di ricezione delle richieste di soccorso, valutazione del grado di complessità e criticità dell'intervento, definizione dell'appropriata tipologia di risposta necessaria, attivazione dei mezzi ed equipaggi più idonei alla tipologia di intervento tra quelli a disposizione, coordinamento e gestione degli stessi fino al termine dell'intervento stesso, rappresentano il primo e insostituibile anello della catena della sopravvivenza ai fini della riduzione della mortalità evitabile e della grave disabilità, conseguenti a emergenze sanitarie, indipendentemente dalle cause che le hanno determinate.

La centrale operativa, pertanto, deve poter definire, con la massima precisione possibile, il grado di criticità e complessità dell'evento accaduto e, conseguentemente, attivare l'intervento più idoneo utilizzando le risorse a disposizione.

La necessità di implementare in Regione Toscana un sistema "dispatch", (Linee guida n. 1/1996 sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del Dpr del 27 marzo 1992) nasce dall'esigenza di rendere omogenea la risposta all'emergenza sul territorio regionale, ottimizzando l'operato dei sistemi 118 della Regione Toscana e garantendo la migliore assistenza sanitaria possibile in situazioni di emergenza/urgenza attraverso:

- l'ottimale intervista telefonica e la corretta valutazione della criticità e complessità dell'evento;
- l'intervento sul luogo dell'evento di mezzi ed equipaggi di soccorso più adeguati per numero e tipologia alle necessità, in relazione alle risorse disponibili;
- il trasporto in sicurezza verso il dipartimento di Emergenza;
- accettazione/pronto soccorso più appropriato a garantire l'idoneo percorso di diagnosi e cura.

Obiettivi
Gli obiettivi generali del "sistema dispatch 118 Regione Toscana" sono:

- rendere omogenea la risposta dei sistemi di Emergenza sanitaria territoriale su tutto il territorio regionale;
- ridurre la componente soggettiva e personale degli operatori di centrale di interpretazione e di azione, in relazione agli eventi di emergenza/urgenza sanitaria;
- identificare e adottare una corretta metodologia di intervista telefonica;
- identificare gli indicatori di priorità (clinici, dinamici e situazionali) di riferimento, utili per la corretta attribuzione del codice di criticità;
- identificare i criteri di attivazione e gestione (criteri quantitativi e qualitativi) delle risorse operative territoriali;

SISTEMA REGIONALE DISPATCH RICERCA E GESTIONE DELLE RICHIESTE TELEFONICHE DI SOCCORSO NELLE CENTRALI OPERATIVE 118

Premessa
I sistemi di Emergenza sanitaria territoriale 118 della Regione Toscana risultano organizzati per garantire:

- la centralizzazione delle richieste telefoniche di emergenza/urgenza;
- l'attivazione di mezzi ed equipaggi di Emergenza sanitaria territoriale in grado di garantire i necessari trattamenti sul luogo dell'evento e, se indicato, il trasporto verso il dipartimento di Emergenza accettazione/pronto soccorso più adeguato alle condizioni del paziente.
- Le centrali operative 118, nell'espletamento delle loro funzioni fondamentali di ricezione delle richieste di soccorso, valutazione del grado di complessità e criticità dell'intervento, definizione dell'appropriata tipologia di risposta necessaria, attivazione dei mezzi ed equipaggi più idonei alla tipologia di intervento tra quelli a disposizione, coordinamento e gestione degli stessi fino al termine dell'intervento stesso, rappresentano il primo e insostituibile anello della catena della sopravvivenza ai fini della riduzione della mortalità evitabile e della grave disabilità, conseguenti a emergenze sanitarie, indipendentemente dalle cause che le hanno determinate.

(segue da pagina 4)

Le seguenti attività:

- localizzare il luogo dell'evento, ovvero ove necessita l'intervento di soccorso sanitario territoriale;
- identificare la "capacità informativa" dell'interlocutore telefonico relativamente alle condizioni dello scenario e della/e vittima/e;
- acquisire le informazioni di base necessarie per riuscire a definire lo scenario presente, la sicurezza della scena, la necessità di intervento congiunto di altri Enti deputati al soccorso tecnico o necessari per il supporto in fase di intervento;
- procedere con l'intervista finalizzata alla raccolta di informazioni necessarie all'individuazione degli indicatori di priorità, utili per l'attribuzione del codice di criticità (indicatori di tipo clinico, dinamico, situazionale);
- identificare il sintomo (o l'evento accaduto) principale, motivo della chiamata, in maniera da "mirare" l'intervista e la successiva raccolta dati;
- definire il "giudizio di sintesi" attribuendo il codice di priorità presunta (codice colore) comprensivo della codifica prevista relativa al luogo ove si è verificato l'evento e alla patologia presunta (orientamento patologico);
- fornire (se necessario) le informazioni e le istruzioni pre-arrivo ai presenti sulla scena in attesa dell'arrivo dei soccorsi;
- attivare le opportune risorse operative territoriali (sanitarie e non sanitarie) per l'effettuazione dell'intervento di soccorso;
- coordinare e gestire il soccorso itinerare fino al termine del soccorso stesso.

Descrizione

Con il termine "dispatch" si identifica un "sistema integrato e complesso" adottato dalle centrali operative 118, comprendente una serie di azioni sistematiche, standardizzate e omogenee al fine di gestire in maniera ottimale ed efficace le richieste telefoniche di soccorso pervenute dal territorio.

