

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. 35 anno XIII del 21-27 settembre 2010 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

BILANCI

I risultati di un anno di applicazione del Chronic care model (Ccm)

Medici pronti ma in corsa contro il tempo

di Antonio Panti *

Aristotile paragona l'arte del medico a quella del contadino, perché deve coltivare la salute oltre che somministrare le cure, e a quella del navigatore, perché deve condurre il malato a superare le secche e gli scogli della malattia. Una visione moderna della medicina generale.

Il medico di famiglia è il motore della medicina di iniziativa per ridurre i rischi primari con adatti stili di vita; inoltre risolve la massima parte delle richieste nel proprio studio ma, quando occorre, aiuta i pazienti a districarsi nei complessi percorsi della medicina specialistica, nel contesto di una Sanità spesso inutilmente burocratica.

Tuttavia il medico opera secondo modalità di lavoro ormai inadeguate e vive il contrasto tra il ruolo di advocacy, cioè di tutela del paziente, proprio del rapporto di fiducia, e quello di gatekeeper, cioè di guardiano di quel giardino specialistico delle Esperidi, colmo di tutte le delizie con cui il malato vuol soddisfare la sua sete di certezze.

Comunque, per realizzare la medicina di iniziativa, questione prioritaria è la riorganizzazione del distretto che deve organizzarsi come un presidio ospedaliero, con una direzione sanitaria con compiti di analisi dei bisogni, di verifica dei risultati, di organizzazione delle cure, di gestione e contrattazione del budget.

Ancora prioritaria è che l'organizzazione dei

CONTINUA A PAG. 2

La medicina d'iniziativa vince

Integrazione con gli assistiti cronici per stimolare prevenzione e auto-cura

È un fatto acquisito che le tendenze demografiche ed epidemiologiche, unite alla progressiva riduzione delle risorse disponibili, mettano sempre di più i sistemi sanitari davanti alla necessità di individuare modelli organizzativi sostenibili per la prevenzione e la gestione delle patologie croniche. Esperienze e riflessioni condotte a livello nazionale e internazionale hanno portato la comunità scientifica a individuare e raccomandare alcuni specifici modelli, tra cui in particolare il Chronic care model (Ccm), in considerazione dei risultati positivi riconducibili alla loro attuazione, sia in termini di efficacia che di efficienza. Tali modelli si caratterizzano per la programmazione e la proattività degli interventi sulla base di percorsi assistenziali predefiniti (da cui il concetto di medicina o Sanità d'iniziativa), il coinvolgimento coordinato di figure professionali diverse nel percorso del paziente, il monitoraggio sull'attuazione del percorso stesso, l'enfasi sulla prevenzione e l'auto-cura.

La Regione Toscana, che condivide con molti altri paesi lo scenario sopra accennato, non è stata - solo - ad ascoltare: con il Piano sanitario regionale 2008/2010 è stato scelto il Ccm come modello di riferimento per far transitare la gestione delle malattie croniche a livello territoriale dal paradigma classico dell'attesa a quello dell'iniziativa e, nel giro di pochi mesi, sono stati compiuti i passi necessari per avviare il nuovo modello assistenziale, dall'adozione dei pareri del Consiglio sanitario regionale su ruoli professionali, percorsi e formazione, alla firma dell'Accordo con la medicina generale, per finire con l'approvazione del progetto per l'attuazione della Sanità d'iniziativa a livello territoriale (Dgr n. 716 del 3 agosto 2009).

A un anno dall'avvio del processo attuativo è il caso di evidenziare, in primo luogo, come tutto quanto finora compiuto sia stato il frutto di una interazione tra soggetti che hanno svolto responsabilmente ciascuno un ruolo chiaro, con compiti ben individuati all'interno del progetto. Se da un lato



ACCORDO CON L'INAIL

La sicurezza sul lavoro «al femminile»

Linee guida per la valutazione e la prevenzione degli infortuni nelle donne

La stesura di linee guida per la prevenzione, la valutazione e la rimozione dei rischi in ottica di genere; l'elaborazione di moduli formativi per i responsabili della sicurezza, che tengano conto dei rischi di genere. E poi indagini conoscitive, osservatori di realtà locali, e anche un portale dedicato.

Sono alcuni degli obiettivi individuati dal «Protocollo Regione Toscana-Inail su Salute e sicurezza sul lavoro in ottica di genere», siglato il 6 settembre 2010 dall'assessore regionale al Diritto alla salute Daniela Scaramuccia e dal direttore regionale toscano dell'Inail Aniello Spina, alla presenza del direttore generale dell'Inail Giuseppe Lucibello.

Per le lavoratrici, i settori più a rischio sono l'industria tessile, quella conciaria, quella alimentare, mentre per gli uomini il pericolo viene soprattutto dalle costruzioni, dai trasporti, dall'industria dei metalli. Dai flussi informativi Inail-Ispesl-Regioni 2006-2008 risulta che gli infortuni accaduti alle donne sono stati più numerosi rispetto a quelli dei colleghi maschi nei settori: Sanità (6.345 alle donne, 1.686 agli uomini); pubblica amministrazione (2.916 donne, 2.106 uomini); intermediazione finanziaria (596 donne, 511 uomini); istruzione (297 donne, 153 uomini). Le malattie professionali più frequenti tra le donne: tendiniti, dermatiti ed eczemi, affezioni dei muscoli.

le strutture della Giunta hanno mantenuto su di sé un ruolo forte di coordinamento, indirizzo e verifica nei confronti delle Asl, dall'altro queste ultime, grazie anche alla valorizzazione della figura del medico di comunità, hanno potuto compiere in autonomia le attività di competenza, facilitando la definizione dei percorsi assistenziali aziendali e l'attivazione dei nuclei di sperimentazione sul territorio, individuando soluzioni adatte ai contesti di riferimento, seppur nel rispetto della cornice unitaria che deve connotare l'evoluzione organizzativa di un intero sistema.

Le professioni coinvolte, dal canto loro (medicina generale, professioni infermieristiche in primis), hanno svolto il ruolo fondamentale in tale processo, accettando la sfida dell'integrazione, della valutazione interna (di team) ed esterna (dell'azienda), nonché di un nuovo rapporto con l'assistito, che evolve verso la proattività, la valorizzazione del self management e l'adozione di nuove tecniche di relazione. Non a caso, la formazione degli operatori è stata oggetto di una particolare valorizzazione, in termini scientifici, economici e organizzativi. I dati considerevoli della sperimentazione (numero dei nuclei attivati, Mmg e assistiti coinvolti) e quelli della formazione effettuata ben rappresentano l'impegno profuso ai diversi livelli sopra richiamati, restituendo il senso di un sistema complessivamente proteso, per molteplici ragioni, verso un nuovo modello di assistenza territoriale. Molto lavoro rimane da fare, ma certamente la strada intrapresa è quella giusta.

Andrea Leto
Responsabile Area di coordinamento sistema socio-sanitario regionale
Direttore generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Cosetta Simonti
Elisa Scopetani
Funzionari settore Medicina predittiva preventiva

LA RELAZIONE A PAG. 4-5

CONTROCANTO

I pazienti sono garanti della qualità

di Roberto Cocci *

Finalmente da aprile stanno partendo, in fase pilota, gli studi medici che si occuperanno della Sanità d'iniziativa, un modello di assistenza integrata, tra ospedale e territorio, ai pazienti afflitti da patologie croniche.

