

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. 40
anno XV del 30 ott.-3 nov. 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Possibili ritardi dopo il blocco delle dosi

di **Emanuela Balocchi** *

Quest'anno l'avvio della campagna di vaccinazione antinfluenzale è complicato e ritardato, come tutti sanno, dal blocco di una consistente quantità di vaccini: al momento, per la Toscana sono circa 500mila le dosi che mancano all'appello. I numeri della campagna antinfluenzale in Toscana sono imponenti: ogni anno quasi 900mila persone vengono vaccinate in un lasso temporale molto ristretto (circa 45 giorni) obiettivo per il quale però si lavora a vari livelli tutto l'anno.

Si parte dalla sorveglianza sui ceppi batterici in circolazione, effettuata dall'Oms e al quale anche la Toscana partecipa con il proprio laboratorio di riferimento dell'Università di Firenze (responsabile la professoressa Alberta Azzi), che porta a marzo a decidere quale vaccino sviluppare con l'individuazione dei ceppi che le industrie dovranno produrre nel giro di circa tre mesi. Già a giugno le Asl mandano i loro ordini all'Estav che poi deve espletare le gare, ma è solo con la pubblicazione dell'a.i.c. in Gazzetta Ufficiale, a inizio ottobre, che è possibile iniziare la distribuzione dei vaccini nelle varie Regioni.

Ognuna di queste fasi ha delle possibili criticità, in particolare la produzione del vaccino, sottoposta a regole severissime e ad autocontrollo ferreo da parte delle ditte stesse, può portare ad avere carenza di vaccino. Già in anni passati abbiamo dovuto adot-

CONTINUA A PAG. 2

PREVENZIONE

Il bilancio della stagione scorsa mentre parte la nuova campagna

Influenza, vaccini in lieve calo

I bimbi piccoli i più colpiti - La copertura degli anziani è al 67,8%

Parte la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2012-2013 e si tratta, come sempre, di un notevole sforzo fatto dal nostro Sistema sanitario regionale per garantire protezione dal virus influenzale ad anziani e soggetti a rischio. Uno sforzo che, quest'anno, si preannuncia anche più importante dopo l'emergenza causata dal blocco dei vaccini prodotti da Novartis e Kedrion. Anche in questa stagione influenzale è continuata la partecipazione della Regione Toscana alla Rete nazionale di sorveglianza della sindrome influenzale, Influnet, che si basa sulla segnalazione settimanale al Centro interuniversitario di ricerca sull'influenza (Ciri), da parte di un campione di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, dei casi di sindrome influenzale (Influenza like illness, Ili) osservati tra gli assistiti. Come per gli anni precedenti anche quest'anno l'Agenzia regionale di Sanità ha predisposto il rapporto finale sulla stagione influenzale 2011-2012.

La stagione influenzale 2011-2012 (42ª settimana 2011-17ª settimana 2012) in Toscana è stata caratterizzata da un andamento tipico, il numero dei casi ha mostrato un marcato aumento a partire dalla 52ª settimana del 2011 e il picco epidemico è stato raggiunto nella 5ª settimana del 2012. L'epidemia ha presentato un'intensità intermedia e si stima abbia coinvolto circa 270mila toscani. Il picco epidemico raggiunto (7,2 per 1.000) è risultato inferiore a quello italiano (9,6 per 1.000) e minore rispetto a quello delle due precedenti stagioni influenzali (nel 2010-2011 era di 8,6 per 1.000 e nel 2009-2010 di 11,1 per 1.000). In Europa la stagione si è invece caratterizzata per un inizio tardivo, il numero dei casi è aumentato solo nelle prime settimane del 2012 (5 settimane di ritardo rispetto alla stagione 2010-2011) e per l'assenza della classica diffusione geografica (primi casi nei Paesi occidentali e a diffusione ai Paesi orientali).