Il dispatch si compone dei seguenti elementi:

- **Triage telefonico**
Per "trriage telefonico" s'intende un processo decisionale dinamico mirato alla valutazione di ogni singola richiesta telefonica di soccorso sanitario che, sulla base delle informazioni ottenibili, esprime un giudizio di priorità d'intervento, mediante l'attribuzione di un codice di criticità. In sintesi il triage è un'opera di "selezione" delle telefonate afferenti alla centrale operativa 118 in maniera da evidenziare "quali richieste di soccorso sono prioritarie rispetto ad altre";

- **capacità assistenziale equipaggi di soccorso (appropriatezza);**
- **necessità di altri Enti di soccorso (logistica).**

b) Coordinamento dello svolgimento del soccorso: ovvero le azioni rivolte al monitoraggio, controllo e riscontro delle operazioni di soccorso. Tale coordinamento comprende l'aspetto decisionale riguardante:

- eventuali rendez-vous o ulteriori attivazioni di mezzi di soccorso contestuali o successive (logistica territoriale);
- criteri di ospedalizzazione dei coinvolti (percorsi di cura);
- adeguate comunicazioni con tutti

indicatori di rischio" (clinici, situazionali e di dinamica dell'evento) rilevabili telefonicamente.

c) Copertura costante del territorio di competenza: ovvero osservazione continua dei movimenti presenti nella globalità del territorio per quanto riguarda la possibile sperequazione tra interventi in corso, risorse disponibili, ricettività dei Dea ospedalieri, richieste di intervento ancora da evadere, richieste che potrebbero nell'immediato sopravvenire. Lo scopo è quello di garantire l'immediatezza del soccorso, in qualsiasi momento, sull'intero territorio controllato.

Vincoli
La produzione e l'adozione di un sistema dispatch di centrale 118 è vincolata dagli elementi sottoelencati:

- osservanza e rispetto della normativa nazionale e regionale vigente;
- osservanza delle conoscenze scientifiche validate a livello nazionale e internazionale in materia;
- adeguata informazione e formazione del personale operante nei sistemi 118 in relazione alle procedure costitutive l'intero sistema dispatch;
- adozione di un sistema parallelo di verifica e valutazione continua (VrQ, McQ) del sistema dispatch adottato, comprensivo di standard di riferimento, per la misurazione, il monitoraggio e il miglioramento del sistema stesso nel tempo.

Eventi auspicabili
Sono auspicabili, per l'implementazione di un sistema dispatch regionale efficiente, i sottoelencati fattori:

- adozione di un software di centrale inerente il dispatch, unico per tutte le centrali presenti sul territorio regionale;
- creazione di un Gruppo regionale permanente (e di un corso apposito) per la formazione omogenea del personale operante nelle centrali 118.

gli attori coinvolti nel soccorso (flussi informativi).

Allegato B
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL SISTEMA DI EMERGENZA/URGENZA DELLA REGIONE TOSCANA
"Gruppo di lavoro Progetto di miglioramento del pronto soccorso"

Progetto di miglioramento del pronto soccorso della Regione Toscana

Dalla riflessione del Gruppo sui dati e sulle problematiche emerse dall'indagine regionale oltre che dalla constatazione della progressiva crescita, nel triennio 2005-2007, del numero degli accessi in Ps (dei quali circa un terzo classificato come problema minore "non urgente"), è nato un documento programmatico sulle azioni di miglioramento del pronto soccorso (Ps) toscani.

L'indagine ha rilevato alcuni problemi principali:

- l'assenza in diversi Ps di strutture organizzative professionali dedicate;
- la mancanza in molti Ps di Unità di osservazione breve;
- la mancanza di una diagnostica per immagini e di un laboratorio dedicato in molti Ps regionali con conseguente rallentamento dei tempi di risposta degli esami;
- informatizzazione insufficiente sia per il livello gestionale che per la verifica/raccolta dati;
- caratteristiche disomogenee nel triage con estrema disomogeneità nell'attribuzione dei codici colore, in conseguenza dei differenti processi formativi delle aziende sanitarie.

L'identikit delle Aree vaste (tabella 1)

Area Vasta					
SEDE DI ELIBASE: 118 Firenze	Toscana nord-ovest	SEDE DI ELIBASE: 118 Massa Carrara	Toscana sud-est	SEDE DI ELIBASE: 118 Grosseto	
Toscana centro	118 Firenze 118 Empoli 118 Prato 118 Pistoia	118 Massa Carrara 118 Lucca 118 Versilia 118 Livorno 118 Pisa	Toscana sud-est	118 Grosseto 118 Siena 118 Arezzo	

Cosa si vuole uniformare (tabella 2)