La Federazione regionale Associazioni toscane diabetici fino dalla emanazione delle delibere ha dato parere

positivo dato che, almeno negli intenti, promuove tra l'altro, una corretta collaborazione anche con le associazioni dei pazienti.

Il giudizio è legato alle importanti indicazioni date dalla Regione Toscana alle Asl come: definizione dei percorsi assistenziali, formazione dei medici di medici-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Check sclerosi e insufficienza venosa

La Giunta regionale ha approvato il Progetto di ricerca «Associazione tra insufficienza venosa cronica cerebrospinale e sclerosi multipla» che ha come obiettivo primario la verifica della correlazione esistente tra l'insufficienza venosa cerebrospinale cronica e la Sclerosi multipla (premessa indispensabile per eventuali studi di valutazione dell'efficacia terapeutica dell'intervento di disostruzione venosa). Il progetto - in cui parteciperanno l'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi, quella Senese e quella Pisana - sarà finanziato con 500mila euro. (Delibera n. 803 del 6 settembre 2010)

▼ Formazione ecografica per gli Mmg

Approvato il nuovo progetto formativo «Formazione ecografica del medico di medicina generale». Per la sua realizzazione è stata incaricata l'azienda ospedaliero-universitaria Pisana, che potrà avvalersi a tal fine del Dipartimento di oncologia, dei trapianti e delle nuove tecnologie in medicina chirurgia generale dell'Università di Pisa e l'azienda ospedaliero universitaria Careggi-Dipartimento area critica medico chirurgica. Obiettivo didattico è fornire una formazione ecografica capace di permettere agevolmente l'identificazione di anomalie degli organi addominali. (Delibera n. 792 del 30 agosto 2010)

ALL'INTERNO

I generalisti si riorganizzano

A PAG. 3

La diabetologia vince in team

A PAG. 6

Cooperazione Pisa-Balcani

A PAG. 7

MODELLI

La chiave della medicina d'iniziativa è la corretta informazione



Vince il rapporto col paziente

I cronici "esperti" facilitano un modo di curare interattivo con i Mmg

Il Chronic care model ha tra i suoi presupposti di successo la creazione di interazioni efficaci tra un team di operatori e professionisti preparati e il paziente informato e attivato (un paziente esperto).

Si tratta di trovare un diverso modo di curare da parte dei sanitari, di prendersi cura della propria salute da parte del paziente, di attivare una proattiva e continuata collaborazione tra questi attori.

Il paziente cronico in Italia è tipicamente seguito dal proprio medico di famiglia, al quale è abituato a fare riferimento per tutti i propri bisogni, a prescindere dalla gravità di malattia o rischio per la salute. Un medico di famiglia con 1.500 assistiti è incapace di dedicare a ciascun paziente più di 8-10 minuti per visita, che spende concentrandosi sui segni clinici di eventuale scompenso, sulla prescrizione di esami di con-

trollo, sulla conferma o modifica della terapia farmacologica. Poco quindi è il tempo per valutare l'andamento, programmare i controlli, rivolgere attenzione alla informazione/formazione del paziente.

I moduli della Sanità di iniziativa consentono di affiancare al medico di famiglia, nella gestione della salute di un paziente cronico, altri professionisti, l'infermiere in particolare.

Al paziente è chiesto di sviluppare, attraverso il counseling individuale e di gruppo, più conoscenze, più competenze e abilità nella gestione della propria condizione di cronicità: il paziente può, così, far valere la propria centralità, sia in termini di diritto a essere seguito proattivamente secondo un percorso di follow up, sia in termini di disponibilità a un maggior coinvolgimento e partecipazione.

Davanti a questo scenario non sappiamo ancora come i pazienti reagiranno al fatto che altri professionisti, non medici, si occuperanno della loro salute e che saranno attivamente richiamati per regolari controlli.

I primi mesi di sperimentazione hanno consentito di raccogliere le prime reazioni e di sondare la possibilità di cambiare contando sulla collaborazione dei pazienti.

La presa in carico nel percorso dei pazienti diabetici e con scompenso cardiaco ha registrato un elevato livello di adesione, oscillante tra l'85 e 95% degli inviti. Tra i pazienti con diabete mellito di tipo II in particolare, il fatto di essere chiamati alla visita in virtù della propria condizione di malattia, avrebbe potuto essere vissuto con fastidio e come intrusione nella propria privacy. Evidentemente l'informazione data dai medici di medicina generale ha reso questo rischio non effettivo.

In occasione della prima visita i pazienti hanno riferito o

mostrato particolare apprezzamento per essere stati chiamati senza aver dovuto esprimere un bisogno (l'iniziativa, appunto), per aver trovato un sanitario orientato verso la cura globale della persona. L'attenzione posta a indagare la conoscenza della propria malattia e degli stili di vita correlati ha confermato l'assoluta necessità di lavorare attraverso il counselling individuale o di gruppo. Il rinforzo educativo praticato dall'infermiere ha permesso a molti pazienti di aumentare conoscenza e consapevolezza sulla propria condizione, e ha fatto emergere la diffusione persistente di falsi miti (... sono anni che mangio soltanto mele perché è l'unico frutto concesso ai diabetici...). Particolare attenzione e disponibilità è stata mostrata per il counselling dietetico, richiesti con la partecipazione aperta anche ai propri familiari.

I pazienti hanno mostrato disponibilità a discutere e contrattare gli obiettivi per migliorare nella gestione della propria malattia (controlli glicemici), come su alcuni stili di vita essenziali nel controllo della malattia, dieta e attività fisica fra tutti. L'approccio non prescrittivo o limitativo proposto dall'infermiere, la ricerca invece di un vero e proprio "piano di azione" concordato, sembra essere la strada giusta e ben accetta. I diabetici giovani hanno invece mostrato maggiore

però vincolata alla capacità di rendere agevole l'adesione alle visite e ai controlli programmati (il paziente deve uscire dalla visita con gli appuntamenti dati e programmati), di far ritrovare il medesimo infermiere; i pazienti chiedono inoltre la possibilità di trovare presso le sedi dei moduli adeguate attrezzature (es. glucometri, coagulometri, Ecg), le consulenze specialistiche necessarie e servizi di varia natura (es. prelievi venosi). Tutto questo è soltanto lo sviluppo delle cure primarie al quale anche il sistema aspira. Non perdiamo l'occasione.

La strada giusta sono i "piani d'azione concordati"

delle cure primarie al quale anche il sistema aspira. Non perdiamo l'occasione.

Lorenzo Roti
Responsabile Uf Attività sanitarie di comunità Centro socio sanitario Giovanni

Asl 4 Prato
Raffaella Bartolini
Medico Asc Asl 4 Prato

EMPOLI

La Casa della salute è il "modulo" ideale

La Casa della Salute (Cds) e la Sanità di iniziativa (Sdi) costituiscono due novità nel panorama dell'approccio alla salute negli ultimi 10 anni.

La Casa della Salute è una novità a carattere strutturale, un contenitore di servizi e professionisti; la Sanità di iniziativa è una risposta ai mutamenti della epidemiologia che lega in maniera indissolubile nuovi servizi con i professionisti per vincere la sfida della epidemia del secolo, cioè la cronicità.

La Cds a Empoli è stata inaugurata il 24 ottobre 2008 ed è censita come struttura dal ministero della Salute. La Sdi è stata oggetto di notevole promozione da parte della Regione Toscana, compresa l'ultima delibera, la 355 del marzo 2010, sugli indicatori della Sdi.

