

Sanità Toscana

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. 27
anno XIII del 13-19 luglio 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

Intervenire sui rischi ambientali

Francesco Ceraudo *

La salute non è semplicemente uno stato di assenza di malattie, ma è una condizione dinamica di benessere fisico, mentale e sociale. La medicina penitenziaria deve essere una medicina di opportunità e iniziativa, non attende la domanda espressa dal paziente ma deve identificare i bisogni attivamente, assumere l'iniziativa e sviluppare l'azione sanitaria.

Per molti aspetti il carcere produce rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica. Infatti ancora oggi il carcere è una pena corporale, perché produce differenti e varie forme di sofferenze e sofferenti e di malattie.

In questa prospettiva l'Agenzia regionale di Sanità della Regione Toscana sta portando avanti un progetto altamente qualificante e importante al fine di acquisire tutti gli elementi di conoscenza in merito all'incidenza di specifiche patologie nella popolazione detenuta della Regione Toscana. La ricerca promossa è infatti una prima e importante fotografia reale dello stato di salute dei detenuti presenti nelle carceri toscane. Questo consentirà di adeguare i servizi sanitari secondo le necessità cliniche che vengono riscontrate.

Bisogna quindi aggredire, per tentare di demolire, lo slogan «Il carcere è malattia» con un intervento globale sulle

CONTINUA A PAG. 2

BILANCI

I risultati dell'indagine dell'Osservatorio per la salute in carcere

Il 73% dei detenuti è malato

Colpiti da patologie psichiatriche, infettive e dell'apparato digerente

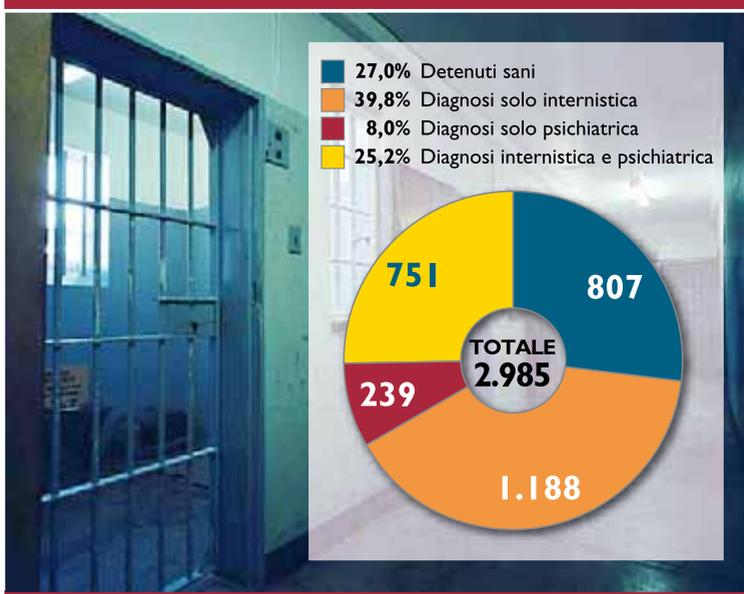
L'Osservatorio per la salute in carcere coordinato dall'Agenzia regionale di Sanità (Ars) ha promosso un'indagine sullo stato di salute dei detenuti toscani nel tentativo di fornire i primi elementi di conoscenza in attesa che il processo di informatizzazione della cartella clinica regionale trovi la sua definitiva attuazione.

Con questa indagine, presentata il 7 luglio a Firenze, vengono scattate tre diverse fotografie dello stato di salute dei detenuti degli istituti toscani in tre diversi momenti temporali. La popolazione in studio è stata costituita da tutti i detenuti presenti all'interno dei 19 istituti penitenziari toscani il 15 giugno 2009 e la rilevazione dei dati è stata effettuata dal personale sanitario presente all'interno delle strutture carcerarie attraverso una scheda informatizzata. Le informazioni raccolte, oltre a quelle socio-anagrafiche, sono relative a consumo di alcol, tabacco e sostanze, alla presenza di una o più patologie registrate attraverso la classificazione Icd IX delle malattie, a eventuali precedenti atti autolesionistici e/o autosoppressivi e alle terapie farmacologiche somministrate.

Sono state raccolte informazioni relative a 2.985 detenuti dei quali il 73% è risultato affetto da almeno una patologia. I detenuti estereuropei e nordafricani risultano essere "più sani" dei detenuti italiani principalmente per la loro più giovane età (in media sono più giovani di 10 anni). In generale, il 65% dei detenuti è affetto da almeno una diagnosi internistica mentre il 33,2% da almeno una diagnosi psichiatrica. Nonostante la giovane età dell'intera popolazione detenuta (età media: 38 anni), la richiesta sanitaria risulta essere molto forte e caratterizzata da tre grandi temi: salute mentale, disturbi dell'apparato digerente e malattie infettive e parassitarie.

In particolare, la salute mentale dei detenuti risulta affetta principalmente da disturbi legati al consumo di droghe (12,7%) e disturbi di tipo nevrotico (10,9%), spesso associati a reazioni di adattamento connesse all'inserimento

Le condizioni di salute nelle carceri toscane



ACQUISTATI MATERIALI E KIT IGIENICI

Per i carcerati materassi e cuscini nuovi

Consegnati dal presidente Rossi come primo atto dopo le elezioni

La consegna dei materassi, dei cuscini e dei kit per l'igiene personale è stato il primo atto da presidente della Regione di Enrico Rossi che, dopo pochi giorni dalle elezioni regionali, ha assistito alla consegna dei materiali all'interno del carcere fiorentino di Sollicciano. Un atto importante e simbolico perché Rossi, allora ancora non ufficialmente investito della carica e quindi ancora assessore per il Diritto alla salute, ha dato un segno di continuità con il suo operato da assessore. Infatti, grazie all'approvazione del provvedimento nel novembre 2009, sono stati complessivamente acquistati 2.300 materassi, 2.700 guanciali, 3.600 fodere per materassi e 4.350 fodere per guanciali. Inoltre sono stati acquistati e distribuiti 15mila kit per l'igiene orale e personale (ognuno composto da uno spazzolino, un dentifricio, e due saponette). «A chi mi ha chiesto perché inizio la presidenza con questo gesto - commentò il neo-presidente - rispondo perché partire dagli ultimi ci aiuta meglio a capire la società nel suo complesso. Tutti i cittadini, liberi o detenuti, hanno diritto alla dignità personale». Oltre a materassi e kit per l'igiene importante è anche il servizio di lavaggio e sanificazione, che verrà effettuato regolarmente sia sui materiali nuovi sia su quelli già presenti nelle carceri. Dopo il 2011 il servizio di lavaggio e sanificazione sarà in carico alle aziende sanitarie.

in ambiente penitenziario. A queste malattie vanno associati i numerosi tentati suicidi che, come sappiamo, rappresentano un'emergenza per il sistema penitenziario con valori di gran lunga superiori rispetto a quelli riferiti alla popolazione generale (4% vs 0,006%). La conduzione di uno stile di vita associato all'utilizzo di sostanze psicotrope, risulta facilmente collegabile anche all'aumento del rischio di contrarre malattie infettive e parassitarie come l'infezione da Hcv, Hbv e Hiv; frequenti risultano anche le coinfezioni con un conseguente aggravamento del decorso clinico. Si conferma, inoltre, un incremento dell'infezione tubercolare in ambiente penitenziario con un valore dello 0,4% rispetto allo 0,006% riscontrato nella popolazione generale.

Il terzo grande gruppo di patologie che coinvolge questa popolazione è rappresentato dai disturbi dell'apparato digerente dovuti, per oltre il 50% delle diagnosi effettuate, dalle affezioni del cavo orale, patologie, queste, fortemente correlate con abitudini igienico-sanitarie inadeguate. Le principali cause di malattia rilevate nella popolazione generale, quindi, sembrano non rappresentare un problema sanitario all'interno delle strutture penitenziarie. Tuttavia, è necessario tener presente i numerosi fattori di rischio a cui si sottopongono i detenuti per capire il peso che ricoprono le patologie legate al sistema circolatorio, respiratorio o metabolico. Infatti, l'eccessivo consumo di tabacco, l'uso di sostanze psicotrope o di alcol associati a una vita sedentaria o a un'alimentazione non appropriata, possono favorire l'insorgenza di gravi patologie croniche ancora non emerse data la giovane età della popolazione carceraria.

Alla luce di questi primi risultati, appare fin troppo evidente che la prossima sfida sarà quella di provare a comprendere come e in che misura la condizione detentiva favorisca o aggravi l'insorgere delle patologie.

Fabio Voller

Coordinatore Osservatorio salute in carcere
Agenzia regionale di Sanità

ALTRO SERVIZIO A PAG. 2

CONTROCANTO

Ancora criticità nel passaggio al Ssn

di Francesco Bellomo * e Antonella Manfredi **

E così la salute entrò in carcere, o meglio, tecnicamente, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, si sono definiti le modalità e i criteri per il trasferimento della medicina penitenziaria dal dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e dal dipartimento della Giustizia al Servizio sa-

nitario nazionale delle funzioni relative alla Sanità penitenziaria.