Centrali operative	L'agire delle Centrali operative 118 per quanto attiene a: - le procedure di "codifica" e "invio mezzi" (dispatch) - i sistemi tecnologico-informativi a disposizione - le professionalità presenti nelle centrali
Mezzi di soccorso territoriali	La disponibilità dei mezzi di soccorso territoriali per ciascuna centrale operativa definendo: - la "tipologia" dei mezzi a disposizione (livelli operativi) - il "personale" presente a bordo (capacità operativa)
Dislocazione territoriale delle risorse	I criteri di dislocazione delle risorse sul territorio devono essere finalizzati: - all'intercettazione del bisogno assistenziale per le situazioni di emergenza/urgenza; - ai modelli organizzativi migliori dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia - all'adeguata copertura territoriale nonostante la diversità geografiche in cui operare, relative a densità abitativa, orografia, viabilità, flussi turistici, insediamenti produttivi, epidemiologia locale, distanze dai presidi ospedalieri
Percorsi di cura	I percorsi di cura, con particolare riferimento ai "criteri di centralizzazione delle patologie tempo-dipendenti" e organo-dipendenti e alle procedure integrate e condivise con le strutture ospedaliere accettanti l'assistito. Nello specifico per problematiche quali: - stroke - sindromi coronariche acute - politraumi - patologie pediatriche/neonatali - ustioni - patologie psichiatriche - intossicazioni/avvelenamenti - chirurgia della mano/amputazioni
Modelli operativi di intervento	I "modelli di intervento" sempre più tesi alla soddisfazione non solo quantitativa della domanda, ma soprattutto qualitativa. Il soccorso pre-ospedaliero rappresenta la prima e spesso decisiva fase di un percorso valutativo-terapeutico, che trova naturale conclusione all'interno dell'ospedale. Onde garantire omogenei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale occorre uniformare: - le linee guida diagnostico-terapeutiche di riferimento - le procedure operative in uso - le modalità di gestione degli interventi di soccorso
Formazione	La formazione del personale medico e infermieristico, nonché del personale non sanitario identificato come "soccorritore", definendo: - il corretto percorso formativo di accesso al sistema - la formazione complementare per la manutenzione nel tempo, delle competenze necessarie
Indicatori di verifica e valutazione	Gli "standard" e gli "indicatori di verifica" per quanto riguarda la valutazione e il miglioramento continuo nel tempo della funzionalità dei sistemi 118 presenti sul territorio, soprattutto per quanto attiene al monitoraggio di: - criteri di attivazione del servizio di elisoccorso regionale - performance del "sistema dispatch" adottato dalla Regione - criteri di centralizzazione delle patologie tempo-dipendenti e organo-dipendenti - outcome dei pazienti con patologie tempo-dipendenti - livello di formazione e aggiornamento del personale coinvolto

Progetto di miglioramento del pronto soccorso della Regione Toscana

Dalla riflessione del Gruppo sui dati e sulle problematiche emerse dall'indagine regionale oltre che dalla constatazione della progressiva crescita, nel triennio 2005-2007, del numero degli accessi in Ps (dei quali circa un terzo classificato come problema minore "non urgente"), è nato un documento programmatico sulle azioni di miglioramento del pronto soccorso (Ps) toscani.

L'indagine ha rilevato alcuni problemi principali:

- l'assenza in diversi Ps di strutture organizzative professionali dedicate;
- la mancanza in molti Ps di Unità di osservazione breve;
- la mancanza di una diagnostica per immagini e di un laboratorio dedicato in molti Ps regionali con conseguente rallentamento dei tempi di risposta degli esami;
- informatizzazione insufficiente sia per il livello gestionale che per la verifica/raccolta dati;
- caratteristiche disomogenee nel triage con estrema disomogeneità nell'attribuzione dei codici colore, in conseguenza dei differenti processi formativi delle aziende sanitarie.

organizzativa della struttura di Ps... correlato agli accessi dei codici a bassa priorità, nasce dall'acquisizione/accettazione di una realtà di fatto: "la profonda modificazione del bisogno di salute percepito come urgente... la dimensione rassicurante della complessità ed efficacia diagnostico-terapeutica del pronto soccorso ritenute ormai necessarie per risolvere qualsiasi bisogno urgente".

Nasce quindi la necessità di un paradigma culturale diverso che tenda a "farsi maggiormente carico dell'insieme dei bisogni del cittadino continuando a mantenere e rendere più efficaci le prestazioni proprie dell'emergenza/urgenza".

La sfida proposta è quella di riuscire a integrare la nuova visione del pronto soccorso come luogo appropriato di risposta del bisogno di salute percepito urgente (urgenza come "evento acuto" anche soggettiva) con le funzioni fondamentali del Ps rivolte alle emergenze/urgenze complesse: Primo inquadramento diagnostico; Terapia d'urgenza; Stratificazione prognostica; Scelta dell'esito.

(continua a pag. 6)

Versione Pdf dell'Allegato al n. 17 del 4-10/05/2010 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/08 Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

(segue da pagina 5)

Le azioni da implementare, individuate dal Gruppo, sono le seguenti:

a) Miglioramento degli aspetti relativi all'accoglienza e alla presa in carico attraverso la definizione delle caratteristiche e delle risorse per una nuova e separata attività, con contenuti di natura amministrativa e alberghiera (accoglienza, registrazione, informazione) diversa dagli aspetti specificamente sanitari (triage);

b) Omogeneizzazione e modernizzazione dell'attività di triage riconosciuto come il momento della reale presa in carico del bisogno sanitario del cittadino, separata dall'attività di accoglienza, e organizzata in modo da garantire la privacy del paziente;

c) Velocizzazione/razionalizzazione dei percorsi in particolare attraverso:

- **Potenziamento servizio diagnostica per immagini:** (oltre i 30mila accessi il servizio deve essere esclusivo e dotato di almeno Tc multistrato, diagnostica convenzionale, ecografo multidisciplinare);

- **Attivazione o potenziamento dell'attività/area di osservazione breve funzionalmente collegata al Ps,** nella misura di un posto ogni 4-6mila accessi, riservata ai pazienti che dopo la prima fase di inquadramento necessitano di un ulteriore periodo di osservazione, non superiore alle 24 ore, per giungere a una decisione di esito (dimissione o ricovero) in sicurezza e con appropriatezza;

- **Diversificazione dei percorsi** (ambulatori codici minori, sperimentazione del modello See&Treat in Ps);

- **Superamento del blocco in uscita** attraverso una serie di azioni che migliorino i flussi dal Dea verso i reparti e dai reparti verso il territorio;

- **Potenziamento del livello di informatizzazione** sia in termini di gestione del percorso assistenziale che in termini di collegamento con gli altri servizi (diagnostica per immagini, di laboratorio).

d) Indicazioni sulle necessità strutturali che corrispondano alle nuove esigenze organizzative e funzionali.

A seguito di tali linee di indirizzo ogni azienda ha costruito un suo piano interno relativo al progetto di miglioramento del Ps. Il Gruppo di lavoro ha effettuato ulteriori indagini conoscitive in merito al livello di implementazione dei progetti nelle diverse aziende, in particolare in merito allo stato e alle modalità dell'attivazione della funzione di accoglienza, al potenziamento della diagnostica per immagini, all'attivazione/potenziamento dell'osservazione breve e alla funzione di triage.

Accoglienza

Allo stato attuale la funzione di accoglienza è stata attivata in tutte le aziende, generalmente con orario diurno 8-20 (solo in un Ps anche notturno). Il personale utilizzato tuttavia è stato vario: principalmente Oss ma anche hostess (personale di cooperative), servizio civile, psicologi. La formazione data agli operatori e le funzioni effettivamente svolte sono piuttosto disomogenee fra le diverse aziende. Nella maggior parte dei casi il personale è stato comunque impiegato prevalentemente per svolgere funzioni di accoglienza "alberghiera" o di supporto "psicologico" nei confronti del cittadino e solo in alcune realtà svolge anche funzioni amministrative.

In considerazione di tutto ciò è nata la necessità di unificare il processo formativo del personale addetto (Dgr 601 del 13/07/2009) creando dei percorsi formativi omoge-

nei nei contenuti in tutta la Regione, in modo da definire con più chiarezza i confini delle attività svolte che comprendono, oltre ai classici aspetti dell'accoglienza all'ingresso, anche funzioni che rientrano nell'umanizzazione dell'intero percorso (dall'accettazione alla dimissione) e possono essere anche di carattere amministrativo (appuntamenti per le visite di controllo, gestione del ritorno a casa etc) (Dgr 1315/2009), consentendo così di sollevare il personale sanitario e di non gravare sull'assistenza clinico-sanitaria.

È stata inoltre posta concreta attenzione, sempre in tema di "accoglienza", al problema dei migranti che vedono nel Ps la più immediata e facile risposta ai loro bisogni di salute e necessitano di un approccio culturale diverso dato il diverso background culturale, la diversa concezione della salute e le diverse aspettative di cure (Progetto "Migrant friendly hospital"). Un primo studio settoriale ha evidenziato che le modalità di utilizzo del Ps da parte dei cittadini stranieri non si distanzia molto da quello dei cittadini italiani. Diversi sono i motivi per cui ci si rivolge e il tasso di gravità.

Il triage: omogeneizzazione e modernizzazione dell'attività

Il Gruppo, proseguendo l'attività nella direzione tracciata dal documento, ha iniziato un processo di standardizzazione-omogeneizzazione dell'attività di triage che ha riconosciuto i seguenti momenti:

1) Formalizzazione di un Gruppo regionale formatori triage (coordinato nelle sue attività dal Gruppo regionale per il progetto di miglioramento del Ps), al quale con il Dd 2556/2008 vengono demandati "compiti di formazione-aggiornamento, verifica e innovazione in materia di triage". Il Gruppo è multiprofessionale (medici e infermieri) e rappresentativo delle tre Aree vaste in ragione del numero di Ps per Area vasta. La costituzione del Gruppo e la definizione dei suoi compiti garantisce la continuità operativa dei formatori e permette la costituzione di una rete fra tutti i pronto soccorso regionali al fine di supportare la nascita in ognuno di un gruppo multiprofessionale per il miglioramento della qualità nel triage.

2) Conferma di un sistema a cinque livelli di priorità, ridefinizione dei codici colore con l'introduzione del dolore quale elemento in grado di spostare il codice priorità, definizione di un nuovo patto col cittadino rispetto a tempi di attesa e modalità di funzionamento del Ps in base agli indirizzi della Dgr 140/2008 (vedi tabella 3).

3) Revisione della metodologia generale e del processo decisionale previsto dal modello toscano di triage; **elaborazione di algoritmi decisionali** quale nuovo ed essenziale strumento del processo decisionale, inerenti i seguenti 19 problemi principali di presentazione al triage: cefalea, difficoltà respiratoria, disturbo neurologico focale, dolore addominale, dolore lombare mal di schiena, dolore toracico, emorragia digestiva, intossicazione acuta, manifestazioni cutanee, palpitazioni, perdita di coscienza, soluzione di continuo parti molli, trauma addominale, trauma arti, trauma cranico, trauma toracico, trauma vertebrale, ustioni, vertigini.