Dopo un anno e mezzo di attività

siamo in grado di tracciare alcune linee di sviluppo, paragonando la situazione ante-Cds con quella di un anno di funzionamento.

La popolazione sembra gradire tale struttura perché i medici di medicina generale che vi lavorano hanno aumentato le loro scelte del 2,5%. Il tasso di ricovero ospedaliero per gli abitanti seguiti dalla Cds diminuisce del 4,2 per 1.000. A fronte di una maggiore presenza di cittadini assistiti sul territorio la spesa farmaceutica resta invariata e variano in positivo alcuni indici di appropriatezza quali il numero di ricette pro capite (-1%), il costo per ricetta (-1%), l'uso dei farmaci genericabili (mediana +5%). Aumentano anche altri indici relativi alla presa in carico del cittadi-

no: gli appuntamenti al Cup gestiti direttamente dal personale della Cds aumentano di tre volte, il tasso di inappropriatezza all'uso del Pronto soccorso (codici bianchi e blu) diminuisce del 73%, il numero di cittadini seguiti dal servizio sociale su segnalazione dei medici di medicina generale aumenta del 63% (alla Cds è presente un assistente sociale). Altri indici classificabili come qualità dell'assistenza mostrano una diminuzione dei prelievi ematici del 10% e un tasso di guarigione delle lesioni cutanee che aumenta del 3 per cento.

Quando la Cds è anche un "modulo" della Sdi si possono valutare anche gli indicatori della citata Dgrt. La copertura vaccinale per influenza degli assistiti ultrasessantenni

anni è risultata per il 2009/2010 del 73,4%. Per quanto riguarda il diabete a una prevalenza del 6% risulta una presa in carico effettiva del 5,2%, una misurazione di almeno una emoglobina glicata al 91% degli assistiti in un anno, una misurazione della circonferenza vita nel 63% dei casi e una attività iniziale di counseling ed educazione all'uso del riflettometro pari al 20 per cento.

Per lo scompenso cardiaco la prevalenza è dell'1,2%. L'87,5% degli assistiti ha effettuato almeno una misurazione di sodio e potassio nell'anno, il 75% ha registrato almeno tre valori del peso corporeo e il 46% ha iniziato a tutto oggi il percorso di counselling.

Quelli citati fino ad adesso sono solo dati parziali e molti sono indicatori di processo.

Il cammino è lungo, solo i prossimi anni sapranno indicarci e confermarci un reale guadagno di salute per la comunità (outcome). Le premesse però ci sono tutte e molti nella nostra azienda compresa anche la parte che individua gli indirizzi politici ha coniato uno slogan che potrebbe costituire la sintesi di questo intervento come linea futura di sviluppo: almeno una Cds in ogni Comune, nei prossimi anni. Un ringraziamento infine a tutti coloro che hanno reso possibile questa nuova frontiera e che per brevità non è possibile nominalmente citare.

Piero Salvadori
Direttore Uo Organizzazione servizi sanitari territoriali Asl 11 di Empoli

► **CONTROCANTO** (segue dalla prima pagina)

na generale, coinvolgimento delle associazioni dei cittadini utenti, aggiornamento della carta dei servizi, educazione dei pazienti, l'assistenza domiciliare.

Importante l'utilizzo continuo dell'Audit come momento di confronto per riportare eventuali dissensi o disallineamenti e giungere alla ricomposizione dei conflitti con valutazioni organizzative delle modalità assistenziali adottate che permettano di passare in tempi brevi alla fase di estensione.

La partenza è stata buona grazie anche all'entusiasmo iniziale dei medici, il parere dei pazienti a oggi contattati è ampiamente positivo, la speranza è che le nuove Finanziarie non costringano a tagli che metterebbero in crisi tutta l'organizzazione per passare dalla me-

dicina d'attesa alla Sanità d'iniziativa, visto che ancora vari studi devono completare acquisti delle attrezzature indispensabili per rendere gli ambulatori attivi e per questo necessitano che i finanziamenti programmati siano messi quanto prima a loro disposizione.

A garanzia delle ottime premesse, ci saranno sempre le associazioni dei pazienti che la Regione ha suggerito a tutte le aziende di inserire tra gli attori del Ccm, ma che ancora in alcuni studi non sono state coinvolte. Associazioni che saranno di fatto garanzia per i pazienti e stimolo per gli operatori affinché gli obiettivi previsti, e condivisi, siano raggiunti.

Come Federazione ci preme ricordare agli studi medici attivati che le associazioni delle persone

con diabete aderenti alla Ftd sono disponibili a collaborare per migliorare la compliance medico-paziente.

In particolare basandoci sulle attività di informazione che effettuiamo regolarmente confrontandoci con le persone con diabete del nostro territorio. E nello specifico sui corretti stili di vita (alimentazione e movimento) che integrati con un autocontrollo "intelligente" ed efficace renda la persona con diabete cosciente che, una corretta alimentazione e un movimento regolare, migliora il proprio metabolismo e le proprie glicemie e allontana complicanze spesso invalidanti.

* Presidente Federazione regionale Associazioni toscane diabetici e Diabete Forum

► **Medici pronti ma in corsa...** (segue dalla prima pagina)

medici di famiglia sia tale da consentire la sovrapposizione della medicina di iniziativa con le molteplici e faticose attività cliniche dei medici generali.

In Toscana siamo già sulla buona strada, dopo che il Consiglio sanitario, ha definito il modello di assistenza ai cronici e si è avviato un accordo sperimentale con i medici generali. Tuttavia occorre migliorare la collaborazione con l'ospedale e prevedere percorsi specialistici privilegiati. I medici dovranno offrire al servizio dati di governo, fare opera di educazione alla salute, tenere le schede dei pazienti, mantenere una relazione di cura; perciò hanno bisogno di tempo.

Il tempo è la risorsa più importante e più carente nella me-

dicina generale. La presenza di infermieri, di personale di assistenza e di segreteria deve consentire al medico di dedicare il tempo necessario a ciascun paziente. Altrimenti la medicina di iniziativa, che tutta la letteratura considera la soluzione ottimale per controllare il decorso delle cronicità e ottenere migliori risultati per il paziente garantendo in modo più appropriato la sostenibilità del servizio, resterà opera di gruppi di medici più avanzati e non servizio per tutti.

Il nodo principale per adeguare il servizio sanitario alle mutate esigenze dei cittadini sta nel cambiamento della medicina generale.

* Vicepresidente Consiglio Sanitario Regionale

INNOVAZIONE L'adozione del Chronic care model nell'evoluzione dei dottori di famiglia

Il generalista si riorganizza



Meno ostacoli con le forme associative - Necessario ridurre la burocrazia

Molteplici motivazioni hanno determinato la decisione della medicina generale di andare a un cambiamento radicale della sua organizzazione e quanto sta accadendo per decisioni della parte pubblica, certificazioni on line, ricetta elettronica, carta sanitaria, fornitura di dati di attività alle aziende sanitarie insieme alle sempre più grosse difficoltà di cogliere i propri obiettivi professionali, dimostra che questa scelta fatta dal gruppo dirigente della medicina generale era, ed è, una decisione obbligata. Il taglio dei posti letto, la riduzione dei tempi di degenza, l'aggressività delle proiezioni dell'ospedale verso il territorio con l'utilizzo massiccio della diagnostica strumentale - ormai quasi sempre di più negata ai medici di medicina generale - stanno stravolgendo il ruolo e compiti della medicina generale.