Ovvero, tecnicamente la Sanità esce dal carcere, ma i bisogni di salute del ristretto rimangono dentro. In estrema sintesi le aziende unità sanitarie locali devono garantire dentro il carcere i servizi es-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Al via tre progetti per Bruxelles

La Regione Toscana ha espresso parere favorevole per la presentazione alla Commissione Ue - «EuropeAid cooperation office» - di tre proposte progettuali, nell'ambito del programma dell'Ue «EuropeAid/129200/C/Act/Tps - Les acteurs non etatiques et les autorités locales dans le développement - Autorités locales». Presentate, in qualità di capofila, due concept: «L'approche territoriale régionale: un espace optimal pour la mise en oeuvre des principes de l'efficacité de l'aide» e «La salute materno-infantile: il ruolo delle autorità locali e il decentramento dei servizi nell'area Sade». Inoltre ha aderito in qualità di part-

ner alla proposta progettuale «Platforma». La prima proposta vuole rafforzare e strutturare quadri di concertazione interistituzionali e multi-livello composti da rappresentanti delle istituzioni locali e della società civile. La seconda vuole ridurre la morbilità e la mortalità dovute alla diffusione dell'Hiv nelle zone rurali, promuovendo il ruolo svolto dalle autorità locali. Nella terza «Platforma», l'obiettivo è il coordinamento delle autorità locali/regionali al fine di ottenere un riconoscimento del ruolo politico della cooperazione decentrata presso le istituzioni europee, facilitare lo scambio di esperienze e il flusso di informazioni. (Delibera n. 627 del 28/06/2010)

ALL'INTERNO

Pistoia: due poli in endoscopia

A PAG. 3

Case della Salute con più ruolo

A PAG. 4-5

Ogm senza certezze

A PAG. 6

BILANCI Il 33% dei detenuti ha disturbi psichici, il 4% ha tentato il suicidio



In carcere poca salute mentale

La tossicodipendenza incide sul primato delle patologie psichiatriche

Che il disturbo mentale rappresenti un problema di ordine sanitario all'interno delle strutture penitenziarie, non è certo una novità. L'Organizzazione mondiale di Sanità da anni ha lanciato questo allarme lasciando intravedere il peso che questa ricopre non soltanto sulla messa in atto di azioni eclatanti come il suicidio o l'autolesionismo, ma sull'intera gestione della vita detentiva.

I nostri dati, quindi, non possono che confermare questo mostrando come, anche fra i detenuti presenti nelle strutture toscane, il disturbo mentale, coinvolgendo ben il 33,2% delle persone, costituisca la principale categoria diagnostica da cui risultano affetti. Il disturbo psichico assume caratteristiche diverse secondo il Paese di origine dei detenuti con una prevalenza maggiore fra gli italiani (39,3%) rispetto agli altri due principali gruppi etnici (nordafricani 36,3%, estereuropei 19%) presenti all'interno degli istituti penitenziari toscani.

Il triste primato tra le patologie psichiche è da attribuirsi allo stato di tossicodipendenza da sostanze che rappresenta ben il 38,3% delle diagnosi con percentuali più elevate fra i nordafricani (47,5%) rispetto agli italiani (36,8%) e agli estereuropei (29,4%). Fra le sostanze utilizzate la cocaina occupa il primo posto (43,7% dichiara di averne fatto uso) seguita dall'eroina (41,5%) e dalla cannabis (12,7%). Lo stato di tossicodipendenza, come sappiamo, porta con sé un aggravamento delle condizioni generali di salute con percentuali più alte, in questi pazienti rispetto ai non tossicodipendenti, di patologie a carico del cavo orale (19% vs 13,4%) e virali come l'infezione da virus C (23% vs 7,1%) e Hiv (4% vs 1,1%). Infine, più della metà dei tossicodipendenti (52,8%) è portatrice di ulteriori disturbi psichici aggravando ulteriormente il loro quadro clinico. Seppur in misura minore, anche i disturbi mentali alcol-correlati rappresentano una quota consistente del disagio psichico fra i detenuti (23,1%) coinvolgendo in misura maggiore gli estereuropei rispetto agli altri gruppi etnici.

Alla tossicodipendenza e ai disturbi a essa correlati, fanno seguito le patologie nevrotiche e di adattamento con il 32,9% delle diagnosi. L'emergere di queste ultime patologie, essendo spesso associate a fattori stressan-

Grandi gruppi di patologie	Italia (N=1.556)		Africa del Nord (N=609)		Europa dell'Est (N=536)	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	12	0,8	3	0,5	3	0,6
Malattie del sistema circolatorio	258	16,6	32	5,3	28	5,2
Malattie del sistema nervoso	107	6,9	18	3,0	14	2,6
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	211	13,6	48	7,9	52	9,7
Malattie dell'apparato digerente	388	24,9	163	26,8	141	26,3
Malattie dell'apparato genito-urinario	60	3,9	6	1,0	9	1,7
Malattie dell'apparato respiratorio	102	6,6	38	6,2	28	5,2
Malattie endocrine, del metabolismo e immunitarie	210	13,5	38	6,2	20	3,7
Malattie infettive e parassitarie	355	22,8	53	8,7	39	7,3
Traumatismi e avvelenamenti	114	7,3	35	5,7	34	6,3
Tumori	21	1,3	2	0,3	3	0,6
Disturbi psichici	611	39,3	221	36,3	102	19,0

Categorie diagnostiche Sirm	Detenuti con almeno una diagnosi psichiatrica (N=990)		Percentuale sul totale dei detenuti (N=2.985)
	Numero	%	%
Disturbi mentali organici	19	1,9	0,6
Disturbi mentali alcol-correlati	170	17,2	5,7
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	379	38,3	12,7
Disturbi da spettro schizofrenico	74	7,5	2,5
Disturbi affettivi psicotici	119	12,0	4,0
Disturbi depressivi non psicotici	65	6,6	2,2
Disturbi nevrotici e reazioni da adattamento	326	32,9	10,9
Disturbi della personalità e del comportamento	150	15,2	5,0
Disturbi del comportamento alimentare	1	0,1	-
Oligofrenie e ritardo mentale	15	1,5	0,5
Altro	5	0,5	0,2

ti, risulta facilmente comprensibile in un contesto penitenziario, poiché le condizioni di vita appaiono fortemente modificate dalle condizioni di reclusione, spiegando così anche il divario esistente con i dati provenienti dai servizi territoriali dove il valore delle patologie nevrotiche raggiunge il 23,6 per cento. Tra coloro che ne sono affetti, elevata risulta anche l'associazione con l'utilizzo di sostanze (58,9%), alcol (41,4%) o di entrambi (31,3%). Ancora una volta sono gli stranieri a soffrirne di più e questo può essere ricondotto alle maggiori difficoltà vissute da quest'ultimi i quali, oltre ad affrontare i cambiamenti legati alla condizione detentiva, possono incontrare problemi nella

comprensione della lingua o in altre abitudini non appartenenti alla propria cultura. Molti sono anche i disturbi della personalità e del comportamento diagnosticati al 16,4% dei detenuti italiani con disturbi psichici, al 15,4% dei nordafricani e all'8,8% degli estereuropei. Come per i disturbi nevrotici anche in questo caso è alta l'associazione con l'utilizzo di droghe (il 66,7% ne fa o ne ha fatto uso), di alcol (45,3%) e di entrambi (34,7%).

Gli italiani, in misura maggiore rispetto agli stranieri, sono invece portatori del disturbo da spettro schizofrenico con il 10% delle diagnosi in questo gruppo etnico rispetto al 2,3% dei nordafricani e al 2,9% degli estereuropei.

La gravità dei disturbi di personalità e da spettro schizofrenico spiega l'elevata presenza di questi pazienti all'interno dell'istituto psichiatrico giudiziario di Montelupo (Opg) dove le percentuali raggiungono, nel primo caso, il 23,1% e nel secondo il 34,3 per cento. Trattandosi di una struttura sanitaria abbiamo, ancora una volta, provato a confrontare questi dati con quelli derivanti dai servizi di salute mentale territoriali dove il disturbo da spettro schizofrenico è diagnosticato nel 14,8% degli utenti in carico mentre il disturbo di personalità nel 6,8% evidenziando così non soltanto l'importante ruolo terapeutico svolto dall'Opg, ma anche l'elevato carico assistenziale a cui questa struttura è sottoposta.

Il malessere psicologico mostra la sua più alta espressione negli atti suicidari o autolesionistici, eventi, questi caratteristici delle strutture penitenziarie di tutto il mondo. Fra i detenuti toscani ben il 4,3% ha alle spalle un tentato suicidio mentre il 10% una storia di autolesionismo. Questi dati, se non confrontati con quelli provenienti dalla popolazione generale, non mostrano la reale emergenza a cui assistiamo all'interno degli istituti penitenziari. Infatti, secondo i dati forniti dall'Istat per il 2008, i tentati suicidi in Toscana non raggiungono l'unità per 10mila persone (0,006%) mentre fra i detenuti circa quattro persone su 100 hanno tentato il suicidio almeno una volta. La forte associazione con il disturbo psichico viene confermata anche dall'elevato numero di tentativi di suicidio riscontrati in alcune categorie diagnostiche come la schizofrenia e il disturbo di personalità dove il valore supera addirittura il 18 per cento.

Se parliamo di disturbo psichico dobbiamo anche tener conto della situazione ambientale in cui versano le strutture penitenziarie spesso sovraffollate e prive di spazi adeguati, dove la persona affetta da queste patologie non può che aggravare la propria condizione clinica. Contemporaneamente, questa patologia inserita in un ambiente non perfettamente idoneo, almeno da un punto di vista sanitario, può facilmente diventare causa della messa in crisi della struttura organizzativa stessa facilitando l'instaurarsi di un circolo vizioso che si autoalimenta. I nostri dati, perfettamente in linea con la letteratura internazionale e nazionale, mettono in luce una situazione di estrema gravità ed emergenza in cui si trovano non soltanto la popolazione detenuta ma l'intera organizzazione sanitaria che si trova a dover rispondere a patologie complesse, con prevalenza elevata, in una popolazione particolare, all'interno di strutture spesso difficilmente accessibili o comunque ben lontane dall'organizzazione delle tradizionali strutture sanitarie che normalmente si fanno carico di queste patologie.

**Caterina Silvestri
Cristina Orsini**

Funzionari ricerca - Settore epidemiologia
Servizi sociali integrati - Ars Toscana

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

senziali per la salute e "riqualificare" i presidi sanitari ivi esistenti, nella maggior parte non adeguati al bisogno, integrandoli nella rete dei servizi territoriali. Di fatto il carcere è un presidio territoriale ove vengono erogate prestazioni socio-sanitarie, con la differenza che, segnalato il bisogno, questo viene soddisfatto dall'esterno, dovendo tra l'altro superare le necessarie misure di sicurezza. In questo transito, che suppone un cambiamento radicale, si sono affrontate e tuttora sono presenti molte criticità.