Gli algoritmi decisionali sono stati approvati con parere n. 11/2010 del Consiglio sanitario regionale.

La ridefinizione del codice colore

Codice colore	Definizione	Tempi di accesso
Rosso	- Situazione di emergenza - Imminente pericolo di vita - Assenza o compromissione di una funzione vitale identificata tramite valutazione immediata Abcd	Accesso immediato
Giallo	- Potenziale pericolo di vita - Minaccia di cedimento o instabilità di una funzione vitale - Dolore 8-10 Visual acuity scale (Vas) - Urgenza non differibile	Accesso rapido (il personale del Ps si appresta per ridurre al minimo i tempi di attesa)
Verde	- Problema acuto, non critico - Nessuna compromissione delle funzioni vitali - Indicatori d'urgenza da valutare per l'intensità e l'attualità riferita - Dolore 5-7 Vas - Urgenza differibile	Accesso differito dopo i casi più urgenti (rosso e giallo) possibilmente non oltre 60'
Azzurro	- Problema acuto, di scarsa rilevanza, obiettivamente - Nessuna compromissione delle funzioni vitali - Assenza di indicatori d'urgenza - Dolore 1-4 Vas (la prestazione non riveste carattere di urgenza)	Accesso previsto dopo i codici rosso, giallo e verde; l'attesa non è superiore a 180'
Bianco	- Problema non acuto (insorto oltre 48 h) e/o di minima rilevanza - Dolore assente - Urgenza percepita dall'utente o dall'accompagnatore	Accesso dopo tutti gli altri codici

4) Adozione di un nuovo programma formativo (Dd 2556/2008) vincolante per l'esercizio in Regione Toscana e che prevede lo sviluppo di competenza tecnico-professionale e relazionale anche attraverso innovative tecniche didattiche quali e-learning e il role playing, svolto in laboratorio.

5) Implementazione dei nuovi contenuti a livello regionale tramite l'organizzazione di corsi di formazione per Area vasta, base e retraining (con cadenza biennale) rivolta a infermieri stabilmente assegnati in Ps. Fra il 2008 e il 2009 sono stati formati circa 700 infermieri.

6) Attività mirata all'innovazione, alla ricerca e al miglioramento continuo della funzione di triage in Regione Toscana. Sono state attuate delle prime verifiche della ricaduta della formazione tramite uno studio effettuato su un campione di 1.600 schede raccolte in uno stesso giorno in 20 Ps toscani. Come dato rilevante è da segnalare una maggiore omogeneità di assegnazione dei codici rispetto all'indagine del 2007, confermata anche dall'analisi dei dati del flusso a eventi dai Ps regionali attivato con Dgr 773/2009. È stato inoltre attivato un "tavolo" di confronto con altre iniziative regionali nell'ottica di un possibile sviluppo di un nuovo sistema nazionale di triage.

7) Sviluppo della qualità documentale attraverso l'informatizzazione con l'adozione di una scheda di triage con caratteristiche comuni in tutta la Regione (Dgr 1315/2009) e la conduzione, a cura del Gruppo toscana triage, di un'indagine annuale su dati quantitativi del triage dei Ps toscani anche grazie all'interrogazione periodica dei dati del flusso a evento dai Ps regionali.

Velocizzazione/razionalizzazione dei percorsi

- **Potenziamento servizio diagnostica per immagini:** allo stato attuale il 63% dei Ps ha una radiologia esclusiva o parzialmente esclusiva (esclusiva in termini di radiologia tradizionale ed eco). Si è realizzato un potenziamento nella maggior parte delle aziende della diagnostica per immagini dopo la deliberazione Gr n. 140/2008 sia in termini di personale che di strumentazione.

- **Osservazione breve:** letti di osservazione breve sono stati attivati in tutte le aziende, in ragione, come previsto, del numero di accessi in Ps.

- **Diversificazione dei percorsi:** la sperimentazione del modello See&Treat in Ps.

Nel gennaio 2007 è maturata

l'idea dell'introduzione della metodica See&Treat nei Ps della Regione ad alto volume di attività al fine di snellire il lavoro di Ps con conseguente diminuzione dei tempi di attesa e permanenza.

Il "See&Treat" è un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che ha avuto rapida ed estesa diffusione nel Servizio sanitario nazionale inglese e che è risultato efficace soprattutto nel contenimento delle attese. Si tratta di affidare, a un infermiere opportunamente formato e certificato, la possibilità di gestire una parte ben definita di problematiche minori. Nella fase di sperimentazione è prevista la condivisione su ciascun caso con il medico tutor che valida l'appropriatezza e la coerenza del trattamento attuato dall'infermiere condividendone di volta in volta l'operato. Il S&T può essere considerato un'estensione del triage: con il S&T nella fase di triage oltre alla priorità viene assegnato un percorso specifico, differenziato sul piano professionale.

La finalità principale di tale sperimentazione è verificare la possibilità di un'ottimizzazione dei tempi di risposta all'utenza, delle risorse e dei tempi a disposizione nei servizi attraverso la valorizzazione della professionalità infermieristica che consenta, al contempo, la possibilità di concentrare le risorse mediche sui casi a maggiore complessità clinica.