La sindrome ha colpito soprattutto l'età infantile e in particolare i più piccoli, nella classe di età 0-4 anni è stato raggiunto il picco epidemico più alto (26,4 per 1.000) in controtendenza rispet-



APPROVATA LA DELIBERA

Salute globale, ecco il centro regionale

La struttura, presso il Meyer, coordinerà le iniziative di cooperazione

La Giunta regionale ha istituito una struttura di coordinamento a carattere regionale sulla salute globale e sulle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale. Con l'approvazione della delibera n. 909 del 15/10/2012 si vogliono così sostenere e valorizzare lo sviluppo di accordi di collaborazione sanitaria e la prestazione di servizi sanitari tra la Regione Toscana e Paesi terzi, nonché i rapporti con le istituzioni europee. La struttura, che afferirà organizzativamente all'Aou Meyer e si integrerà con le attività dell'azienda, nei prossimi mesi dovrà elaborare un programma operativo triennale, dove vengono definiti obiettivi, ambiti di interesse specifici, partenariati, attività e funzioni. Il centro si configura come una struttura di riferimento in cui professori e ricercatori universitari, dottorandi e studenti, medici professionisti e in formazione specialistica possano occuparsi a vario titolo di salute globale, radicando il suo approccio teorico sui determinanti sociali della salute e i principi della dichiarazione di Alma Ata. Un modo quindi per contribuire a diffondere la consapevolezza delle disuguaglianze esistenti e delle cause che le hanno prodotte, dei meccanismi che le alimentano e le aggravano. Da qui la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione di informazioni e conoscenze per disegnare e rendere attivi progetti di cooperazione sanitaria internazionale caratterizzati per un approccio di sistema alla salute.

to alla stagione pandemica (2009-2010), ma anche alla precedente stagione in cui erano più frequentemente colpiti i bambini tra 5-14 anni. Tra i giovani adulti un'incidenza lievemente superiore si è osservata nella classe di età 25-44 anni, diversamente dalle passate stagioni in cui venivano maggiormente coinvolti i più giovani (15-24 anni). In tutte le classi di età il picco pandemico raggiunto in Toscana è risultato inferiore rispetto a quello raggiunto in Italia.

Anche in questa stagione influenzale il ministero della Salute ha ritenuto opportuno mantenere attiva la sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza. In Toscana, nell'attuale stagione, si è verificato un solo caso grave di influenza in un soggetto in età avanzata che è stato ricoverato in una Unità di terapia intensiva e sottoposto a terapia con ossigenazione extracorporea a membrana (Ecmo). L'analisi dei ricoveri per influenza dalle schede di dimissione ospedaliera ha mostrato un andamento molto simile a quello delle stagioni precedenti con il maggior numero di ricoveri (76) nel mese di febbraio 2012 in concomitanza con il picco epidemico.

Tra i virus circolanti il virus A(H3N2) è stato quello che ha dominato la stagione, anche se in maniera minore ha circolato il sottotipo A(H1N1)pdm09. Nella Regione non sono stati isolati virus B che in Italia e in Europa sono circolati a partire dalla 3ª settimana del 2012. Nella stagione 2011-2012 si è osservata una moderata efficacia del vaccino dovuta principalmente all'eterogeneità antigenica del virus A(H3N2).

Anche in questa stagione, nonostante il marcato aumento osservato in Toscana negli ultimi anni (dal 36% del 1999-2000), non si è riusciti a raggiungere l'obiettivo di vaccinare il 75% degli anziani. La copertura vaccinale raggiunta negli ultra-64enni è risultata infatti di 67,8%, valore simile a quello della precedente stagione (68,8%) e inferiore alla stagione pandemica (71,1%).

Fabio Voller
Monica da Frè
Agenzia regionale Sanità della Toscana

CONTROCANTO

Vaccinare i bambini sani fino a 6 anni

di **Giovanni Vitali Rosati** *

Non è bastata la pandemia del 2009 per ridurre le coperture vaccinali per influenza. In questi giorni abbiamo avuto un'altra evenienza che potrebbe ridurre ulteriormente le già minacciate coperture.