Per questo motivo la medicina generale toscana ha deciso di passare dalla medicina d'attesa a quella d'iniziativa, sperimentando il Ccm, nella gestione dei pazienti affetti da cronicità, individuando qui il ruolo professionale principale della categoria. Medicina d'iniziativa che ha molteplici significati: riconsegna di compiti non propri ad altre figure professionali nella consapevolezza che ulteriori carichi di lavoro passano attraverso la diminuzione dell'attività non propriamente professionale, necessità della creazione di team multi professionali per la gestione della cronicità caratterizzata da molteplicità di patologie, l'importanza per il medico di medicina generale d'assumere il ruolo di coordinatore professionale dei team, necessità di portare l'assistenza ai pazienti più fragili che spesso meno usufruiscono dell'assistenza, importanza non solo per motivazioni d'equità ma anche per far cogliere alla medicina generale obiettivi come quelli dell'abbattimento del tasso di ricovero, consapevolezza che la remunerazione sarà in futuro legata in parte al raggiungimento di obiettivi professionali. Credo che questo sia stato ben compreso dai Mmg in Toscana e si vede dalla crescente richiesta di partecipare alla sperimentazione, che fra la fase pilota e quella d'estensione è arrivata a 964 medici ben al di sopra di quanto si prevedesse.

È terminata la fase d'arruolamento dei pazienti affetti da diabete e scom-

Malattie croniche: la posta in gioco

Sappiamo che sul controllo (epidemiologico) e la gestione (assistenziale) delle malattie croniche si gioca la partita della sostenibilità dei sistemi sanitari nei prossimi decenni. Sappiamo che questa partita si gioca soprattutto sul terreno della medicina di famiglia, delle cure primarie e dei servizi territoriali. Sappiamo che il futuro di queste tipologie di assistenza è strettamente legato alla loro capacità di innovarsi e di riformarsi in profondità, per essere in grado di affrontare questa sfida.

Le esperienze maturate in numerosi Paesi (E. Nolte, C. Knay, M. McKee, *Managing chronic conditions: Experience in eight countries, The European Observatory on Health Systems and Policies, Who, 2010*) e l'ormai ricca letteratura internazionale (R. Busse, M. Blumel, D. Scheller-Kreinsen, A. Zentner, *Tackling chronic disease in Europe, Strategies, interventions and challenges, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2010* e K. Coleman, B.T. Austin, C. Brach, E.H. Wagner, *Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium, Health Affairs 2009, Vol. 28, N. 1, pp. 75-85*) indicano quali sono i principali componenti delle strategie di contrasto delle malattie croniche: a) la prevenzione e il coinvolgimento della comunità; b) il supporto all'auto-cura e il coinvolgimento (l'empowerment) dei pazienti; c) il lavoro in team e l'approccio multidisciplinare; d) l'utilizzazione di linee guida basate sull'evidenza e di tecnologie informatiche evolute.

L'obiettivo è trasformare il tradizionale modello assistenziale reattivo basato sull'attesa di un evento acuto, in un modello proattivo, pianificato, che mette al centro il paziente e non la malattia, che punta a coinvolgere l'intera comunità nella ricerca delle soluzioni di salute.

Gavino Maciocco

Dipartimento di sanità pubblica, Università di Firenze

penso cardiaco e in qualche caso è già cominciata l'applicazione dei percorsi assistenziali per queste patologie ed è quindi l'ora di fare le prime preliminari considerazioni:

1. Le difficoltà maggiori di carattere organizzativo si sono registrate là dove i medici non sono raggruppati in forme associative, la dispersione degli ambulatori non facilita l'azione e la distribuzione del personale infermieristico e l'organizzazione all'interno del modulo stesso. La parte pubblica deve ripensare allo stop che in tutte le aziende sanitarie ha dato alle forme associative in particolare alla medicina di gruppo e all'associazione di tipo complesso;

2. il ruolo dei coordinatori di modulo e in futuro quello dei coordinatori di Aft non può prescindere da una diminuzione del carico di lavoro degli stessi. La soluzione sta nel doppio inquadramento a ciclo di fiducia e a rapporto orario com'è descritto nel progetto di rifondazione della medicina generale;

3. occorre passare quanto prima

dalla fase di gestione per patologie, semplificazione che va bene per la fase sperimentale, a quella della gestione del paziente affetto da cronicità. I pazienti che hanno necessità d'assistenza con medicina d'iniziativa hanno anche, fra l'altro, patologie non ricomprese in quelle previste nel progetto;

4. si deve diminuire il carico burocratico di questa gestione, dobbiamo ripensare ed eliminare la firma del consenso informato. È impensabile farlo firmare al 30% della popolazione quando cominceremo la gestione dei cittadini affetti da ipertensione;

5. sicuramente, ma meno di quanto fosse prevedibile, nella fase d'arruolamento si sono notati sfasamenti determinati dal diverso inquadramento del personale infermieristico e quello dei medici di medicina generale. Dobbiamo evitare che questo aumenti nella fase d'erogazione delle prestazioni previste dai percorsi.

Vittorio Boscherini
segretario regionale Fimmg

IL PENSIERO DEI PROFESSIONISTI

Un confronto che preoccupa

Iprofondi cambiamenti avvenuti negli ultimi anni all'interno del mondo dei servizi per la salute sono sotto gli occhi di tutti e l'innovazione tocca settori delicati come la cultura professionale e il modo che ciascuno ha di vivere il proprio lavoro.

I medici di medicina generale toscani hanno accolto con interesse la sfida della Sanità di iniziativa e da subito hanno evidenziato il loro ruolo forte e non sostituibile, al fianco del malato cronico, nello sviluppo del Chronic care model.

Poi, dal progetto e dalle linee guida siamo passati a candidature vere e proprie e a nomi e cognomi che sono scesi in campo come componenti dei moduli della fase sperimentale: gli apripista del sistema.

E il confronto ha messo in luce tutte le sfaccettature del loro pensiero: dai timori di lasciare abitudini di lavoro consolidate, relazioni forti con gli assistiti, ruoli ormai assodati, per andare incontro a qualcosa di meno noto e comprensibile dalla fatica di confrontarsi con linee guida regionali e calare nei percorsi aziendali il singolo rapporto con ogni paziente dal timore di iniziare a lavorare in squadra con altri ruoli sanitari, noti ma non ancora integrati nel lavoro di ogni giorno.

Novità che talora incuriosiscono, talora generano diffidenza: ma sempre in un confronto acceso e interessato. Confronto ritenuto necessario dai medici di medicina generale che riconoscono l'eccessivo accesso ai loro ambulatori, la difficoltà di porre attenzione ai temi della prevenzione e della presa in carico di fronte ai problemi che senza sosta arrivano in ambulatorio, durante una visita domiciliare, in richieste te-

lefoniche continue.

Confronto che chiedono con forza, per rivalutare il ruolo centrale del medico di medicina generale in queste scelte di salute e per sentire più vicino a loro e più riconoscibile per i propri assistiti questa nuova modalità, soprattutto nel momento in cui si passa dal progetto alla realtà.