Tale proposta di sperimentazione era stata approvata con la Dgr 958 del 17/12/2007 "Proposta di sperimentazione del modello See&Treat in pronto soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento", l'attuazione e la valutazione della sperimentazione del See&Treat in Ps è stata successivamente affidata al Gruppo di lavoro per il Progetto di miglioramento del pronto soccorso.

In questi due anni il Gruppo di lavoro ha svolto la seguente attività:

- **revisione delle problematiche affrontabili nell'area See&Treat** rispetto all'elenco previsto dalla Dgr 958/2007;

- **elaborazione dei criteri guida** per la stesura dei protocolli operativi e stesura degli stessi;

- **identificazione dei Ps sede di sperimentazione;**

- **revisione dei percorsi formativi** idonei per medici e infermieri;

- **definizione dei tempi della sperimentazione stessa;**

- **identificazione degli indicatori della sperimentazione** giungendo quindi a una definitiva revisione del "progetto di sperimentazione del modello See&Treat".

La fase formativa della sperimentazione si realizzerà da aprile a ottobre 2010, mentre la fase di sperimentazione sul campo prevede un periodo di attuazione che andrà da novembre 2010 ad aprile 2011.

Il pronto soccorso coinvolti nella sperimentazione sono due per Area vasta:

- Area vasta nord-ovest: Pontedera e Livorno.

- Area vasta centro: Firenze-S. Maria Annunziata e Prato.

- Area vasta sud-est: Grosseto e Poggibonsi.

Prospettive future di lavoro

L'ulteriore sviluppo delle strutture di Ps può oggi realizzarsi solo considerando il "problema pronto soccorso" nel contesto più generale del problema dell'organizzazione complessiva ospedaliera e della sua relazione col territorio, come già indicato nel Psr 2008-2010.

Il dimensionamento e l'organizzazione ospedaliera devono avere alla base approfonditi studi epidemiologici sulla quantità e la qualità dei flussi in urgenza verso gli ospedali.

Considerato che la medicina di base si sta spostando dalla

medicina di famiglia a quella di interfaccia: ovvero il Ps medesimo, per allentare la pressione alla porta dell'ospedale si può immaginare, nell'ambito di un progetto di unità di cure primarie, la presenza di unità di cure minori a gestione infermieristica.

Sul versante ospedaliero la riorganizzazione per fasce di intensità assistenziale deve vedere restituita all'Unità di osservazione la sua appropriata funzione: permanenza non superiore alle 24-36 ore con il compito di garantire sicurezza della dimissione e appropriatezza del ricovero nei casi dubbi. È necessario realizzare un progetto di omogeneizzazione delle Unità di osservazione breve in base ad alcuni requisiti funzionali comuni. Si potrebbe inoltre valutare l'opportunità della creazione di aree di osservazione intensiva, sempre tempo-limitate, nelle quali si completa la stabilizzazione del paziente e si sceglie più appropriatamente il livello successivo di intensità di cure.

Al via un gruppo di formatori per il «triage»

Per le urgenze minori si introduce il "See&Treat"

PISTOIA Nel presidio pistoiense avanza il ricorso alle tecniche mininvasive

La laparoscopia «sbanca»



Il 70-90% dei tumori del colon retto è curato con interventi "soft"

Nel presidio ospedaliero di Pistoia sta prendendo sempre più campo la chirurgia laparoscopica o mininvasiva con la quale ormai vengono trattate, con ottimi risultati, numerose patologie (calcolosi colecistici e vie biliari, ernie della parete addominale, malattia da reflusso gastro-esofageo, malattie della ghiandola surrenale e della milza, urgenze addominali e toraciche). Anche la maggioranza dei tumori del colon retto (70-90% dei casi) è curata con tecnica laparoscopica. In particolare è molto avanzata la chirurgia colo-rettale laparoscopica (per patologia benigna e maligna) con la quale Sandro Giannessi, direttore

dell'area chirurgica dell'ospedale, e la sua équipe hanno trattato 350 pazienti. Una casistica che ha determinato l'enorme sviluppo di questa metodica classificando il Ceppo tra i centri maggiormente avanzati nella laparoscopia.

«Per i pazienti è un notevole vantaggio - spiega Giannessi - anche in presenza di interventi complessi sono praticate microincisioni di 5-10 millimetri invece di ampie ferite chirurgiche. La ripresa delle funzioni fisiologiche diventa così più precoce, c'è meno dolore post-operatorio e anche un migliore risultato estetico».

Anche nei casi urgenti per occlusione intestina-

le può essere utilizzata la laparoscopia. In collaborazione con la sezione di endoscopia digestiva, diretta da Mario Lombardi, dopo la colonscopia per la diagnosi definitiva e il posizionamento di uno "stent colico", è praticato il trattamento chirurgico mininvasivo laparoscopico altrimenti improponibile in urgenza.

Con questa tecnica combinata in successione endoscopica-chirurgica sono già stati trattati 31 pazienti. «I pazienti - spiega ancora Giannessi - hanno un decorso post-operatorio eccellente che dà le stesse garanzie dell'intervento tradizionale per la guarigione e assicura all'ammalato minor

rischio operatorio e un minimo trauma anche dal punto di vista psicologico. Fondamentale è la professionalità ed esperienza dei medici endoscopisti con i quali lavoriamo in stretta collaborazione».