Criticità dovute al sovraffollamento - al 31 dicembre 2009 i detenuti presenti negli istituti penitenziari toscani erano 4.313 e i posti letto regolari sono 3.006 -

all'emergenza suicidi e al personale, ovvero la necessità di affrontare velocemente la sostituzione di posti resi vuoti dalla cessazione delle competenze dell'amministrazione penitenziaria, ma non ancora colmati dalle competenze del Sistema sanitario nazionale. Anche il passaggio dei beni e delle attrezzature spesso obsolete, di cui le aziende sanitarie si sono fatte carico, e il passaggio dei locali insieme alla poca disponibilità economica del ministero di Giustizia per la messa a norma, rappresentano una criticità.

La scelta politica della Regione Toscana ha accompagnato questo cambiamento con scelte ben precise: punti cardine sono la delibera regionale 693 del set-

tembre 2008 e la delibera regionale 144 del 21 gennaio 2009, ovvero la costituzione del Centro regionale per la salute in carcere favorendo la costruzione di un modello organizzativo regionale di coordinamento, dove è definito un modello organizzativo, e il tentativo di ridurre il disagio psichico e quindi i suicidi con il proseguimento del progetto «Retintegrare», che consiste nel dotare gli istituti penitenziari di un incremento di assistenza psicologica. Questo progetto finanziato dalla Regione Toscana già dal 2005 e gestito dalla Fondazione Michelucci, dal 1° gennaio 2010 è passato alle aziende sanitarie locali.

* direttore sanitario Asl 4 Prato
** referente aziendale Asl 4 Prato

Intervenire sui rischi... (segue dalla prima pagina)

persone e sull'ambiente. Numero sono le cause di insalubrità da rimuovere: sovraffollamento cronico, convivenza casuale e coatta, ozio avvilente, mancanza di spazi e la carenza di attività ricreative, perdita degli affetti, adattamento al codice carcerario, paura di malattie contagiose, la depersonalizzazione e la paura dell'ignoto.

Davanti a delle condizioni di gravissimo sovraffollamento, che favoriscono il contagio e la diffusione delle malattie infettive, la prevenzione ha compiti ben definiti che consistono nell'impedire l'insorgenza e la progressione delle malattie per mezzo di interventi sulla popolazione detenuta, sul comportamento del singolo e sull'ambiente di vita.

I problemi ambientali costituiscono quindi il primo campo di intervento per la tutela dei detenuti. Le aziende sanitarie locali devono, quindi, creare le premesse indispensabili per difendere, proteggere e promuovere la salute della eterogenea comunità reclusa. Inoltre devono attivare programmi di prevenzione secondaria, articolati annualmente, con screening riguardanti i tumori (colon, polmone, prostata, mammella, utero), le malattie cerebro-cardiovascolari (cardiopatia ischemica e ipertensione arteriosa), le malattie metaboliche (diabete mellito, dislipidemie), l'ipertensione arteriosa, ma adottare anche incisive campagne contro il fumo.

* dir. Centro regionale coordinamento per la salute in carcere

SSR AI RAGGI X

Riorganizzati i servizi sia per i ricoverati che per gli esterni

Pistoia, endoscopia in due poli



Apparecchiature all'avanguardia - Coinvolto anche l'ospedale di Pescia

L'azienda sanitaria di Pistoia ha inaugurato due poli endoscopici nei presidi ospedalieri di Pescia e Pistoia che rappresentano, grazie a una razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse umane e tecniche, un setting organizzativo in cui, in un'area comune, discipline diverse svolgono attività diagnostica e terapeutica rivolta sia ai pazienti esterni che ricoverati nei vari contesti assistenziali ospedalieri. Le due nuove strutture, già operative, sono state inaugurate dal direttore generale Alessandro Scarafuggi, insieme ai direttori dei due presidi ospedalieri di Pescia e Pistoia, rispettivamente le dottoresse Silvia Briani e Cinzia Lupi e agli operatori sanitari. Erano presenti i sindaci e diversi rappresentanti politici e istituzionali.

Strutture a intensità di cura. I due poli endoscopici rappresentano una innovativa concezione organizzativa che vede raccolti in un'unica sede parte di quello che tradizionalmente viene individuato con il termine di servizi ambulatoriali diagnostici o più correntemente ambulatori o servizi. Le due strutture, di moderna concezione e con apparecchiature all'avanguardia, sono state realizzate nell'ambito della riorganizzazione assistenziale, ma anche strutturale, «degli ospedali per intensità di cura». I due progetti si sono sviluppati nonostante i limiti architettonici dei due presidi ospedalieri con un investimento aziendale pari a 2.100.000,00 euro (esclusi gli arredi e le attrezzature) di cui 1.200.000,00 euro la spesa complessiva per realizzazione del polo endoscopico di Pistoia e 900mila per quello di Pescia.

Non solo gastroenterologia. Nell'ospedale di Pistoia si svolgono attività di endoscopia digestiva superiore e inferiore, diagnostica e operativa, di broncoscopia e di radiologia interventistica; anche nell'ospedale di Pescia si effettua endoscopia digestiva superiore e inferiore, diagnostica e operativa oltre alla cistoscopia, anche questa sia diagnostica che ope-



L'équipe medico infermieristica del polo endoscopico ospedale di Pescia

rativa, e la litotrissia renale extracorporea (frammentazione con onde d'urto extracorporee dei calcoli renali). Le discipline presenti nei due poli sono rappresentate dalle unità operative di gastroenterologia, pneumologia, radiologia, chirurgia, urologia e medicina che prima dell'attivazione dei due poli erano distribuite nelle varie aree ospedaliere. L'unità operativa di gastroenterologia, a valenza aziendale, diretta da Alessandro Natali si articola con la sezione di endoscopia digestiva a Pistoia (responsabile Mario Lombardi). A Pescia l'endoscopia digestiva vede impegnati anche due medici dell'unità operativa medicina ed è presente una sezione di endoscopia chirurgica (responsabile Giulio Pangallo).

Strumenti all'avanguardia. Nel complesso, nell'ambito dell'endoscopia digestiva dell'azienda operano 12 medici che applicano tecniche all'avanguardia che fino a pochi anni fa erano appannaggio solo dei grossi centri, impiegando, peraltro, strumenti "ad alta risoluzione" che cioè con-

sentono di evidenziare anche eventuali microlesioni con particolari strumenti di penetrazione e visione. Può così essere risolto un numero sempre maggiore di patologie con tecniche meno invasive e molto meglio tollerate dal paziente.

L'équipe infermieristica. In stretta collaborazione con l'équipe medica opera un'équipe infermieristica (coordinata da Cinzia Orsi a Pescia e da Franco Ferri e Renato Sirdone a Pistoia) composta, a livello aziendale da 14 infermieri e tre operatori socio-sanitari. Per la specificità del tipo di attività svolta nel servizio di endoscopia la presenza di personale infermieristico qualificato e specializzato. L'infermiere di endoscopia è un professionista che in virtù della formazione e preparazione acquisita è in grado di assistere il paziente dal momento dell'accoglienza fino alla sua dimissione.

Diagnosi e cura per le malattie dell'apparato digerente. Sia nell'ospedale di Pistoia che in quello di Pescia attraverso i due poli endoscopici viene svolta un'importante attività di diagnosi e terapia delle malattie dell'esofago, dello stomaco, del duodeno e del colon retto. Di particolare rilevanza è il trattamento dei pazienti

con emorragia digestiva, l'asportazione di lesioni pre-tumorali come i polipi del grosso intestino, il posizionamento di protesi in preparazione oppure in alternativa all'intervento chirurgico e soprattutto la diagnosi e terapia delle patologie delle vie biliari e del pancreas (Ercep). La nuova organizzazione consentirà di poter portare a regime lo screening del cancro del colon retto.

La litotrissia. A tutt'oggi vengono eseguiti nel presidio ospedaliero di Pescia circa 500 trattamenti di litotrissia extracorporea. Le tecniche praticate presso la Asl 3 per il trattamento di litotrissia, si completano con il trattamento percutaneo nella calcolosi a stampo renale. Presso il polo endoscopico, l'équipe di urologi diretta da Alfredo Trippitelli esegue settimanalmente biopsie prostatiche, ricanalizzazioni urinarie per via naturale (stents) e derivazioni percutanee (nefrotomie, epicistostomie). È anche attivo un "centro" urostomizzanti urologici. Viene inoltre effettuata l'esplorazione di tutta la via escrettrice urinaria con lo studio del basso

apparato urinario (uretro-cistoscopia) e dell'alto apparato urinario (uretroscopia)

Endoscopia bronchiale. È una metodica fondamentale per la diagnosi e in casi selezionati anche per la terapia di molte patologie dell'apparato respiratorio. In particolare una delle principali applicazioni è la diagnosi e la stadiazione della neoplasia polmonare. Nell'ambito della broncoscopia flessibile, accanto al tradizionale broncoscopio l'équipe dell'unità operativa di pneumologia diretta da Franco Vannucci utilizza il videobroncoscopio che permette di ottenere immagini a più elevata definizione; particolarmente innovativo si è dimostrato l'utilizzo dell'autofluorescenza per lo studio delle lesioni sospette neoplastiche della parete bronchiale. Il videobroncoscopio ad autofluorescenza in uso nel polo endoscopico consente la visione contemporanea ad alta definizione della mucosa bronchiale con la possibilità di effettuare prelievi endoscopici mirati su lesioni estremamente piccole permettendo una diagnosi precoce di tumori polmonari potenzialmente curabili con intento radicale. Un sistema computerizzato di registrazione permette anche l'invio delle immagini in altri centri per consulenze specialistiche. Ogni anno vengono eseguite 450 procedure e sono circa 100 per anno i casi di tumore polmonare di nuova diagnosi, 75 dei quali diagnosticati con l'endoscopia bronchiale.