Un'opportunità, quindi, che va sicuramente accolta, ma con attenzione per evitare che un notevole investimento di risorse, come quello necessario per la Sanità di iniziativa, si traduca sia in un miglioramento dei servizi per gli assistiti che della modalità di lavoro per i professionisti.

Miglioramento che i cittadini coinvolti già percepiscono e riferiscono ai propri medici di medicina generale con entusiasmo, rinforzando con loro il rapporto di fiducia. Crescere non è mai facile, perché comporta cambiare: ma stavolta i Mmg hanno tutta l'intenzione di provarci non come semplici ascoltatori, ma come protagonisti del cambiamento e co-autori di un nuovo disegno del Sistema sanitario regionale, più adeguato verso i nuovi bisogni dei cittadini, sfidante per i professionisti, sostenibile sul piano economico finanziario per il sistema.

Obiettivi che i medici di medicina generale toscani condividono e portano avanti attraverso ricchezza di pensiero, dialettica vivace, toni talora alti ma ricomponibili nella stessa scala musicale.

Luciano Fanciullacci
Stefano Cinotti
Alessandro Calosi
Medici di medicina generale
Simona Dei
Direttore Dipartimento territorio
Asl 11 Empoli

Il cambiamento è un'opportunità da non perdere

RELAZIONI TERAPEUTICHE

All'infermiere il ruolo di counselling

Nel modello attuativo, chiamato Chronic care model, si integrano gli aspetti clinici con quelli di Sanità pubblica ponendo attenzione alla prevenzione e ai determinanti di salute. Il modello è stato attivato, in Regione Toscana, dal gennaio 2010 e le patologie croniche da prendere in carico inizialmente sono state diabete mellito e scompenso cardiaco, mentre ipertensione arteriosa, ictus e Bpco saranno implementate successivamente nel corso del 2010 per arrivare ad una fase a regime nel 2011.

Questo modello comporta uno sconvolgimento nei rapporti con il paziente, che anziché rivolgersi al medico qualora abbia un problema di salute, viene contattato da infermieri della Azienda sanitaria loca-

le per iniziativa del Medico di Medicina generale. Divengono necessarie quindi, nella disciplina infermieristica, particolari abilità relazionali per presentare alla popolazione un approccio innovativo che molti accolgono con favore, ma anche con possibile iniziale scetticismo. Le componenti essenziali del programma assistenziale sono rappresentate dagli interventi proattivi con i quali l'infermiere assume un vero e proprio ruolo di coaching per fornire al paziente: informazione, motivazione, supporto, strumenti e abilità di pianificazione con l'obiettivo assistenziale di passare

dalla compliance alla concordance.

In riferimento al quadro normativo regionale, le Asl hanno avviato la Sanità di iniziativa formando unità funzionali chiamate "modulo" al cui interno lavorano i team multi-professionali. L'infermiere e gli altri professionisti coinvolti dall'azienda hanno costruito, coordinati dai medici di comunità e insieme a medici di medicina generale, gli strumenti operativi tipo procedure e istruzioni per la gestione corretta dei processi di assistenza quali: la presa in carico del caso, il piano assistenziale, il follow up, l'aderenza alla terapia, l'attività di counsel-

ling, l'attuazione degli audit, la valutazione della qualità di vita, l'uso del riflettometro, la valutazione dello stato nutrizionale e il ricorso appropriato alla rete dei servizi. All'interno del modulo l'attività infermieristica è prevalentemente centrata sulla relazione terapeutica mediante attività di counselling e quella che di sostegno/educazione all'autocura, richiamo attivo dei pazienti, conduzione e programmazione del follow up.

Il paziente e la famiglia assumono quindi una centralità assoluta nel percorso con lo scopo di sviluppare il "Patient empowerment" e il

"Self care". In sostanza, è stato abbandonato l'approccio paternalistico per passare a una relazione terapeutica basata sulla condivisione di responsabilità e obiettivi terapeutici, sull'incontro tra la competenza professionale dell'infermiere e il vissuto personale del malato cronico.

Questa modalità di cura favorisce l'adozione da parte del paziente di stili di vita che consentono di mantenere buone condizioni di salute e di tenere sotto controllo l'andamento della patologia cronica.

Roberto Torselli
Responsabile zona distretto Pistoiese,
Asl 3 Pistoia
Roberta Salvadori
Medico Asc azienda Asl 3 Pistoia

PERCORSI L'integrazione tra medicina generale e servizi specialistici va a bersaglio



La diabetologia si fa in team

L'esperienza sul campo alla Asl 5: cure migliori e pazienti coinvolti

La medicina di iniziativa è divenuta parte integrante dell'ultimo Psr della Regione Toscana avviando un modello organizzativo che affida alle cure primarie il compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.

Il progetto non può però prescindere da un bagaglio culturale e professionale che, soprattutto nel campo del diabete, si è particolarmente sviluppato nel nostro Paese, con l'istituzione della rete dei Servizi di diabetologia e la formazione di Specialisti in diabetologia e malattie del metabolismo. Cosicché, il percorso della gestione integrata della malattia diabetica non può dirsi compiuto ed efficace se non prevede l'intera descrizione della composizione del team diabetologico e dei rispettivi ruoli. In quest'ottica, diviene sostanziale il ruolo dello specialista diabetologo che da gestore pressoché totalizzante, quale poteva essere nel passato, deve divenire parte integrante e integrativa dell'azione del team diabetologico.

Queste affermazioni trovano riscontro in dati generati in Italia e riportati a livello internazionale.

L'incidenza di complicanze del diabete e mortalità legata alla malattia sono risultate più basse nei pazienti che erano seguiti dal medico di medicina generale in collaborazione con lo specialista diabetologo e la qualità dell'assistenza è risultata migliore nei processi di cura affidati a servizi dedicati al trattamento della patologia. Queste osservazioni sono corroborate da studi internazionali che dimostrano l'efficacia della gestione integrata tra medicina generale e servizi specialistici nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Proprio sulla scorta di queste evidenze i recenti "Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010" fanno propri i documenti elaborati nell'ambito del progetto Igea ed esitati nel documento "Assistenza integrata alla persona con diabete mellito di Tipo 2" recepiti nel luglio 2008 dalle società scientifiche e dalle rappresentanze delle maggiori categorie dei professionisti deputati all'assistenza delle persone con diabete mellito (Amd, Sid, Fimmg, Simg, Snam e Snamid).

Secondo questo documento spetta alle strutture specialistiche, oltre alla presa in carico di tutte le situazioni in fase avanzata e con carattere di instabilità metabolica, la definizione diagnostica, l'inquadramento terapeutico, la valutazione

L'Università di Stanford fa scuola a Livorno

Nella Usl 6 di Livorno, già nel 2007, si è tenuto a Cecina un corso aziendale sul Ccm, destinato ai referenti delle équipes territoriali dei Mmg, dirigenti e coordinatori infermieristici, medici di comunità. Nel Corso, le colleghe di Siena Bagaggiolo e Trapè hanno presentato la loro esperienza con il Programma di autogestione delle malattie croniche ideato da Kate Lorig e colleghi all'Università di Stanford.

L'interesse è stato immediato, per alcuni aspetti di valore strategico: è un programma completo e personalizzato, che fornisce informazioni di base, supporto emotivo, strategie per convivere con una malattia cronica; è evidence based, in quanto molteplici studi supportano la sua efficacia; è applicabile in contesti culturali e linguistici diversi (è tradotto in 13 lingue e adottato in almeno 15 Paesi); è sostenibile, potendo essere efficacemente condotto da pazienti adeguatamente formati. Inoltre è standardizzato e supportato da strumenti molto validi.