Quando i media parlano di «Due milioni e trecentomila dosi di vaccino ritirate», solo in pochi capisco-

no che quel ritiro è segno di serietà, di qualità e attenzione per le vaccinazioni, ma il messaggio non arriva e adesso possiamo aspettarci una progressiva disaffezione alla vaccinazione.

Come porvi rimedio? Noi pediatri di famiglia già da tempo sosteniamo la ne-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Produzione di molluschi: i controlli

La Giunta regionale ha approvato le «Procedure per la classificazione delle acque per la raccolta, la produzione e la stabulazione dei molluschi bivalvi ed echinodermi». Con questa scelta viene anche integrato il tariffario regionale unico delle prestazioni riferite all'attività dei Dipartimenti di prevenzione relativa alla classificazione o alla riclassificazione delle acque finalizzate a consentire la produzione dei molluschi. Alla luce delle disposizioni dell'Ue, che hanno modificato il regolamento e l'intesa tra Governo e Regioni sulle linee guida per la sua applicazione, si è uniformata la modalità di esecuzione dei controlli. (Delibera n. 899 del 15/10/2012)

Ict: via al piano di sviluppo nel Ssr

La Regione ha definito il piano strategico di sviluppo e istituito il gruppo regionale di coordinamento del Sistema informativo e tecnologie dell'informazione e della comunicazione del servizio sanitario regionale. Tra gli obiettivi quello di agevolare l'accesso del cittadino ai servizi, migliorare i processi organizzativi, garantire gli strumenti per il governo, la programmazione e il controllo, garantire la sostenibilità economica e organizzativa, tramite processi di innovazione, convergenza e razionalizzazione che coinvolgano tutte le Asl afferenti al Ssr, gli Estav e i professionisti. (Delibera n. 916 del 22/10/2012)

ALL'INTERNO

Cure primarie: ricetta aretina

A PAG. 3

Centri integrati per le disabilità

A PAG. 4-5

A Montale Mmg in équipe

A PAG. 7

PREVENZIONE Progetto dell'Asl di Firenze e Ispo per convincere le donne a smettere



Ostetriche alleate anti-fumo

Consulenze personalizzate per le fumatrici in attesa del pap test

Per due anni le donne fumatrici hanno avuto una chance in più per dire addio alle sigarette. A tentare di convincerle a liberarsi dalla dipendenza dal tabacco sono state le ostetriche, coinvolte in prima persona in un progetto di ricerca ideato e promosso da Ispo, l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, e finanziato dal ministero della Salute.

L'opera di persuasione non si è svolta, come spesso accade, in uno dei tanti centri anti-fumo presenti sul territorio, ma all'interno di un ambulatorio di ginecologia. L'idea di partenza dello studio, denominato «Sprint», era quella di verificare la possibilità di utilizzare gli appuntamenti per effettuare il pap-test nell'ambito dei programmi di screening organizzati per proporre alle donne un percorso di liberazione dal fumo.

A prendere parte al progetto, alcuni ambulatori della Asl 10 di Firenze, di Ispo, e anche di aziende sanitarie del Piemonte e della Lombardia. In questi centri, per due an-

ni, le donne che avevano risposto all'invito di sottoporsi a un pap test – l'esame che permette di verificare lesioni precancerose della cervice uterina – hanno ricevuto, mentre attendevano il loro turno in sala d'aspetto, un questionario. Si trattava, in primis, di individuare quali di loro fossero fumatrici, ma le domande messe a punto dai ricercatori erano soprattutto mirate a capire se e quanto le fumatrici fossero determinate a smettere. Così, chi ha dichiarato di essere disponibile a essere aiutata a liberarsi dalla dipendenza, dopo aver concluso l'esame, ha potuto beneficiare di una vera e propria consulenza

Le operatrici hanno seguito un corso di formazione ad hoc

personalizzata, perfettamente calibrata sul grado di motivazione emerso dall'analisi delle risposte del questionario. Protagoniste di questo colloquio le ostetriche che, dopo aver frequentato un corso di formazione, hanno modulato la loro strategia di convincimento in base alle caratteristiche della persona che, di volta in volta, si trovavano davanti. Alle donne che avevano

espresso un sincero disinteresse per l'argomento, è stato semplicemente offerto un volumetto dal titolo «Donne attive e libere dal fumo»: un vademecum di consigli su come affrontare, nel modo più piacevole ed efficace possibile, la trasformazione da fumatrice a ex fumatrice.