Nel pool 12 medici e 14 infermieri super-specializzati

Radiologia interventistica. La Asl 3 è stata una delle prime a curare il tumore renale con l'ablazione, ed è stata la prima del Centro-sud a trattare i tumori epatici primitivi mediante ablazione a microonde. Le procedure di ablazione con radiofrequenze e/o microonde di tumori polmonari, epatici, renali e dei tessuti molli, vengono eseguite dall'équipe di radiologia e oncologia interventistica, diretta a Pistoia da Luca Carmignani e a Pescia da Daniele Varanini.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

RISOLTI I REBUS CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, SCREENING E GOVERNO CLINICO

«Una équipe dinamica per tutte le urgenze»

Con la realizzazione dei due poli endoscopici nella Asl 3 di Pistoia viene affrontata una diversa impostazione dell'assistenza che vede sia una nuova organizzazione funzionale del modello gerarchico classico, con una sempre maggiore integrazione delle professionalità sanitarie e amministrative e l'introduzione di modelli di lavoro multidisciplinari impostati per processi e obiettivi che vedono la loro base nelle linee guida e soprattutto in protocolli operativi condivisi. Tutto questo rappresenta una parte di un «sistema sanitario integrato a rete» di professionisti, servizi, livelli di assistenza con la creazione di un continuum di assistenza sanitaria (ospedale-territorio) che pone al centro le necessità e i bisogni del pa-

ziente.

I due nuovi poli endoscopici rappresentano pertanto un importante setting organizzativo che consente una ottimizzazione delle risorse umane e tecniche che permetterà una nuova e più efficace risposta alle patologie gastroenteriche che rappresentano, dopo la patologia cardiovascolare, la seconda causa di malattia della popolazione italiana.

Nell'ambito delle patologie dell'apparato digerente emergono tre importanti necessità:
1 la continuità assistenziale (h24 365 gg/anno) in gastroenterologia con la realizzazione di una pronta disponibilità che

copra le necessità di intervento urgente (a esempio l'emorragia digestiva superiore la cui incidenza è in netto incremento negli ultimi anni sia per il naturale invecchiamento della popolazione che per l'adozione di terapie anticoagulanti sempre maggiori);

2 la realizzazione di una importante opera di prevenzione come lo screening del cancro del colon retto;

3 la risposta (e un eventuale governo clinico) della richiesta di esami endoscopici e consulenza gastroenterologica.

La presenza nell'ambito dell'azienda sanitaria di Pistoia di due presidi ospedalieri (Pescia

e Pistoia) e di un ospedale di comunità montana (S. Marcello P.se) sposta l'attenzione, nell'ambito dell'organizzazione di una struttura complessa quale l'Uo di gastroenterologia (ed endoscopia digestiva), dal singolo territorio afferente ai presidi ospedalieri all'intero bacino di utenza della provincia e cioè alla domanda sanitaria che interessa 287mila abitanti.

Queste problematiche possono essere affrontate, dal punto di vista medico, solo con la realizzazione di una équipe di gastroenterologi "a tutto tondo" cioè in grado non solo di svolgere attività clinica ed endoscopia digestiva ma di esse-

re anche "dinamici" e cioè pronti e abituati a lavorare in realtà ambientali diverse che oggi possono essere i singoli presidi ospedalieri, domani i nuovi ospedali e le future attività territoriali.

Alla base di questa nuova possibile organizzazione è indispensabile creare una équipe realmente integrata in cui i singoli specialisti non solo siano coinvolti in prima persona nel pieno dell'attività - pur rispettando, anzi potenziando le singole attitudini e aspirazioni - ma soprattutto siano resi partecipi dei progetti organizzativi, ne condividano la realizzazione e apportino il loro prezioso

contributo non solo "tecnico" ma soprattutto di motivazione ideativa. Il lavoro da svolgere non è facile e vede soprattutto l'impegno di chi dirige la struttura al concreto superamento dei modelli classici di organizzazione e di individuare il proprio ruolo nell'obiettivo di garantire a ciascun collega non solo una certezza di riferimento ma soprattutto la sua conseguente realizzazione clinica.

Il risultato finale cui tutti dovremo mirare è porre realmente il cittadino al centro della nostra attenzione e opera, ormai non più vincolato alla struttura ove si lavora.

Alessandro Natali
Direttore Uoc gastroenterologia Asl 3 Pistoia

DOCUMENTI Il modello complesso prevede anche l'erogazione di medicina specialistica, alcune funzioni di medicina pubblica e la continuità assistenziale



Parte il progetto per potenziare le Case della Salute

Nelle strutture anche visite per pazienti, certificazioni e vaccinazioni - Richiesto al ministero un finanziamento di 842mila euro

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito il testo della delibera 28 giugno 2010 su «Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute» con cui si definiscono le caratteristiche di implementazione delle strutture esistenti

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1) di approvare il progetto "Presidio Casa della Salute - Adeguamento e implementazione" allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

2) di trasmettere la presente deliberazione al ministero della Salute ai fini dell'accesso al finanziamento complessivo pari a euro 841.501,08;

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 18, comma 2, lett. a) della Lr 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale.

ALLEGATO

Progetto Presidio Casa della Salute (Cds) Regione Toscana Adeguamento e implementazione

1. Introduzione Il contesto

Negli ultimi anni i mutamenti e le nuove dinamiche dello scenario epidemiologico e sociale hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche, caratterizzate da una differenziazione della domanda di servizi e da disparità circa le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali. Le stesse relazioni tra individui, comunità e collettività e la crescente multidimensionalità dei problemi legati all'individuo e alla comunità richiedono un nuovo approccio ai problemi di salute. Sono mutati i bisogni assistenziali della popolazione e stanno emergendo nuove sfide legate ai flussi migratori, alla frammentazione delle reti familiari, alla discontinuità dei cicli di vita, alla precarietà del lavoro, con parallela crescita di forme di impiego flessibili. L'innalzamento della vita media ha determinato un aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie un alto bisogno

assistenziale non sempre adeguatamente sostenuto da politiche di protezione. La cronicità della malattia, le difficoltà della risposta assistenziale territoriale a fronte di bisogni complessi e articolati in un contesto sociale sempre meno solidale e coeso, le disuguaglianze nell'accesso alle cure, evidenziano uno "zoccolo duro" di iniquità sociale, marcato dalla relazione stretta, tra "status sociale e condizioni di salute", tra fragilità individuale ed esclusione sociale.

In questo contesto si è sviluppata qualche anno fa la Casa della Salute definita come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori di medicina generale e di specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale. È questa la definizione che si trova sul sito internet del ministero della Salute. In altra sede sempre nello stesso sito si legge che la Casa della Salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano.

La Casa della Salute rappresenta un nuovo modello per la Sanità territoriale. Attraverso la sua realizzazione i cittadini possono disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. Quella della Casa della Salute è una esperienza nuova che valorizza la comunità locale, l'autogestione, l'integrazione delle politiche per la salute, il coinvolgimento attivo degli operatori socio-sanitari. Un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra i servizi e i cittadini, per restituire alla popolazione una visione unitaria del problema salute, non solo come diritto di ogni cittadino ma anche come interesse della collettività.

Rispetto all'ambito della zona-distretto la Casa della Salute rappresenta un nodo di una rete integrata e omogenea di presidi e di servizi, dove si stabiliscono interdipendenze, si sviluppano sinergie, si realizza la piena responsabilizzazione di tutti gli operatori. Dove i servizi sociali e sanitari si riorientano per passare da una cultura dell'attesa a una cultura della promozione, della presa in carico, del rivelare la domanda inespressa. E inoltre la Casa della Salute diverrà finalmente il luogo fisico, ben identificabile e riconoscibile per tutti, dove verrà erogata l'assistenza territoriale.

2. L'esperienza della Regione Toscana

In alcune aziende Usl della Regione Toscana il modello di struttura organizzativo-assistenziale della Casa della Salute è già una realtà. Sulla base della esperienza acquisita possiamo enumerare alcuni indicatori di processo e di esito che meglio ne caratterizzano l'esperienza.

a. *Gradimento della popolazione:* i medici di medicina generale che hanno eletto il loro ambulatorio principale all'interno delle strutture Cds hanno aumentato le scelte dei cittadini di circa il 2 per cento. Ciò, pur nella limitatezza della percentuale, può essere letto come un gradimento della popolazione nei confronti sia