L'impiego sistematico delle protesi coliche nell'occlusione intestinale ha determinato un ulteriore sviluppo della parte operativa attività di endoscopia digestiva che è sempre più in prima linea non solo nella diagnostica ma anche nel trattamento di molte patologie gastro-intestinali.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

FIRENZE

Largo alla bellezza in corsia: l'arte contemporanea entra a Careggi

L'arte contemporanea entra a Careggi. Firenze si prepara a sperimentare un progetto che vedrà artisti in azione dentro i luoghi dell'ospedale, per realizzare le loro creazioni a diretto contatto con pazienti, medici, operatori.

L'iniziativa, attuata negli ultimi dieci anni in 70 ospedali europei e internazionali dall'associazione francese "Art dans la Cité", viene portata ora a Careggi dal Centro di Medical humanities della facoltà di Medicina dell'Università di Firenze.

L'obiettivo del progetto è creare un ambiente più vivibile e a misura d'uomo, stimolare la partecipazione dei ma-

lato - soprattutto dei più giovani - per aiutarli a superare lo stress e il disorientamento dell'ospedalizzazione. Gli artisti non si limiteranno a esporre le loro opere, ma le realizzeranno proprio dentro i luoghi di cura, cercando il coinvolgimento dei pazienti.

Il progetto è stato presentato dal direttore del Centro di Medical humanities, Donatella Lippi, dal direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi Edo-

ardo Majno e dal preside della facoltà di Medicina e chirurgia Gian Franco Gensini.

«La storia della medicina insegna come il rapporto tra arte e ospedale vada al di là della decorazione e della propaganda - ha detto Donatella Lippi - e recenti evidenze scientifiche confermano come il contesto di cura abbia una precisa influenza sull'impoverimento della terapia. Nell'ospedale altamente tecnolo-

gizzato di oggi, vissuto come un mondo a sé stante, il paziente è disorientato: l'arte può vincere questa separazione attraverso il dialogo e il confronto con la condizione umana. In questa prospettiva, diventano fondamentali le medical humanities». «Questa rappresenta un'importante opportunità di presentare al più alto livello l'arteterapia, una delle medicine complementari che, in altre forme, è già presente nella nostra azienda ospedaliero-universitaria e che abbiamo in programma di espandere», ha aggiunto Gian Franco Gensini.

Roberto Tatulli

Fattore del progetto il Centro di Medical humanities

AREZZO

«Carta della qualità in chirurgia»: un impegno a favore dei cittadini

Dall'accoglienza nei reparti al consenso informato prima di un intervento, dalla sicurezza in sala operatoria alle dimissioni dall'ospedale: in tutte le fasi del percorso di un cittadino malato si dovrebbe assicurare massima attenzione a qualità e sicurezza. Ed è proprio questo l'obiettivo della «Carta della qualità in chirurgia», un elenco di impegni che i reparti ospedalieri sono chiamati a sottoscrivere per assicurare un servizio sempre migliore ai cittadini nel rispetto del diritto all'informazione, alla sicurezza, all'appropriatezza e all'innovazione.

Al progetto - promosso da Cittadinanza attiva-Tribunale dei diritti del malato - ha dato la propria adesione l'azienda sanitaria aretina. L'Ausl ha aderito alla Carta, promuovendo un primo percorso formativo che ha coinvolto buona parte degli operatori di area chirurgica dell'azienda. Nell'occasione, è stato distribuito agli operatori un questionario di autovalutazione del proprio reparto, rispetto agli impegni sanciti dalla Carta. E secondo gli operatori ci troviamo di fronte a una realtà abbastanza diversificata, sia tra i vari presi-

di ospedalieri, sia rispetto ai singoli impegni.

Le parole chiave del progetto, a cui corrispondono altrettanti "capitoli" della pubblicazione che lo promuove e che dovranno essere consegnati ai cittadini al momento del ricovero, sono: accoglienza, informazione, organizzazione, consenso informato, sicurezza e igiene, innovazione, dimissioni. Per ognuna di esse sono elencati ed esplicitati gli impegni che il personale del reparto assume nei confronti dei cittadini e che, conseguentemente, dovrà rispettare. Un elenco composto da 54 punti, che scandiscono la permanenza in un reparto, dal momento dell'accoglienza alla dimissione: si va da affermazioni ed enunciazioni di carattere generale, a impegni ben precisi e stringenti. Allo stesso tempo, occorre sottolineare come siano previsti, per il buon funzionamento del percorso assistenziale, anche «impegni di comportamento» per cittadini ricoverati e loro congiunti.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa
Asl 8 Arezzo

Un elenco di 54 "doveri" dal ricovero alla dimissione

VIAREGGIO

Consultorio «Genitori, nonni e...» per far comunicare adulti e ragazzi

Le ragazze e i ragazzi sono maggiormente esigenti in tema di libertà personali, più inclini all'incontro e alla vita sociale, insomma più precocemente emancipati. Un fattore che può certamente contribuire a rendere più complesso il compito dell'adulto, che può sentirsi in difficoltà nel rapportarsi al ragazzo/a senza generare fratture nella comunicazione o può essere legittimamente in apprensione per il diffondersi di comportamenti rischiosi tra gli adolescenti.