A coloro che, invece, avevano espresso un interesse più marcato sono stati rivolti consigli più mirati. Sono state inoltre ricontattate sei-dodici mesi dopo per capire se avevano fatto tesoro di quei suggerimenti smettendo di fumare o riducendo il numero di sigarette fumate ogni giorno. Lo scopo del progetto non era soltanto quello di ridurre nella popolazione femminile una delle abitudini più rischiose per la salute, ma anche quello di verificare la possibilità di effettuare questa attività nell'ambito della routine degli screening da parte di personale che solitamente non si occupa di problematiche legate al tabagismo.

Ora lo studio, il primo di questo genere a livello mondiale, si è concluso. E i ricercatori di Ispo hanno già analizzato i dati raccolti, pubblicati su una rivista scientifica internazionale «Bmc Public Health» (questo è il link degli articoli, scaricabili

da internet: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/906>; <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/740>). I risultati dell'esperimento sono positivi: le donne che hanno ricevuto il counselling, sono riuscite a smettere di fumare in una percentuale doppia rispetto a quelle che non lo hanno ricevuto. A incidere sul successo, anche il fatto che le ostetriche, proprio grazie alle risposte fornite nel questionario, sono riuscite a identificare le più motivate, concentrando i loro sforzi sui casi più promettenti. E positivo è anche il feedback da parte del personale sanitario coinvolto nella sperimentazione: dopo un'iniziale resistenza, dovuta al timore di non essere adeguate e di non riuscire a rispettare i tempi previsti per l'esame, le ostetriche si sono sentite gratificate da questo ruolo inedito, apprezzando l'interazione su aspetti della salute che solitamente, nell'ambito dello screening, non venivano affrontati.

D'altro canto anche le donne,

utenti del servizio, sono state soddisfatte dell'intervento delle ostetriche come è emerso dall'indagine specifica sul loro gradimento effettuata a Torino. Che le ostetriche impegnate nel pap-test potessero rappresentare un punto di riferimento per affrontare tematiche di prevenzione sul fumo era una scommessa dello studio Sprint: le ostetriche durante il pap-test vengono a contatto con molte donne giovani, nelle quali negli ultimi anni si è osservato un sempre più precoce inizio dell'abitudine al fumo. Se vogliamo che si liberino dalla dipendenza, è necessario che gli operatori del sistema sanitario

Dopo il counselling stop alle sigarette per molte pazienti

si relazionino con loro in maniera diversa rispetto a quanto avviene con i tabagisti di sesso maschile, tenendo conto della specificità di genere: quando si tratta di smettere di fumare, infatti, donne e uomini si comportano secondo modalità e dinamiche differenti.

Elisabetta Chellini
Epidemiologo di Ispo

IL PROGETTO DI LUCCA PER LA MEDICINA PENITENZIARIA

Le cure in carcere giocano d'anticipo

Nel presidio sanitario penitenziario di Lucca sono stati programmati per l'anno 2012 gli obiettivi di salute da perseguire da parte dei Medici Sias (Servizio integrativo di assistenza sanitaria), in riferimento alle Linee di indirizzo per la definizione dei rapporti di lavoro nel Ssn del personale, fornite alle aziende sanitarie, e approvate dalla Regione Toscana (Delibera regionale 784/2010). I moduli pilota programmati riguardano la gestione e il monitoraggio dei detenuti affetti da diverse problematiche: diabete mellito, ipertensione arteriosa, malattie infettive, malattie metaboliche, croniche ostruttive e cardiopatie ischemiche. Tutto ciò prefigura una vera e propria rivoluzione della medicina penitenziaria con le prospettive di qualità e di sicura operatività dei servizi a tutela della salute della popolazione detenuta di Lucca.