Figure 2 - Competenze presenti nei moduli

Modulo base	Mg	Pls	A. inf.	A. soc.	Prel.	
	Cup	S. amm.				
Modulo complesso	Mg	Pls	A. inf.	A. soc.	Prel.	Cont. ass.le
	Cup	S. amm.	Spec.	Volont. e ass. patologia		

della struttura che dei servizi offerti, sia, più che altro, del personale che vi lavora;

b. *la spesa farmaceutica territoriale* non subisce in genere variazioni di sorta;

c. *gli indici di appropriatezza nella spesa farmaceutica territoriale* invece migliorano nel senso che:

a. diminuisce il numero di ricette procapite dell'1%;

b. diminuisce il costo per ricetta dell'1%;

c. aumentano la prescrizione e uso dei farmaci generabili tra il 2 e l'8% tra i vari prodotti;

d. *la spesa per la specialistica di base* subisce un tendenziale lieve aumento del 3% dei costi dovuto probabilmente ai cittadini che ricevono maggiori cure sul territorio anziché in ospedale;

e. *il numero di appuntamenti Cup prenotati nella Cds* è aumentato di circa il 300% rispetto ai valori dell'anno precedente all'apertura della Cds. Ciò significa che il cittadino riceve l'appuntamento per eventuali prestazioni specialistiche direttamente all'interno dello studio del Mmg nella Cds ovvero nella segreteria. Ciò comporta a parte il soddisfatto immediato del fabbisogno del cittadino/paziente anche una riduzione delle liste di attesa in quanto la gestione di esse è mirata più sul fabbisogno della medicina generale;

f. *il tasso di ricovero ospedaliero* subisce un decremento del 5% come ricoveri ogni 1.000 abitanti o residenti e un decremento del -2,6% al mese calcolato sulle tariffe dei Drg;

g. *il tasso di inappropriata all'uso del pronto soccorso. I codici bianchi e blu.* Questi accessi impropri al pronto soccorso dell'ospedale di riferimento subiscono un decremento molto elevato pari al -73%;

h. *il tasso di cittadini seguiti dal Servizio sociale pubblico integrato su segnalazione del Mmg* aumenta del 63% considerata la presenza dell'assistente sociale all'interno della Cds. Tale forte incremento denota anche l'emersione di un bisogno

sociale sommerso e spesso misconosciuto nelle altre sedi di dispensazione della medicina generale e cure primarie in generale;

i. *il tasso di prelievi ematici* diminuisce di quasi il 10 per cento. Ciò indica una maggiore appropriatezza nella richiesta e nell'uso delle risorse messe a disposizione della Cds e dei cittadini da essa serviti;

j. *il tasso di lesioni cutanee guarite con intervento integrato Mmg-infermiere* aumenta del 3% nell'ottica di una sempre più stretta collaborazione tra Mmg e infermiere nell'interesse della pronta guarigione del cittadino;

k. *gli indici della medicina di iniziativa:*

a. il diabete;

b. lo scompenso;

c. l'ipertensione.

3. Il modello base e la modularità del modello sulla base dell'intensità assistenziale/integrazione professionale

Le sedi di erogazione dei servizi territoriali compresi nei Lea sono caratterizzate da notevole dispersione geografica ed estrema variabilità organizzativa. In effetti mentre è facile individuare dov'è l'ospedale e quali prestazioni vi si effettuano, molto più difficile è individuare rapidamente dove, in un certo territorio, sono effettuate le attività dei Mmg, dei Pls, specialistiche, del servizio infermieristico, degli assistenti sociali o dove è possibile espletare pratiche amministrative o effettuare prenotazioni di prestazioni sanitarie. Esistono infatti:

- i singoli studi dei Mmg e dei Pls dispersi sul territorio;
- sedi in cui sono presenti più Mmg e Pls in prossimità o meno di farmacie pubbliche o private;
- sedi in cui sono presenti più medici di medicina generale integrati da personale infermieristico e/o amministrativo (medicini di gruppo);
- poliambulatori pubblici e privati in cui sono presenti medici di assistenza primaria e specialisti;

presidi pubblici in cui sono presenti servizi amministrativi, ambulatori di medicina pubblica, studi medici.

In conclusione è molto difficile individuare attualmente a livello territoriale un modello unitario di sede di erogazione delle prestazioni extra-ospedaliere. Si ritiene pertanto opportuno progettare una nuova organizzazione dei servizi territoriali in grado di:

- offrire prestazioni coerentemente ai bisogni dell'ambito territoriale di riferimento;
- essere facilmente identificabili dal cittadino utente;
- essere capillarmente diffuse sul territorio;
- garantire nell'ambito del sistema della rete dei servizi, l'orientamento su percorsi di cura appropriati.

Il presidio territoriale "Casa della Salute" è quindi previsto come sistema di erogazione di servizi in rete che permetta di intercettare capillarmente le richieste socio-assistenziali dei cittadini utenti e di soddisfarle in modo appropriato.

Il sistema si basa sulla realizzazione di sedi o "moduli" diversi, capaci di offrire servizi e fornire prestazioni socio-sanitarie a vari livelli di complessità assistenziale in relazione al territorio in cui tali moduli sono ubicati e alla tipologia della popolazione che vi affrisce.

I moduli possono essere configurati su due livelli di complessità: il **modulo base** e il **modulo complesso**.

Il modulo **base** prevede la presenza delle seguenti competenze: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, punto di erogazione di assistenza infermieristica domiciliare, servizio assistenza sociale, servizio prelievi e il centro unico di prenotazione (Cup).

Il modulo **complesso** prevede oltre ai servizi di cui al modulo di base anche l'erogazione di medicina specialistica, alcune funzioni strutturate della medicina pubblica (visite per pazienti, certificazione e assicurazione del funzionamento dei servizi

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)



ni, vaccinazioni ecc.) e il servizio di continuità assistenziale. Per favorire il coinvolgimento delle comunità locali nella strutturazione dei servizi territoriali, potranno inoltre, essere presenti nella sede del modulo spazi a disposizione di organizzazioni in rappresentanza dei cittadini quali le associazioni di patologia, il volontariato e il terzo settore (fig. 1).

In alcuni dei moduli complessi presenti nei territori di maggiori dimensioni, in aggiunta ai servizi già presenti nel modulo complesso sopradescritto, potrà essere previsto anche un punto territoriale di emergenza (118).

Le competenze minime previste in ogni modulo (fig. 2) sono:

- 4 Mmg;
- 1 Pls;
- 2 infermieri;
- 1 assistente sociale;
- 1 o 2 amministrativi (segreteria dei Mmg);

4. Il modello organizzativo gestionale del "Presidio territoriale Casa della Salute"

Ruoli e competenze

All'interno della Casa della Salute sia essa da ricondursi al modulo base che al modulo complesso dovrà essere individuato un medico con funzioni di coordinatore organizzativo della Casa della Salute, nominato dal Rzd, in accordo con il Dg dell'azienda. Tale ruolo dovrà essere ricoperto da un medico di comunità che avrà le seguenti funzioni:

- contribuire a gestire i percorsi per il malato cronico, nella attuazione degli audit organizzativi, nel monitoraggio e valutazione dei risultati della Sanità di iniziativa;
- definire, insieme agli altri professionisti della Cds, specifici percorsi dedicati alle dimissioni difficili e alle situazioni di fragilità;
- effettuare analisi epidemiologica per una corretta valutazione dei bisogni di salute, base di partenza per individuare le peculiarità della comunità;
- valutare e monitorare gli obiettivi concordati;
- garantire livelli costruttivi di relazioni interprofessionali fra tutti gli operatori che entrano a far parte della Cds (Mmg, infermieri, Pls, specialisti, medici della continuità assistenziale), volte alla continuità dei percorsi nei confronti del bisogno della salute;
- assicurare l'utilizzo appropriato degli spazi assegnati agli operatori e ai servizi;
- promuovere e garantire il lavoro interdisciplinare degli operatori all'interno e all'esterno del presidio;
- assicurare il funzionamento dei servizi

di supporto alle attività sanitarie e sociali;

- promuovere rapporti di collaborazione con il distretto socio-sanitario e con il Comune dove si è costituita la Cds;
- gestire il fondo economico eventualmente assegnato, delegato dalla zona-distretto.

5. I progetti locali: tra presente e futuro

La tabella che segue (vedi tabella in alto a destra) riporta schematicamente le tre proposte di sviluppo territoriale all'interno di tre diverse aziende Usl della Regione Toscana: azienda Usl 3 Pistoia, azienda Usl 8 Arezzo e azienda Usl 1 Empoli.

Si è distinto lo stato attuale e lo stato di progetto, per il cui sviluppo necessita il finanziamento richiesto. L'analisi prende in considerazione il contesto della zona-distretto, la popolazione di riferimento e l'integrazione dei servizi con particolare riguardo all'assistenza primaria, infermieristica, specialistica, sociale, amministrativa e di continuità assistenziale.

6. Cronoprogramma (vedi tabella)

7. Piano economico

La tabella sottostante (vedi tabella in basso a destra) riporta la destinazione d'uso delle risorse per le quali si richiede il finanziamento.

8. Cofinanziamento

Ciascuna delle aziende Usl proponenti questo progetto di sviluppo impegnerà nei propri bilanci una cifra pari o superiore all'importo totale finanziato per la Casa della Salute proposta.

9. Obiettivi finali/risultati attesi

Si elencano di seguito gli obiettivi finali del presente progetto con i risultati attesi, anche tenendo conto di quanto dichiarato nelle parti precedenti.

1. Obiettivo 1: riunioni del personale della Cds come strumento di condivisione e peer review. Raggiungimento di una soglia minima di partecipazione agli incontri.

• *Indicatore:* tasso di partecipazione agli incontri annuali calendarizzati.

• *Risultato atteso:* tasso >= 70%.

2. Obiettivo 2: condivisione delle

informazioni sulla popolazione assistita tra tutto il team di cura.

- *Indicatore:* esistenza di un database condiviso degli assistiti da parte dei membri della Cds (sì/no);
- *Risultato atteso:* sì.

3. Obiettivo 3: riduzione del volume di codici bianchi afferente alla popolazione assistiti della Cds a confronto con il livello aziendale.

• *Indicatore:* numero di codici bianchi sul territorio comunale di riferimento Cds (il Comune, infatti, rappresenta il minimo comune denominatore della distribuzione delle scelte per le forme associative di medicina generale esistenti in azienda e, in quanto tale, fornisce una proxy valida del fenomeno da osservare).

• *Risultato atteso:* riduzione dei codici bianchi osservato per assistiti di Cds < andamento % dei codici bianchi a livello aziendale nell'anno di riferimento;

• L'obiettivo potrà essere verificato in modo "secco" (sì/no) o graduale (per esempio, con la definizione di scaglioni di raggiungimento del target).

4. Obiettivo 4.1: prevede l'identificazione delle aree specialistiche che saranno oggetto di monitoraggio rispetto a un budget di consumo di prestazioni specialistiche negoziato all'inizio della sperimentazione (vedi allegato).

• *Indicatore:* consumo di prestazioni specialistiche di assistiti Cds (su aree specialistiche individuate come oggetto di osservazione).

• *Risultato atteso:* rispetto del budget di consumo di prestazioni specialistiche degli assistiti Cds annuale (sì/no);

2. andamento % del consumo di prestazioni specialistiche di assistiti Cds < andamento % del consumo di prestazioni specialistiche a livello aziendale.