Ciò ha indotto la Asl 6 a investire nella sua implementazione nell'intero territorio, con fulcro nei 4 moduli di medicina d'iniziativa creati. Nel 2009, un medico di comunità si è formato a Stanford, è stata realizzata la traduzione ed adattamento dei materiali, l'avvio dei primi corsi per pazienti e la formazione di 27 conduttori/formatori di cui 10 provenienti da altre Asl. L'esperienza con i pazienti è ancora limitata ma straordinaria per il gradimento e la risposta dei partecipanti. I 28 operatori formati possono coinvolgere in pochi mesi 400-500 pazienti e formare altri conduttori, sia operatori, che pazienti, traducendo nella pratica un empowerment, che rischia di restare un bellissimo concetto, di difficile realizzazione.

Donatella Pagliacci

Responsabile Ufficio Distrettuale Zona Val di Cornia, Asl 6 Livorno

periodica del diabete di nuova diagnosi mediante formulazione di un piano terapeutico condiviso con i medici di Medicina generale, nonché l'attività di aggiornamento rivolta ai Mmg in campo diabetologico.

Compito della Medicina generale, oltre alla condivisione con la struttura specialistica del piano terapeutico e di follow-up clinico del paziente con diabete mellito, in piena adesione al principio della medicina di iniziativa, è l'identificazione della popolazione a rischio di malattia diabetica, la diagnosi precoce della malattia e l'organizzazione della attività per una gestione ottimale delle persone con diabete.

Tutto questo, peraltro, può essere semplificato da processi di comunicazione facilitata tra struttura specialistica e Medicina generale al fine di ottimizzare la condivisione del Piano terapeutico e delle informazioni cliniche della persona con diabete. Quest'ultima deve assumere sempre più un ruolo attivo con un

processo di autogestione implementato e aggiornato mediante iter educazionali condivisi da medici di Medicina generale e specialista diabetologo, che impegnano lo stesso paziente in una attività di educazione e di sostegno tra pari.

La praticabilità di questo progetto è già evidente come testimoniato dalla partecipazione diretta e integrata nelle attività della Medicina generale della figura di uno specialista diabetologo in una sede distaccata territoriale della Asl 5. Tale progetto è esito in un miglioramento delle cure prestate, una riduzione degli accessi alle attività specialistiche di II livello e un aumento del gradimento e coinvolgimento delle persone affette con diabete.

Stefano Del Prato

Direttore Uoc Malattie del Metabolismo e Diabetologia dell'Aou di Pisa e Responsabile Centro di Riferimento Regionale del Diabete dell'Adulto

L'INTEGRAZIONE SUL TERRITORIO

Medici di comunità mediatori dell'organizzazione dei servizi

I servizi territoriali hanno assunto negli ultimi anni un ruolo centrale nel trattamento delle patologie in fase post-acuta, riabilitativa e cronico-degenerativa, all'interno dei tre diversi ambiti: residenziale, semi-residenziale e domiciliare.

Per poter assicurare una adeguata copertura dei bisogni assistenziali (in continua evoluzione e crescita) si rende necessario un governo "forte", capace di integrarsi con i servizi ospedalieri e con quelli sociali. I servizi territoriali sono generalmente non "riconosciuti" né "riconoscibili" dai cittadini (e anche dagli operatori) per la loro eccessiva dispersione e questo viene spesso tradotto semplicisticamente in una bassa efficienza ed efficacia degli stessi.

Se da una parte è chiara l'offerta ospedaliera finalizzata alla risoluzione di una patologia in fase acuta, quindi al bisogno individuale di cura, tutto si complica quando devono essere soddisfatti bisogni collettivi di ampie fasce di popolazione. In tal caso il focus è su chi manifesta un bisogno di cura, su chi presenta solo fattori di rischio e su soggetti sani che necessitano di approfondimenti diagnostici sul proprio stato di salute. È proprio nel guardare al paziente come individuo e come parte di una collettività (quindi inserito nel proprio ambiente di vita) che si caratterizza e si sostanzia il ruolo del medico di comunità. La Regione Toscana ha elaborato un provvedimento (Dgr n. 1205/2009) per rafforzare lo specifico ruolo all'interno del sistema socio-sanitario regionale. È opportuno precisare che in un contesto organizzativo articolato e complesso quale quello della rete dei servizi territoriali e in particolare delle cure primarie, il medico di comunità ha il difficile compito di garantire prioritariamente una corretta integrazione almeno a tre diversi livelli:

- 1 tra ospedale-territorio;
- 2 all'interno della rete dei servizi territoriali (territorio-territorio);
- 3 tra servizi sanitari e servizi sociali.

L'integrazione tra professioni rappresenta sicuramente l'elemento a più alta complessità per il medico di comunità. Gli altri compiti a carattere tecnico-professionale (analisi dei bisogni, progettazione degli interventi, monitoraggio delle azioni e dei risultati), afferiscono allo specifico ambito dell'organizzazione sanitaria. L'impegno maggiore, quindi, non solo da parte delle professioni, ma anche di tutte le istituzioni che ruotano nei servizi territoriali (comprese le associazioni di rappresentanza dei cittadini) deve essere orientato alla costruzione e al mantenimento della rete territoriale, supportando e valorizzando la professionalità del medico di comunità, quale cardine dell'assistenza territoriale, con il fine di costruire servizi integrati, capaci di gestire risorse umane ed economiche in modo flessibile e strettamente correlate ai bisogni della popolazione.

Paola Bonini

Direttore Uo Attività sanitarie di comunità
Responsabile Dipartimento cure primarie, Asl 9 Grosseto

Una delibera rafforza il ruolo dei professionisti

UN HUB A VALENZA AZIENDALE GARANTE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

Mito è una parola che deriva dal greco *mythos* e significa "storia", "racconto". E questo è il racconto di un incontro: quello tra ospedale e territorio. «Mito» è anche un acronimo che sta per medicina d'iniziativa territorio-ospedale, progetto elaborato dalla Asl 1 di Massa e Carrara con i medici di Medicina generale e i medici del dipartimento ospedaliero di area medica.

Il progetto è nato in risposta a quanto indicato dal Piano sanitario regionale 2008-2010 che invitava le Aziende sanitarie locali all'applicazione del Chronic care model (di seguito indicato Ccm). Questo modello teorizza una modalità d'intervento su alcune patologie croniche privilegiando l'interdisciplinarietà mediante la creazione di team che erogano prestazioni programmate di follow up (controllo

«Mito» fa da culla al chronic care model

del paziente prolungato nel tempo) sulla base di percorsi delineati per le singole patologie.

«Mito» si è occupato, inizialmente, dello scompenso cardiaco, patologia che faceva registrare un aumento di incidenza e un continuo incremento di ricoveri. A seguito dell'attivazione del percorso specifico la situazione è notevolmente cambiata e i dati rilevati confermano il successo del progetto; i ricoveri sono in netta riduzione, soprattutto quelli di riospedalizzazione dei pazienti arruolati dal team multidisciplinare. Lo scopo ultimo è proprio quello di diminuire il ricorso alla struttura ospedaliera agendo attivamente sul malato cronico per impe-

dire o ritardare l'insorgenza di episodi di riacutizzazione della patologia.