Infatti la riforma della medicina penitenziaria ha la prospettiva di acquisire importanti risultati in termini di qualità, appro-

priatezza e miglioramenti in quasi tutti i relativi indicatori. Diviene quindi centrale l'obiettivo di mettere a disposizione servizi sanitari adeguati in termini di tipologia di prestazioni e nel rispetto di un appropriato consumo di risorse, e una rivoluzione copernicana insita nella riforma è il passaggio da una medicina penitenziaria di attesa a una di iniziativa che si attiva per l'identificazione della popolazione detenuta a rischio al fine di garantire una gestione incisiva della malattia, rallentandone il decorso. Si devono attuare programmi di sorveglianza sanitaria dei propri pazienti rivolti all'individuazione di eventuali fattori di rischio con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, infettive, psichiatriche e degenerative osteoarticolari, alla rimozione di quelle modificabili, alla ricerca di segni o sintomi nell'ambito delle malattie di pertinenza oncologica.

Attraverso una incisiva rivisitazione dei compiti professionali dei singoli operatori deve avvenire una presa in carico seria della salute in carcere e su questo versante bisogna operare per acquisire risultati significativi anche attraverso la utilizzazione della rete dei servizi che verrà messa a disposizione da parte dell'azienda sanitaria. Bisogna superare la cosiddetta medicina d'attesa collegata strettamente a episodi contingenti di assoluta necessità clinica. Bisogna predisporre a non muoversi nelle griglie marginali della cosiddetta medicina difensiva o palliativa.

Non dunque una medicina penitenziaria organizzata come era prima nell'attesa della domanda, sostanzialmente costruita sull'attesa, ma una medicina penitenziaria in grado di prevenire, di saper individuare i bisogni e le criticità. Lo sviluppo della Sanità penitenziaria di iniziativa e di opportunità ha come obiettivo strategico un

nuovo approccio organizzativo che assuma il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il detenuto, favorendo lo sviluppo di condizioni che consentono di mantenere il livello di salute adeguato; un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche e anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

In questa ottica assume una particolare valenza la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria, quali l'adozione di corretti stili di vita, e in particolare l'attenzione all'esercizio dell'attività fisica, di corrette abitudini alimentari, di abolizione del fumo e di un ridimensionamento ragguardevole dell'uso degli psicofarmaci.

Francesco Ceraudo
Direttore del Centro regionale di coordinamento per la salute in carcere

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

cessità di inserire tra le persone da vaccinare, oltre alle categorie a rischio, anche i bambini sani nella fascia fra 6 mesi e 6 anni. La vaccinazione del bambino sano determina grandi benefici: riduce la malattia nelle classi vaccinate e ne impedisce la trasmissione, determinando un cospicuo abbattimento dei casi nel resto della popolazione. Questa strategia migliora il raggiungimento e l'adesione delle categorie a rischio e determina una fidelizzazione delle famiglie alla pratica vaccinale. La vaccinazione delle sole categorie a rischio non abbatta il loro pericolo: per proteggerle veramente dovremmo eliminare, o almeno ridurre, la circolazione dell'agente patogeno. Nel caso dell'influenza, tale obiettivo si otter-

rà solo vaccinando coloro che sono la causa della sua diffusione: i bambini e i ragazzi. Inoltre, vaccinando per fascia di età avremmo coperture migliori.

Alcuni studi dimostrano che se la vaccinazione viene promossa ed effettuata nello studio dei pediatri i risultati sono migliori. Anche in Toscana, durante la pandemia, i pediatri sono stati l'unica categoria a risultare convincente ottenendo buone coperture vaccinali. In altre parole, è più opportuno portare i vaccini dove sono i bambini piuttosto che pensare di far vaccinare i bambini in appositi centri.