Obiettivo 4.2: attuazione e definizione di progetti-obiettivo finalizzati alla definizione e attuazione di percorsi assistenziali condivisi e integrati tra le varie professionalità territoriali.

• *Indicatore:* adesione al progetto obiettivo (sì/no);

• *Risultato atteso:* sì.

5. Obiettivo 5: prevede il monitoraggio dei ricoveri degli assistiti Cds nei giorni prefestivi e festivi, come indice di appropriatezza perseguito con il rafforzamento della continuità assistenziale.

• *Indicatore:* ricoveri degli assistiti Cds nei giorni prefestivi e festivi;

• *Risultato atteso:* andamento % dei ricoveri degli assistiti Cds nei giorni prefestivi e festivi < andamento % dei ricoveri a livello aziendale nei giorni prefestivi e festivi.

• *Indicatore:* esistenza di un database condiviso degli assistiti da parte dei membri della Cds (sì/no);

• *Risultato atteso:* sì.

• *Indicatore:* numero di codici bianchi sul territorio comunale di riferimento Cds (il Comune, infatti, rappresenta il minimo comune denominatore della distribuzione delle scelte per le forme associative di medicina generale esistenti in azienda e, in quanto tale, fornisce una proxy valida del fenomeno da osservare).

• *Risultato atteso:* riduzione dei codici bianchi osservato per assistiti di Cds < andamento % dei codici bianchi a livello aziendale nell'anno di riferimento;

• L'obiettivo potrà essere verificato in modo "secco" (sì/no) o graduale (per esempio, con la definizione di scaglioni di raggiungimento del target).

Le tre proposte di sviluppo territoriale

Stato attuale	Stato di progetto
Azienda Usl 3 Pistoia - Casa della Salute di viale Adua (Pistoia)	
Il presidio sarà dislocato in una zona della città sprovvista di analoghe strutture. Nella zona operano alcuni Mmg in studi singoli; il servizio assistenza sociale di zona è ospitato in un immobile di proprietà dell'Asl a circa 1 km di distanza; il servizio infermieristico ha sede in un altro presidio a qualche km di distanza, così come il Cup	Nella Casa della Salute (modello base) troveranno allocazione cinque Mmg organizzati come modulo di Chronic care model, un Pls, il servizio assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare, un punto prelievi, il Cup, il servizio assistenza sociale
Azienda Usl 11 Empoli - Casa della Salute di Certaldo	
Il Comune di Certaldo ha 16.300 abitanti, 15 Mmg organizzati in due sedi: una medicina di gruppo e una medicina in associazione. Il distretto S5 è in una terza sede. La continuità assistenziale è in una quarta sede	Tutti i Mmg saranno ospitati in una unica sede, la Cds di Certaldo, insieme agli infermieri, amministrativi, assistenti sociali, specialisti, Mca. Le altre sedi saranno chiuse. La continuità assistenziale è in una quarta sede Pdf
Azienda Usl 8 Arezzo - Casa della Salute di Poppi (zona-distretto Casentino)	
Il Comune di Poppi conta circa 6.500 abitanti, ma l'ambito territoriale di competenza della Casa della Salute coinvolgerà anche i Comuni limitrofi di Montemignone e Castel S. Niccolò, per un totale di circa 10mila abitanti. Sono presenti cinque Mmg organizzati in cooperativa e due Pdf. Esiste attualmente un Cds all'interno del quale si trovano alcuni ambulatori specialistici, il punto prelievi, il Cup, il servizio sociale. La Ca assistenziale attualmente è presso una Rsa	Presso la sede della Cds saranno ospitati gli ambulatori di cinque Mmg e di due Pdf. Ovviamente essi manterranno aperti gli altri ambulatori esistenti attualmente e distribuiti nel territorio. Gli studi dei Mmg che non troveranno allocazione all'interno della Cds saranno funzionalmente collegati attraverso un sistema informatico a rete che consenta la gestione informatizzata dei dati clinici dei pazienti. Si trasferiranno presso la Cds tutte le attività al momento presenti presso il Centro socio-sanitario, quindi Cup, punto prelievi, ambulatorio infermieristico, servizio sociale, ambulatori specialistici (in fase iniziale oculistica, ortopedia, rilascio certificazioni medico legali), la Ca

Il cronoprogramma

	Primo anno				Secondo anno			
	I trim.	II trim.	III trim.	IV trim.	V trim.	VI trim.	VII trim.	VIII trim.
Individuazione/scelta sedi								
Processo acquisizione/ri-strutturazione o locazione immobili								
Processo acquisizione tecnologie								
Predisposizione degli ambienti arredamento immobile								
Individuazione e definizione risorse umane e competenze								
Allocazione beni e risorse umane								
Avvio del servizio								

La destinazione d'uso delle risorse

Azioni	Risorse			Totale
	Pers.le	Attrezz.	Beni di consumo conv.	
Casa della Salute di Certaldo				
Affitto locali			45.000	
Utenze			7.000	
Pulizie			3.000	
Tecnologia acquisto		40.000		
Tecnologia manutenzione		5.000		
Personale amministrativo	50.000			
Progetti cronicità e fragilità	70.000			
Personale infermieristico, Oss, ...	80.000			
Previsione di spesa (euro)	190.000	45.000	55.000	300.000
Casa della Salute di Poppi				
Arredi			45.000	
Utenze			11.000	
Pulizie			4.000	
Tecnologia acquisto		75.000		
Tecnologia manutenzione		5.000		
Personale amministrativo	40.000			
Progetti cronicità e fragilità	50.000			
Personale infermieristico, Oss, ...	70.000			
Previsione di spesa (euro)	150.000	80.000	60.000	300.000
Casa della Salute di viale Adua (Pistoia)				
Affitto locali			40.000	
Utenze			15.000	
Pulizie			5.000	
Tecnologia acquisto		80.000		
Tecnologia manutenzione		10.000		
Personale amministrativo	60.000			
Progetti cronicità e fragilità	20.000			
Personale infermieristico, Oss, ...	70.000			
Previsione di spesa (euro)	150.000	90.000	60.000	300.000

Sanità Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI

coordinatore editoriale
Roberto Turno

comitato scientifico
Aldo Ancona
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Daniele Pugliese
Luca Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 27 del 13-19 luglio 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

INNOVAZIONI Non ci sono riscontri su incrementi di malattie legati ai cibi transgenici



Salute&Ogm, rebus irrisolto

Dati certi solo in futuro con gli studi sull'uso della soia alimentare

Quali sono le conseguenze per la nostra salute dell'utilizzo di prodotti geneticamente modificati? In che modo essi possono interferire con l'ambiente e quindi modificare la biodiversità? A poco più di vent'anni dall'ingresso sulla scena mondiale del primo seme Ogm (il mais Bt) l'unica certezza è che su questo tema certezze scientifiche, ancora, non esistono. Esiste la polemica, quella sì, sempre pronta a impennarsi, favorita da una situazione normativa ancora indefinita. Ma la scienza no, il suo verdetto non l'ha ancora espresso. «Ci sono studi capaci di dire l'uno l'esatto contrario dell'altro. Ma prove definitive non ne abbiamo» conferma Domenico Pignone, direttore dell'Istituto di genetica vegetale del Consiglio nazionale delle ricerche. «E quando la situazione è questa - aggiunge - è necessario seguire il principio di precauzione: approfondire, prima di scegliere».

Gli effetti sulla salute. Le biotecnologie, nel mondo scientifico, hanno una storia breve. L'anagrafe certifica la loro nascita negli anni Trenta, ma è solo dai primi anni Settanta che comincia una reale attività di ricerca. «Siamo di fronte a una tecnologia nuova, anche per questo è difficile valutarne gli effetti», sottolinea il direttore dell'Istituto di genetica vegetale. «Sul versante sanitario - prosegue - non ci sono stati sin qui riscontri epidemiologici di incrementi di malattie associate all'utilizzo di prodotti Ogm. Forse avremo qualche indicazione nei prossimi anni studiando per esempio l'utilizzo della soia: ormai infatti la coltivazione della soia transgenica ha soppiantato quella tradizionale. E visto l'utilizzo molto vasto per usi alimentari di derivati della soia (per esempio la lecitina) probabilmente cominceremo tra qualche tempo a saperne di più, anche perché è difficile pensare che la soia utilizzata a fini alimentari sia solo quella non Ogm che ormai è



solo un 30% della produzione totale. Di sicuro possiamo invece dire che le biotecnologie hanno dato importanti risultati in ambito medico: per esempio con l'insulina, realizzata con batteri modificati».

I rischi per la biodiversità. E l'agricoltura? Il rischio è che l'avvento di prodotti geneticamente modificati possa inquinare irrimediabilmente il patrimonio di varietà tipiche. Un rischio che la Toscana sente moltissimo, dato il legame delle sue produzioni agricole con il territorio, la presenza di una straordinaria varietà di razze e prodotti (ben 718 censiti), il tessuto di piccole imprese (otto ettari di estensione media). Per questo, oltre che per le cautele legate alla salute, la Toscana ha voluto proteggere le sue produzioni approvando nel 2000 la prima legge in Italia che vieta la coltivazione di Ogm sul territorio regionale e

successivamente fondando, insieme all'Alta Austria, una rete di regioni Ogm free (oggi sono 51) capace di rappresentare queste preoccupazioni su scala continentale. Ma allo stesso tempo, la Toscana ha anche scelto di impegnarsi in prima persona per favorire quella conoscenza scientifica che è necessaria per assumere qualunque decisione. Sino a oggi sui tavoli della Commissione europea sono stati appoggiati soprattutto i documentati dossier delle multinazionali, dunque con un committente fortemente interessato a favorire l'utilizzo delle biotecnologie per alimentare le produzioni su scala industriale. «Invece - sottolinea Maria Grazia Mammucini, direttore dell'Arsia, l'Agenzia regionale che si occupa di ricerca e innovazione in campo agricolo - ciò che serve è una ricerca pubblica e indipendente, capace di garanti-

re l'interesse di tutti i cittadini». In passato una prima sperimentazione con mais colorato in grado di simulare il flusso dei geni attraverso i pollini, eseguita presso il centro di Cesa, in Val di Chiana, ha dimostrato la possibilità di inquinamento genetico anche a distanze notevoli. Nel prossimo futuro attraverso un bando che è partito in questi giorni sarà possibile conoscere meglio le ripercussioni socio-economiche che si avrebbero con l'introduzione di Ogm.