La novità del progetto è rappresentata dalla "presa in carico" del paziente con percorsi bidirezionali tra il medico ospedaliero e il medico di famiglia che operano in stretta sinergia.

Questa azione condivisa garantisce al paziente stesso tutte le terapie di cui necessita, rendendolo parte di una rete virtuosa a cui partecipano tutti gli attori dell'assistenza sanitaria.

Il progetto ruota attorno a quattro centrali della cronicità distribuite negli ospedali che insistono sul territorio della Asl: queste strutture - che gestiscono operativamente il percorso diagnostico - sono costituite da un re-

sponsabile, personale infermieristico, personale ausiliario e volontari.

Hanno anche in dotazione un parco macchine che permette agli operatori di recarsi al domicilio dei pazienti affetti da patologie croniche per aiutarli nel self management. Le centrali fanno riferimento a un "hub" con valenza aziendale che è il garante dell'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici. Il progetto, seguendo le indicazioni regionali, è stato esteso anche ad altre patologie croniche quali il diabete, la Bpco e l'ictus. «Mito» ha come indicatore di risultato la riduzione del tasso di ospedalizzazione distinto in specifico per le singole patologie e globale rispetto

al numero totale dei ricoveri.

Le altre Aziende regionali hanno percorso un strada differente, individuando moduli di circa 10mila pazienti da inserire nel Ccm e stabilendo degli indicatori di processo specifici per le singole patologie. Questi indicatori vengono misurati anche per i medici che hanno aderito a «Mito» perché il proposito finale è quello di far confluire tutte le progettualità regionali in un unico discorso armonico di sanità d'iniziativa Toscana.

Andrea Macuzzi
Direttore Sanitario

Asl 1 Massa e Carrara
Piercarlo Rossi

Responsabile Dipartimento Area Medica, Asl 1 Massa e Carrara

Mario Vatteroni

Medico di medicina generale

PISA Continua la cooperazione per potenziare gli ospedali in Albania e Kosovo

Aoup, missione balcanica



Medici pisani in prima linea - Obiettivo: formare i colleghi del posto

Va avanti il progetto di cooperazione sanitaria internazionale con l'Albania e il Kosovo, per potenziare le strutture ospedaliere di quelle regioni e addestrare il personale fino alla completa autonomia operativa. Sono appena rientrati da una recente missione improntata sulle attività di pronto soccorso Fabrizio Arzilli, responsabile della cooperazione sanitaria internazionale dell'Aoup, affiancato da Valentina Lami, Barbara Ridi e Marianna Lodato, specializzande di Medicina interna e Geriatria. La missione è durata due settimane, durante le quali i medici pisani hanno collabo-

rato con i colleghi albanesi insegnando loro tecniche diagnostiche e terapeutiche. Hanno inoltre donato all'ospedale e installato un ecografo, oltre all'attrezzatura completa per un laboratorio di analisi chimico-cliniche. Centinaia le ecografie d'urgenza effettuate così come i prelievi ematochimici per analisi di vario tipo, con soddisfazione sia da parte dello staff sanitario albanese sia della popolazione del posto.

Il 23 settembre partirà per i Balcani un altro team sempre con Arzilli per le attività di pronto soccorso, Manuela Roncella e Matteo Ghilli (Unità operativa di Senologia), Maria Grana-

(Uo Anestesia e rianimazione III) e Antonio Naccarato (Uo Anatomia e Istologia Patologica I) per la chirurgia mammaria, dell'adulto e il follow up oncologico.

Scopo delle missioni è di migliorare l'offerta sanitaria in due zone nevralgiche dei Balcani, attraverso la formazione del personale e il potenziamento delle strutture, e di rilanciare l'ospedale di Durazzo, attualmente sotto-utilizzato nonostante la buona infrastruttura, cominciando dal settore oncologico.

In particolare, il progetto mira a supportare lo sviluppo delle strutture sanitarie coinvolte

come esempi di attività sanitarie integrate - chirurgia mammaria, endoscopica, oncologia pediatrica e dell'adulto, radiologia, correzione malattie congenite, pronto soccorso, centro trapianti di midollo osseo - e a qualificare in loco il personale medico e tecnico albanese e kosovaro, con fornitura di tecnologia e materiali sanitari. Sono previsti anche percorsi individuali nell'ospedale di Pisa (per la cura di malattie che richiedono specifici farmaci antiblastici).

Emanuela del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

LUCCA

Salute mentale: l'Asl sostiene l'Archivio diaristico nazionale

La Fondazione Mario Tobino e l'Asl 2 di Lucca avviano un'importante collaborazione con la Fondazione Archivio diaristico nazionale. L'Archivio diaristico conserva dal 1984 diari, memorie ed epistolari della gente comune e in venticinque anni di attività ha raccolto oltre 6mila testimonianze autobiografiche.

L'Archivio organizza ogni anno un concorso per diari e memorie. La partecipazione è gratuita e il testo vincitore si aggiudica un piccolo premio in denaro e la pubblicazione con l'editore Terre di Mezzo di Milano. Caratteri d'amore dei nonni, lette-

l'azienda sanitaria lucchese, ha deciso di sostenere la stampa dello struggente "Die Katastrophe - Diario di una mente inquieta", dell'autrice Sabrina Perla, che ha vinto la passata edizione e che è edito da Terre di Mezzo.

«La collaborazione avviata con l'Archivio diaristico nazionale - ha evidenziato Cristina Petretti, responsabile della Zona Distretto Piana di Lucca dell'Asl 2 - rappresenta una ulteriore conferma

dell'attenzione particolare che la nostra azienda rivolge ai delicati temi del disagio e della salute mentale. Prosegue intanto la stretta collaborazione con

la Fondazione Tobino con cui, da anni, l'azienda lavora in maniera sinergica non solo per la valorizzazione del patrimonio tobiano ma anche delle memorie riguardanti la storia della psichiatria lucchese. È quindi importante proseguire su questa strada, insieme a tutti gli enti interessati, continuando a investire su questo patrimonio al quale la nostra comunità è molto legata».

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

Coinvolta anche la Fondazione Mario Tobino

PISTOIA

Sanitari e operatori "a lezione" per stanare gli alcolisti in corsia

Iniziano il 1° ottobre i corsi di formazione rivolti a tutti i responsabili di unità operativa, medici, infermieri e tecnici, per fornire agli operatori sanitari le competenze e gli strumenti necessari per l'identificazione precoce dei consumatori a rischio e dei problemi e patologie alcol correlati nei cittadini che afferiscono ai servizi, indipendentemente dalla diagnosi di ingresso.

I corsi di formazione fanno parte del progetto regionale "Ospedali liberi dall'alcol" rivolto al personale operante nelle strutture sanitarie e finalizzato a ridurre l'impatto dei problemi alcol correlati (sociali e sanitari). Scopo dei corsi è quello di formare dei veri e propri "referenti alcolologi" (ad esempio referente "alcolologo di reparto") in ogni contesto operativo dell'azienda sanitaria pistoiese al fine di creare un team di operatori sanitari in grado di identificare precocemente i consumatori.

Il progetto viene realizzato con la collaborazione del centro alcolologico regionale e della cooperativa sociale "Il Ponte", attraverso il contributo diretto dell'alcolologo project management,

Giuseppe Balli, mentre il responsabile scientifico è Alessandro Natali, responsabile dell'Unità operativa aziendale di gastroenterologia e responsabile dell'Asl 3 del progetto Hph Alcol.