Altre realtà geografiche hanno già iniziato questa politica: in Usa dal 2003 è stata raccomandata la vaccinazione nel soggetto

sano di età compresa tra 6 e 23 mesi, dal 2006 in quello tra 6 e 59 mesi, e dal 2008 la raccomandazione è stata progressivamente estesa. Nel Regno Unito la vaccinazione sarà presto estesa a tutta la popolazione pediatrica (con il vaccino spray nasale vivo attenuato). Il programma, che sarà messo a punto nel 2014, riguarda tutti i bambini di età compresa tra 2 e 17 anni e ai più piccoli sarà fornito dal loro «general practitioner». Il comitato per la vaccinazione e immunizzazione sostiene che il programma determinerà una riduzione del 40% del tasso di infezione. E noi cosa aspettiamo?

* Referente vaccini per la Fimp Toscana

Possibili ritardi dopo... (segue dalla prima pagina)

tare strategie di emergenza affinché tutti i soggetti per i quali è consigliata la vaccinazione avessero la possibilità di vaccinarsi nel sistema pubblico, ma quest'anno la situazione di carenza che si prospetta è veramente senza precedenti a causa del blocco dei vaccini prodotti dalle ditte Kedrion e Novartis, effettuato ancora prima dell'arrivo nelle farmacie delle Asl toscane, e che sta creando una situazione di grave carenza. La Regione sta lavorando a fianco del ministero per seguire passo passo le forniture e l'acquisizione del vaccino in modo da permettere lo svolgimento della campagna, anche se un po' in ritardo rispetto all'ordinario.

Voglio comunque ricordare, come evidenziato dall'articolo di Fabio Voller, che difficilmente il picco dell'epidemia si verifica prima di

gennaio e quindi, anche se il periodo ottimale è la seconda metà di novembre, anche dicembre è un mese valido per la vaccinazione.

Speriamo quest'anno di migliorare ancora le nostre coperture vaccinali che hanno subito una battuta d'arresto con la pandemia, le polemiche sul vaccino pandemico hanno creato un clima di sfiducia nei pazienti, ma il vaccino è la miglior difesa contro l'influenza che, soprattutto in soggetti immunocompromessi, può portare a gravi complicanze. L'impegno della Regione è quello di garantire a chiunque ne abbia necessità un facile accesso nei tempi dovuti a un efficace intervento preventivo quale è la vaccinazione antinfluenzale.

* Responsabile settore Servizi di prevenzione in Sanità pubblica e veterinaria - Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Il modello adottato dall'Asl 8 anticipa le direttive del decreto Balduzzi

Cure primarie, Arezzo docet



La ricetta: distretto "forte", Mmg associati e chronic care model

La necessità che, anche per il nostro sistema sanitario, si configurino strategie in grado di raggiungere in modo rapido l'obiettivo del contenimento dei costi e, contemporaneamente, il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, induce le aziende sanitarie a scelte urgenti e complesse. Vi è infatti il rischio oggettivo che il sistema finisca con scontrarsi con un'innegabile crescita dei bisogni sanitari e sociali, solo in parte attribuibile all'invecchiamento della popolazione. Crescono le differenze socio-economiche e conseguentemente crescono le patologie croniche e le loro complicanze. Attraverso una corretta programmazione della dinamica fra ospedale e territorio è possibile ridurre il ricovero e la sua durata in ospedale, riducendo altresì le disuguaglianze nell'accesso alle cure per le classi sociali svantaggiate che sono più esposte al rischio di malattie croniche e più soggette a incidenti domestici e sul lavoro.

Riaspetto delle cure primarie e nuova organizzazione della medicina generale. Il IX rapporto Cnamc sulle Politiche per la cronicità anno 2010 evidenzia che il 57,2% dei residenti tra 55 e 59 anni e l'86,9% degli over 75 soffrono di almeno una patologia cronico-degenerativa; il 20,3% ha almeno due patologie e tra gli over 75 la percentuale tocca il 68,2%.