Invece il presente è in un progetto di dimensioni europee che ha preso il via al Parco di Migliarino, San Rossore e Massaciuccoli: permetterà di stabilire il potenziale impatto degli Ogm sulla biodiversità.

Una coesistenza possibile? Il progetto, che si chiama Life-Demetra, ha per capofila l'Arsia, ma vede impegnate sul campo le migliori risorse della nostra ricerca genetica. Il Cnr, per esempio: «Per la prima volta - osserva Pignone - viene realizzato uno studio per valutare il potenziale impatto di colture Ogm non su aree di agricoltura estensiva, ma su un'area agricola complessa, a elevata naturalità. E questo ci permetterà di capire se, come e quanto l'utilizzo di Ogm possa alterare la biodiversità». Il tema, di fondo, è quello della coesistenza tra colture tradizionali e colture transgeniche. In Italia non ci sono ancora le linee guida che la regolano, e questa ricerca potrebbe offrire un fondamentale supporto nel determinare quali siano i margini necessari a evitare pericolose interferenze. E queste cautele interessano certamente la Toscana, ma non solo. I riscontri scientifici sono infatti ciò che serve per attenuare gli scontri ideologici. Per sostenere i supporti normativi. E per scrivere finalmente una parola di chiarezza su questa vicenda.

**A cura di
Massimo Orlandi
(Agenzia Toscana Notizie)**

RICERCA

Il progetto Life-Demetra sui rischi per l'ambiente

Determinare i potenziali rischi generati dall'utilizzo degli Ogm nell'ecosistema. È questo l'obiettivo del progetto di ricerca Life-Demetra che ha preso il via nei mesi scorsi in Toscana, in alcune aree del Parco regionale di Migliarino, San Rossore e Massaciuccoli. Il lavoro di ricerca, che si svilupperà senza impiego di organismi transgenici, servirà a determinare i potenziali rischi generati dall'utilizzo degli Ogm nell'ecosistema attraverso l'elaborazione di un sistema di monitoraggio che utilizzerà le più avanzate conoscenze nell'ambito della genetica molecolare. Quattro le colture prese in esame dal progetto: mais, soia, girasole e pioppo. Ma ci sarà un lavoro di analisi anche sulla patata. «Si tratta di un progetto di grande importanza - ha detto l'assessore regionale all'Agricoltura Gianni Salvadori, intervenendo alla presentazione - questo studio ci offrirà strumenti nuovi, di assoluto rilievo scientifico, per valutare il potenziale impatto delle colture Ogm sui nostri ambienti naturali e sulla biodiversità. Sarà un apporto fondamentale anche in relazione al dibattito attuale sulla possibile coesistenza tra coltivazioni tradizionali e Ogm».

L'obiettivo principale del progetto Demetra, acronimo di «Development of a quick monitoring index as a tool to assess environmental impacts of transgenic crops» (Sviluppo di un indice di monitoraggio rapido quale strumento per valutare l'impatto ambientale delle colture transgeniche), è definire una metodologia innovativa di valutazione del rischio, in presenza di colture transgeniche, mediante la determinazione di un indice sintetico di monitoraggio, il Quick monitor index (Qmi), capace di evidenziare le aree in cui posizionare la rete di monitoraggio ambientale.

Un progetto innovativo e unico nel panorama italiano ed europeo, visto che non esiste una metodologia standard per il monitoraggio degli effetti degli Ogm nell'ambiente. La ricerca, finanziata da fondi pubblici, ha l'ambizione di colmare questo vuoto proponendo uno strumento analitico, anche se previsionale, per poter determinare un indice sintetico di monitoraggio dell'impatto delle colture transgeniche sulla biodiversità. Il progetto è finanziato nell'ambito del programma europeo Life e promosso da Regione, Arsia, Università di Firenze, Consiglio nazionale delle ricerche e Parco regionale di Migliarino, San Rossore e Massaciuccoli. I risultati di questo lavoro costituiranno il quadro scientifico per l'applicazione dei principi sulla coesistenza tra colture transgeniche, convenzionali e biologiche e potranno aprire la strada a un dibattito sull'ipotesi di cambiare le regole di autorizzazione della Commissione europea sull'utilizzo delle colture transgeniche.

BIODIVERSITÀ

È stata una patata a portare di nuovo sulla ribalta il tema degli Ogm e del loro utilizzo. Amflora, così si chiama, viene prodotta da una multinazionale tedesca e, qui sta la notizia, è stato l'ultimo prodotto geneticamente modificato ad aver superato il vaglio della Commissione europea. Una patata. Non è certo questo uno dei prodotti di punta della produzione agricola regionale, oltretutto perché Amflora viene utilizzata a livello industriale, su produzioni estensive che qui non esistono. Ma il caso è ugualmente emblematico perché ci consente di verificare comunque la possibile incidenza di un prodotto di questo tipo sulle varietà locali della Toscana. Anche se al mo-

Il caso-patata e i pericoli di contaminazione

mento non esiste uno studio specifico sull'impatto di questa patata Ogm, si sottolinea all'Arsia, i dati generali di questo prodotto indicano che il rischio di inquinamento genetico sarebbe alto perché è consistente la possibilità di fecondazione incrociata dovuta alla diffusione del polline attraverso gli insetti. Dunque, anche un prodotto di questo tipo potrebbe, se coltivato, mettere a rischio le sei varietà toscane di patata che sono state salvate da estinzione e valorizzate in un percorso di qualità.

La patata rossa di Cetica (Ca-

sentino, Arezzo) è certamente la più conosciuta, ma nell'elenco figurano anche la patata Sulcina della Garfagnana, la patata di Zerri (Massa Carrara), la patata di Santa Maria a Monte (Pisa), la patata di Regnano (Lunigiana) e la patata bianca del Melo (Cutiigliano, provincia di Pistoia). Negli ultimi anni, in virtù della legge regionale sulla tutela e valorizzazione del patrimonio di razze a interesse locale alcune di queste specie hanno recuperato una valenza produttiva grazie al lavoro di piccoli produttori e si sono affermate grazie alla loro elevata

qualità. Rappresentano dunque un patrimonio di qualità e di biodiversità da salvaguardare. Il problema della relazione con le colture Ogm, evidenziato dalla decisione della Commissione Ue, se riguarda ora direttamente le coltivazioni di patata, coinvolge potenzialmente tutta la relazione tra il transgenico e la produzione agricola toscana, così legata alla qualità e all'identità territoriale.

Di fatto la patata Amflora non arriverà ancora nei nostri campi: tecnicamente, perché la patata Amflora possa essere coltivata, occorrerebbe prima affrontare

l'aspetto normativo sulla coesistenza (e in Italia su questo c'è ancora un vuoto normativo perché non sono state ancora approvate le linee guida sulla coesistenza), quindi superare la fase di sperimentazione e solo al termine di questo iter potrebbe arrivare l'iscrizione al registro nazionale delle sementi. Ma un rischio rimandato non è un rischio affrontato e risolto: come sarà possibile conciliare in futuro la coesistenza tra Ogm e prodotti tradizionali, in che modo si darà certezza a chi coltiva o a chi vuol acquistare prodotti di qualità, espressione del territorio? Su questi temi la patata, a partire da quella Amflora, resta bollente.

EMPOLI

Convenzione tra Asl, associazioni di volontari e federazioni di donatori

Sangue, donazioni allo sprint



Obiettivo: potenziare l'attività per far fronte all'aumento della domanda

Convenzione fatta tra l'Asl 11 Empoli e le associazioni e federazioni dei donatori di sangue e di emocomponenti sulle attività di donazione. La firma del documento rafforza il rapporto di collaborazione, vissuto sempre all'insegna della massima disponibilità, tra Asl e associazioni di volontariato impegnate nelle donazioni come Avis, Croce rossa italiana, Fratres, Pubbliche assistenze riunite, le cui sedi sono presenti in tutti i 15 Comuni serviti dall'Asl.

Tra le principali novità la convenzione prevede migliorie al funzionamento del comitato di coordinamento per favorire la massima partecipazio-

zione dei donatori, ma anche la programmazione e lo sviluppo delle attività di raccolta sangue nelle strutture del sistema trasfusionale toscano. Il comitato, formato dal responsabile del Servizio trasfusionale e da un rappresentante della direzione sanitaria dell'Asl 11 e dai rappresentanti delle associazioni di volontariato convenzionate, si riunirà una volta ogni tre mesi per discutere, proporre e favorire la soluzione dei problemi relativi all'organizzazione del servizio, alle attività di informazione e alla tutela del donatore. La convenzione durerà tre anni ed esprime la volontà di dare il migliore contributo possibile per il

potenziamento delle donazioni di sangue.

Infatti, nonostante i dati del 2009 dimostrino un aumento di donazioni nel territorio dell'Empolese Valdelsa e del Valdarno inferiore, la richiesta di sangue ed emocomponenti è in continuo aumento e la raccolta deve superare le 240mila donazioni/anno e distribuirsi in modo omogeneo per tutti i periodi dell'anno in modo che l'approvvigionamento sia continuo e non si alternino periodi in cui il sangue manca ad altri dove c'è eccedenza.