Sono poi coinvolte le seguenti strutture aziendali: i Sert della zona di Pistoia e Valdinievole, l'educazione alla salute, e Rosy Raffaelli e Giuseppe Nottoli, responsabili degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici-sanitari e del personale della riabilitazione e della prevenzione.

Dal 1° ottobre partono i corsi di formazione

La Regione ha messo a disposizione dell'azienda 150mila euro per realizzare tutte le azioni previste dal progetto: dai corsi di formazione agli operatori fino alla stampa di opuscoli informativi.

Ogni anno in Toscana si stima che siano circa 900 le persone che muoiono (2,2% della mortalità totale) a causa del consumo di alcol; questo numero è rimasto grosso modo stabile nel corso degli ultimi 15 anni. Per quanto riguarda invece i ricoveri ospedalieri sono ogni anno intorno a 9.500 (1,2% del totale) quelli attribuibili all'uso di alcol.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

AREZZO

Riabilitazione: al Crt azzerate le liste d'attesa per gli under 18

Fine delle attese per i minori che necessitano di trattamenti riabilitativi. Da questa settimana, infatti, anche gli ultimi pazienti in lista di attesa presso il Centro di riabilitazione di Terranuova Bracciolini (Crt) hanno iniziato il proprio ciclo di terapia e la lista di attesa è stata completamente azzerata.

«Si tratta sicuramente di un risultato importante - afferma il direttore del Crt, Anna Paola Santaroni - che abbiamo raggiunto sia rimodulando parzialmente la nostra organizzazione, sia attraverso un potenziamento dell'organico dei tecnici terapisti e logopedisti, che sono passati da 4 a 8. Determinante per

quelli cognitivi e dell'apprendimento. Allo stesso tempo - sottolinea ancora il direttore del Centro - i trattamenti richiesti da queste patologie (fisioterapici, neuropsicologici e logopedici) nei confronti di pazienti in età pediatrica, si basano su piani riabilitativi individuali modificabili nel tempo, in funzione dell'evolversi del quadro clinico del paziente, e che, solitamente, tendono a prolungarsi nel tempo».

«L'ambulatorio dedicato all'età evolutiva, collocato presso l'ospedale della Grucchia, risponde a una domanda fortemente specialistica e, allo stesso tempo, molto elevata - precisa Santaroni -. Si tratta di due caratteristiche che, necessariamente, contribuiscono a un allungamento della lista di attesa. La tipologia delle patologie trattate, infatti, è molto ampia e fa riferimento a livelli di gravità diversificati: si va dagli esiti di celebrosioni alle sindromi malformative, dalle patologie ortopediche a quelle neuropsicologiche, dai disturbi e dai ritardi del linguaggio, a

Più terapisti e logopedisti a Terranuova

quello cognitivo e dell'apprendimento. Allo stesso tempo - sottolinea ancora il direttore del Centro - i trattamenti richiesti da queste patologie (fisioterapici, neuropsicologici e logopedici) nei confronti di pazienti in età pediatrica, si basano su piani riabilitativi individuali modificabili nel tempo, in funzione dell'evolversi del quadro clinico del paziente, e che, solitamente, tendono a prolungarsi nel tempo».

Secondo il direttore generale del Crt, le ragioni che a febbraio di quest'anno avevano portato a 56 il numero di pazienti in attesa

quelli cognitivi e dell'apprendimento. Allo stesso tempo - sottolinea ancora il direttore del Centro - i trattamenti richiesti da queste patologie (fisioterapici, neuropsicologici e logopedici) nei confronti di pazienti in età pediatrica, si basano su piani riabilitativi individuali modificabili nel tempo, in funzione dell'evolversi del quadro clinico del paziente, e che, solitamente, tendono a prolungarsi nel tempo».

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IN BREVE

LIVORNO

È uscito il nuovo bando per la selezione dei 60 partecipanti al corso per operatore socio-sanitario (Oss) organizzato dall'Asl 6 di Livorno. Per essere ammessi è necessario presentare la domanda di ammissione entro il 2 ottobre e superare un test attitudinale, la cui graduatoria darà il diritto di scegliere tra la frequenza del corso organizzato a Livorno o a Piombino/Cecina. A parità di punteggio si darà precedenza all'aspirante più giovane. Possono presentare domanda tutti coloro, compresi i cittadini stranieri, in possesso del diploma della scuola dell'obbligo e che abbiano compiuto il 17° anno di età alla data di iscrizione al corso. Per i cittadini stranieri è previsto l'accertamento della conoscenza dell'italiano.

EMPOLI/1

Un corso dedicato a tutti i tabagisti che vogliono smettere di fumare inizierà a Empoli alla fine di settembre e si svilupperà in una decina di incontri a cadenza settimanale. A organizzarlo è il Centro antifumo dell'Unità operativa farmacotossicodipendenze dell'Asl 11 che metterà a disposizione degli iscritti un medico e uno psicologo che forniranno loro un programma di cura per aiutarli a raggiungere la completa astinenza dal fumo. Il fumatore verrà accolto dal medico e poi inserito in un gruppo che sarà condotto da uno psicologo. Il corso, giunto alla sua 44esima edizione, serve a dare ai partecipanti gli strumenti psicologici, comportamentali ed eventualmente farmacologici finalizzati a un graduale passaggio verso l'astinenza dal fumo.

EMPOLI/2

Aumentano progressivamente le attività del Dipartimento di Ortopedia protesica in Area vasta Centro che, nella prima metà del 2010, ha già superato i 300 interventi eseguiti. Da gennaio a giugno di quest'anno, infatti, l'équipe del Dipartimento di Ortopedia protesica, di cui Massimiliano Marcucci è il coordinatore tecnico-scientifico, è intervenuta su 336 pazienti che vanno a sommarsi ai 217 dell'ultimo quadrimestre del 2009 (le attività del Dipartimento sono iniziate a fine agosto 2009). Sono quasi 550 i pazienti operati a Fucecchio nel primo anno di attività del centro. Si tratta, nella quasi totalità dei casi, di interventi per la sostituzione di articolazioni maggiori come anca e ginocchio (304 casi) o di revisione di protesi delle stesse articolazioni (25 casi).

CALENDARIO



MASSA E CARRARA

Il 24 e 25 settembre al centro congressi di Marina di Massa si terrà il convegno internazionale «Alcoldipendenze: modelli e metodologie a confronto per la cura e la riabilitazione dell'alcolismo». Per info: 0585657516, formazione@usl1.toscana.it



FIRENZE

Presso il Nuovo ingresso dell'Ospedale di Careggi si terrà il convegno: «Le parole della cura. Medicina narrativa: medici e psicologi a confronto», organizzato dalle facoltà di Psicologia e Medicina dell'Università di Firenze e dall'Ordine degli psicologi della Toscana e dall'Ordine dei medici di Firenze. Per info: antonella.galardi@unifi.it



LIVORNO

«Il malato condiviso: la medicina d'iniziativa e il paziente esperto» è il convegno che si terrà a S.Vincenzo nella sala convegni "La Torre". Obiettivo: aggiornare le conoscenze su metodi e percorsi assistenziali quali la medicina di iniziativa nei confronti di tutti gli operatori professionali. Per info: 0586223276, g.bacci@usl6.toscana.it

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

TUTTO

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