La missione principale del territorio è quindi rappresentata dal presidiare i bisogni correlati alla cronicità e gli aspetti legati alla prevenzione per la promozione di corretti stili di vita. Occorre, quindi, rifondare il territorio, riprogettando l'intera filiera dei suoi servizi secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera a bassa complessità: da una parte un nuovo assetto organizzativo della zona-distretto, e dall'altra un nuovo ruolo della medicina generale.

Sprint all'integrazione organizzativa verticale e orizzontale

La Regione ha imboccato da anni la via della medicina d'iniziativa

La riforma della Sanità voluta dal ministro della Salute, Renato Balduzzi, non troverà di certo impreparata la Toscana. Nella determinazione dei processi verso i quali indirizzare le modalità assistenziali, infatti, sono ripercorse le linee guida che aziende come la Asl 8, ma in genere tutte le aziende della nostra Regione, da anni predispongono e attuano.

Medicina d'iniziativa, presa in carico dei pazienti da parte dei medici di medicina generale, ospedali dedicati solo agli acuti, realizzazione di un "territorio forte", fanno parte del linguaggio ormai assimilato dalle aziende toscane, che in misura diversificata da area ad area lo applicano da anni. Addirittura, come nel caso di Arezzo, si è già nella fase di valutazione dei risultati ottenuti. È in corso una sperimentazione di telemedicina con 400 pazienti già seguiti in assistenza domiciliare integrata; c'è il coinvolgimento diretto dei

Creazione di un distretto "forte", quindi, in grado di trasmettere ai cittadini fiducia e sicurezza rispetto ai servizi erogati e di assicurare la continuità ospedale-territorio e l'integrazione socio-sanitaria. Un distretto equipaggiato con un sistema di obiettivi e indicatori per valutare l'efficienza e la qualità dell'assistenza erogata, dotato di un proprio budget, con una particolare attenzione a un uso delle risorse appropriato e caratterizzato da responsabilità e autonomia. Un distretto, infine, dove si rilevano il fabbisogno e la domanda di salute e dove si sviluppa la gestione operativa delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio di competenza, attraverso la creazione di una rete che comprenda al suo interno il sistema delle cure intermedie (Rsa, hospice, ospedali di comunità), i servizi sociali, l'ospedale, le strutture ambulatoriali, i Mmg, i PIs.

Per procedere al riassetto delle cure primarie occorre mettere in atto strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa sia a livello orizzontale (modelli a rete multiprofessionali) che verticale (sistemi assistenziali integrati con l'ospedale) attraverso l'implementazione dei sistemi informativi integrati, lo sviluppo di servizi sanitari di prossimi-

tà, strumenti di clinical governance e auditing, con particolare attenzione alla prevenzione primaria e secondaria, alle cure domiciliari, alle attività di sostegno alla fragilità, alle patologie croniche.

Il nuovo sviluppo organizzativo prevede l'individuazione di sedi fisiche di erogazione delle prestazioni ai cittadini, ben individuabili e fruibili per buona parte della giornata. Sedi che diventano un punto di riferimento per la soluzione dei problemi, come da sempre è stato ed è l'ospedale; la realizzazione di un'assistenza h24 grazie alla integrazione con i medici della continuità assistenziale; la risposta al bisogno complesso attraverso l'integrazione tra i diversi professionisti della salute e del sociale; la creazione della rete informatica del territorio; la creazione di forme associative della Mg sempre più complesse e articolate.

Il primo passo per il superamento dell'attuale modello di lavoro individuale è rappresentato dalla creazione di aggregazioni funzionali territoriali (Aft) dove ogni medico, pur rimanendo fisicamente nel proprio studio, inizia a operare quotidianamente con altri medici. Ogni Aft è composta da circa 15-20 Mmg ai quali vengono aggregati i medici di continuità assistenziale. Il passo immediatamente successivo è la creazione delle équipe territoriali (Et) nelle quali entrano a far parte, oltre ai Mmg, i

medici di medicina generale a cui viene affidata la responsabilità delle aggregazioni funzionali territoriali; si contano sul territorio aretino cinque Case della salute; i budget sono gestiti direttamente dai distretti; c'è stato il consolidamento e l'apertura di nuovi ambulatori presso il Dipartimento della prevenzione per la corretta alimentazione; è presente un'ostinata campagna per la correzione degli stili di vita.