Tuttavia, con l'attività di raccolta a oggi effettuata, non solo è stato possibile soddisfare la

necessità di sangue dell'Asl 11, dove si registra un aumento dei consumi di sangue e di emoderivati per uso clinico, ma è stato possibile "esportare" sangue e plasma verso altri ospedali della Toscana. Allo stesso tempo, nell'anno 2009 è aumentata anche la quota di plasma inviata all'industria di separazione ed è di conseguenza cresciuta anche la quota di emoderivati (farmaci salvavita) che è tornata all'Asl per le esigenze cliniche dei malati.

Maria Antonietta Cruciatà
 Ufficio stampa Asl 11 Empoli

EMPOLI

Nuova programmazione strategica per territorio e servizi socio-sanitari

Contratto di servizio tra l'Asl 11, le Società della Salute di Empoli e del Valdarno inferiore e l'Ufficio comune servizi sociali associati del Livello ottimale del Valdarno inferiore. Il contratto disciplina i rapporti tra i soggetti che hanno sottoscritto l'accordo, ottimizzando la programmazione strategica delle attività, comprese nel Lea territoriale, ma anche di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali. In particolare, le due Sds, che hanno rispettivamente due consigli di amministrazione, si dotano di un corpo unico (staff e supporto amministrativo) per ottimizzare i costi e le sinergie nella programmazione delle attività. Si tratta di un'esperienza unica in Toscana che coglie il difficile momento che stiamo attraversando (in termini di risparmio della spesa pubblica) senza ridurre il numero dei servizi destinati ai cittadini.

Siglato un contratto per conciliare bisogni e innovazione

È una tappa importante nella storia delle Società della Salute, la cui sperimentazione è stata avviata nel 2008. A partire dal 1° gennaio 2011 la nuova organizzazione, che include in

un corpo unico le due Sds, l'Asl 11 e l'Ufficio comune servizi sociali associati del Livello ottimale del Valdarno inferiore, godrà di una maggiore autonomia decisionale e di una più ampia sinergia di governo tale da evitare aggravii di costi.

La Società della Salute infatti ha l'obiettivo di consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando

duplicazioni di funzioni tra gli enti associati e assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata

del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale. Inoltre deve rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione, promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi territoriali di zona-distretto e sviluppare l'attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze.

M.A.Cru.

AREZZO

Assistenza ed educazione crescono con i centri di Quarata e Ceciliano

Con Quarata e Ceciliano, salgono a 13 i centri sanitari dell'area aretina, che formano una rete sempre più fitta e articolata. «Con l'inaugurazione dei centri socio-sanitari di Quarata e Case Nuove di Ceciliano - ha detto il direttore generale della Asl Enrico Desideri - si aggiungono altri due tasselli che vanno a completare il mosaico delle strutture territoriali a suo tempo individuate dall'azienda sanitaria, assieme ai

Nelle due sedi medici di famiglia e farmacia

Comuni e ai medici di medicina generale». Quarata e Ceciliano chiudono la rete ma aprono contemporaneamente una nuova fase che porterà ad ampliare la strategia di intervento di educazione alla salute e assistenza nel territorio.

Le due sedi - come quelle di molti altri centri sanitari - sono state messe a disposizione dal Comune di Arezzo. In particolare, per Quarata e Ceciliano fondamentale è stato l'apporto della circoscrizione Giovi. «Abbiamo voluto fortemente questo intervento - sottolinea il presidente Cinzia Scartoni - e in un periodo di vacche magre per le case pubbliche, abbiamo scelto di finanziare i lavori raschiando il

fondo del barile del nostro già smilzo bilancio. Ma siamo soddisfatti di questa scelta».

Il centro di Quarata si trova presso il locale centro di aggregazione, ospiterà due medici di famiglia e avrà un punto prelievi. Stessa programmazione anche per Case Nuove di Ceciliano, dove sono stati previsti due ambulatori per i medici di medicina generale e un punto prelievi. A Ceciliano - secondo quanto affermato dal direttore della zona-distretto, Claudio Pedace - in tempi brevissimi sarà attivo un ambulatorio infermieristico per le medicazioni e per l'Adi, l'assistenza domiciliare integrata».

Sempre a Ceciliano è stata inaugurata anche la nuova farmacia comunale, la n. 8. «Una farmacia a lungo richiesta e fortemente voluta dalla popolazione - ha affermato il presidente Afm, Marzia Sandroni. Un presidio che, seppur con funzioni diverse dalle strutture sanitarie, si integra nel processo assistenziale, attraverso una propria rete, anch'essa diffusa e distribuita nel territorio».

Pierluigi Amorini
 Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

SIENA

La Siucp promuove «Le Scotte»: centro colonproctologico al top

Prestigioso riconoscimento per la Chirurgia generale I del Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena. La Siucp, Società italiana di colonproctologia ha accreditato il centro di colonproctologia attivo all'interno del reparto chirurgico senese, diretto dal professor Gabriello Tanzini, considerando uno dei migliori centri d'Italia per il trattamento delle problematiche relative a intestino e retto.

«L'impegno profuso in tutti questi anni - spiega il chirurgo Natale Calomino, coordinatore del centro - è stato premiato. I pazienti sanno di poter trovare, qui da noi,

La Società scientifica accredita il reparto del Policlinico senese

una risposta professionale e competente su problemi particolari, che creano grandi disagi nella vita quotidiana quali emorroidi, ragadi, fistole, prolasso rettale, sino ad arrivare ai tumori dell'apparato digerente, e che non devono essere trascurati».

All'interno del reparto chirurgico senese è attivo anche l'ambulatorio chirurgico coordinato da Franco Papi, dove vengono effettuati esami particolari quali l'ecografia transrettale e la manometria retta-

le. Il centro collabora attivamente con la Riabilitazione funzionale, diretta da Maria Grazia Burroni, per le problematiche relative alla riabilitazione del pavimento pelvico.

«Il colonproctologo - aggiunge Calomino - è il professionista competente per affrontare patologie che colpiscono indistintamente adulti e bambini, uomini e donne, in ogni fase della vita. Il punto di partenza nella cura di tali disturbi è un'adeguata conoscenza del problema, in tutte le sue manifestazioni».

La Siucp ha tra le sue finalità quella di promuovere la conoscenza e la ricerca nel campo delle malattie colonproctologiche, svolgere attività di prevenzione, di diagnosi precoce, di trattamento medico, chirurgico e riabilitativo, nel rispetto della normativa concernente le singole professioni sull'assistenza sanitaria e realizzare programmi per la formazione e l'aggiornamento del personale medico e non medico e dei volontari.

Ines Ricciato
 Ufficio stampa Policlinico Santa Maria alle Scotte

IN BREVE

LUCCA

Il dipartimento della Prevenzione e il distretto socio-sanitario di Capannori dell'Asl 2 Lucca sono stati trasferiti nella nuova struttura di piazza Aldo Moro a Capannori. Grazie a quest'opera si realizza un potenziamento dei servizi socio-sanitari della Piana di Lucca. Dopo alcune difficoltà iniziali legate al trasferimento, i cittadini potranno apprezzare il miglioramento qualitativo, grazie anche a una maggiore facilità di utilizzo dei servizi, vista la nuova ubicazione baricentrica rispetto al territorio capannorese. Per la struttura sono state anche studiate nuove tecnologie e soluzioni per migliorare al massimo il contenimento dei consumi energetici. All'interno del dipartimento della Prevenzione continua a essere presente anche il Laboratorio di Sanità pubblica.

EMPOLI

Un nuovo servizio ospedaliero verrà fornito dall'Asl 11 a partire da settembre. Si tratta dell'ambulatorio dermatologico follow up melanoma dedicato ai pazienti operati per melanoma cutaneo e che necessitano di un controllo dermatologico periodico e programmato. Tale attività verrà svolta dal personale sanitario dell'unità operativa di Dermatologia. L'ambulatorio dermatologico follow up melanoma andrà ad aggiungersi alla già esistente attività di prevenzione dermatologica, che prevede lo svolgimento dell'esame clinico strumentale mediante dermatoscopia delle lesioni pigmentate (nevi). Lo scopo è giungere sempre più precocemente a un'eventuale diagnosi di melanoma, ma anche quello di poter così intervenire tempestivamente per raggiungere una prognosi positiva.

PISA/1

Avviato il primo corso sulla chirurgia laparoscopica "Sils" (Single instrument laparoscopic surgery) presso il blocco operatorio dell'ospedale di Pontedera. I partecipanti alla prima edizione sono sei e provengono dagli ospedali di tutta la Regione. La chirurgia laparoscopica Sils è un'evoluzione della chirurgia laparoscopica, ancor meno invasiva della laparoscopia tradizionale, perché invece di usare vari strumenti in diverse zone dell'addome utilizza solo un piccolo foro all'interno dell'ombelico per accedere al settore operatorio. Tale tecnica viene utilizzata di routine presso la Chirurgia generale dell'ospedale Lotti di Pontedera per togliere la colecisti, per l'appendicectomia e addirittura per alcuni interventi di resezione intestinale necessari per asportare tumori intestinali.

PISA/2

La direzione del Centro regionale Sangue della Toscana ha premiato, per l'innovazione, il Centro trasfusionale di Pontedera. La cerimonia si è svolta a conclusione della settimana regionale della donazione del sangue che è stata organizzata a metà giugno scorso a Firenze, nel Salone dei Cinquecento di Palazzo Vecchio. Il Premio innovazione 2010 è stato conferito alla Asl 5 Pisa e alla Asl 6 Livorno. Inoltre, le strutture della Asl 5 Pisa sono state tra quelle con un indice di donazione ben superiore alla media di tutta la Regione, risultando al terzo posto per la raccolta delle emazie e al secondo per il plasma da aferesi e complessivo. Tutto questo è stato evidenziato dalla presentazione dei dati relativi agli indici di donazione per 1.000 abitanti, tra i 18 e i 65 anni, per emazie e plasma da aferesi.

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

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN
GR
LIB

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

PORANEI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

INTER
NET
PER
TUTTI

PRE
STITO
GRA
TUITO

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