Per aiutare gli adulti ad attraversare questa fase l'Usl 12 di Viareggio ha immaginato il Consultorio «Genitori, nonni e...», uno spazio dove poter trovare sostegno e accoglienza e dove poter esprimere liberamente le proprie paure, i propri interrogativi e incertezze sulla crescita e lo sviluppo dei giovani: come comunicare in modo funzionale ed efficace? Come porsi in modo autorevole? Come accompagnarli nelle loro scelte sessuali? Come leggere il loro comportamento nei confronti del cibo, dell'alcol e delle droghe? Come leggere eventuali atteggiamenti di bullismo?

Un modo quindi per aiutare gli adulti incerti, paurosi, stupiti

di fronte ai cambiamenti tanto dei loro figli, nipoti, allievi che di se stessi. Se un tempo gli adulti potevano contare su regole chiare, precise e condivise socialmente, oggi assistiamo a un loro stravolgimento. I confini sono confusi e il ruolo dell'adulto diventa ambiguo, sospeso tra la paura di sottovalutare i segnali di disagio che i giovani velatamente lanciano e la paura di esagerare con la loro protezione.

Il Consultorio prevede uno spazio di ascolto individuale dove una psicologa è incaricata di accogliere le persone, offrendo la possibilità di un percorso di accompagnamento e sostegno. Se ritenuto opportuno, a completamento di questa prima fase, la persona sarà messa in contatto con specialisti dell'Usl. Sarà, inoltre, possibile organizzare degli incontri di gruppo su singoli temi con lo scopo di aiutare gli adulti a confrontarsi con le tematiche adolescenziali, stimolando la sensibilità e le risorse educative di ciascuno e favorendo momenti di introspezione e di crescita personale.

Stefano Pasquinucci
Ufficio stampa
Asl 12 Viareggio

Spazi di ascolto per insegnare a cogliere il disagio giovanile

IN BREVE

LUCCA
Dal 20 aprile all'ospedale di Castelnuovo Garfagnana sono iniziati i lavori per realizzare nuovi locali in cui installare una nuova risonanza magnetica, che dureranno tre mesi. L'intervento è finalizzato al miglioramento del servizio offerto. La macchina acquisita, oltre a permettere prestazioni più rapide e di maggiore qualità, ha una caratteristica innovativa: consente di effettuare esami sia in posizione supina che eretta. È previsto per questo lo spostamento dell'accettazione della Radiologia allo stesso piano, in prossimità dei locali Tac. Dal 26 aprile sono cominciate anche le attività di installazione di nuovi pannelli fotovoltaici su apposite strutture metalliche nel parcheggio dello stabilimento ospedaliero.

LIVORNO
Nuova convenzione tra Ausl 12 di Livorno e Cassa di Risparmio di Lucca Pisa Livorno per agevolare gli utenti nei pagamenti ticket con otto nuovi riscuotitori automatici e 32 postazioni. La Cassa curerà le operazioni di gestione della tesoreria, comprese quelle relative alle contabilità speciali e alle gestioni autonome che l'Ausl intenderà gestire separatamente e ogni altro servizio bancario occorrente o richiesto per legge. In particolare provvederà ad attivare sistemi di riscossione e pagamento tecnologicamente avanzati, anche con l'introduzione della "firma digitale", per ridurre al massimo l'utilizzo del cartaceo e abbreviare i tempi per l'esecuzione degli ordinativi, garantendo maggiore sicurezza e minori costi.

PISTOIA
Presso il Consultorio di Monsummano è stato aperto uno dei quattro "Punti naturali" istituiti dall'Ausl per le terapie complementari. L'attività è stata realizzata per offrire alle donne servizi specialistici di intervento sui problemi ostetrico-ginecologici e alleviare gli effetti della menopausa. In particolare al "Punto naturale" saranno praticati agopuntura, la medicina tradizionale cinese e omeopatia. L'istituzione degli ambulatori di medicina complementare è un'indicazione della Regione Toscana per assicurare ai cittadini la più ampia libertà di scelta terapeutica e il più elevato livello di sicurezza. Gli ambulatori offrono, tramite appuntamento al Cup, agopuntura, omeopatia, fitoterapia e mesoterapia.

CALENDARIO



FIRENZE / I
Si terrà all'Aula Muntoni, ospedale S. Giovanni di Dio, il workshop «La medicina di genere» per richiamare, con contributi multidisciplinari su aspetti preventivi, clinici farmacologici, l'attenzione dei professionisti sanitari su queste tematiche emergenti. Info: 0558451366; lucia.turco@asf.toscana.it.



FIRENZE / 2
La commissione regionale di Bioetica organizza presso il Grand Hotel Adriatico un corso di formazione per i suoi componenti e per quelli dei comitati etici delle aziende su «L'etica e l'accreditamento. Come i comitati etici locali possono promuovere l'etica clinica». Iscrizioni e informazioni: www.firenzeconvegni.it.



LUCCA
L'Associazione italiana donne medico di Lucca ha organizzato alla Sala auditorium Fondazione Banca del Monte di Lucca un convegno su «La malattia oncologica nella donna» per delineare il percorso diagnostico-terapeutico e sviluppare il dibattito coi medici di base. Info: segreteria@brainmade.it; 0583/517521.

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

INTER
NET
PER
TUTTI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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