Un anno fa, appena nominato ministro, Balduzzi fu ospite ad Arezzo del Forum risk, e in quella occasione dimostrò grande interesse al modello aziendale di chronic care model. Di seguito proponiamo una sintesi del lavoro presentato dal direttore generale della Asl 8 Enrico Desideri al ministro Balduzzi.

Pierluigi Amorini
Addetto stampa Asl 8 di Arezzo

Ospedali in rete ed équipe chirurgiche itineranti

medici della continuità assistenziale, eventualmente la pediatria di famiglia, gli infermieri/Oss territoriali, gli specialisti, gli assistenti sociali. La costituzione delle Et coincide con la individuazione dei team multiprofessionali necessari per la realizzazione della Sanità di iniziativa.

Esiste poi un ulteriore livello di associazionismo rappresentato dalle Unità complesse di cure primarie (Uccp) e dalle Case della salute. Le Uccp sono aggregazioni funzionali multiprofessionali comprendenti almeno

20 Mmg (assistenza primaria + continuità assistenziale) e le altre figure professionali del territorio: infermieri, specialisti, assistenti sociali, fisioterapisti, personale amministrativo. La Casa della salute (la prima in Toscana è stata quella di Castiglion Fiorentino e a giori saranno cinque quelle operative nella Asl 8) invece rappresenta un nodo di una rete integrata e omogenea di presidi e di servizi territoriali, organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitari. Qui trovano collocazione i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali, Mmg, Pds, medici di Ca, servizi amministrativi, servizi infermieristici territo-

riali, servizi distrettuali, servizi sociali, prestazioni specialistiche, servizi consultoriali e letti di cure intermedie.

Ulteriore passaggio è rappresentato dalla promozione della Sanità di iniziativa e dal chronic care model, un modello gestionale e operativo basato sulla interazione efficace tra paziente informato/esperto e team multiprofessionale, integrato da aspetti di Sanità pubblica (attenzione alla prevenzione primaria collettiva e ai determinanti di salute) e una presa in carico globale su tutto il percorso di salute dei cittadini.

La rete dei presidi ospedalieri. Superando il criterio dei posti letto, occorre rivalutare l'offerta ospedaliera sulla base del rapporto tra attività svolta ed esiti clinici. È ormai riconosciuto e documentato l'incremento del rischio clinico e della variabilità in relazione al numero degli interventi effettuati dai professionisti nelle varie strutture ospedaliere. Due le proposte operative: individuare in ogni Regione la ripartizione territoriale (sull'esempio delle Aree vaste) che abbia come bacino d'utenza una popolazione sufficiente a generare la necessaria casistica (circa un milione di soggetti), anche per l'alta complessità (a es. cardio e neurochi-

rurgia). Si deve poi ridefinire la funzione in "rete" dei presidi ospedalieri. In tale contesto, i piccoli ospedali possono, a esempio, assicurare tutte le funzioni di base, ivi inclusi gli accessi diretti dal territorio per le patologie internistiche, nonché in alcuni casi i trattamenti chirurgici, purché in regime d'elezione come day-week surgery e non in emergenza. Possono, inoltre, svolgere attività diagnostica laboratoristica di base (Poct) e radiologica, anche in teleferitazione (Ris-Pacs).

Va sottolineato come, attraverso équipe chirurgiche "itineranti", sia possibile ottenere oltre alla qualità, la piena utilizzazione delle sale operatorie e complessivamente un contenimento dei costi: si spostano i medici e non i cittadini malati. La prossimità del piccolo ospedale, inoltre, si è dimostrata capace di facilitare l'integrazione, soprattutto per le patologie internistiche, con i medici di famiglia, valorizzando l'efficacia della continuità assistenziale. In Italia la percentuale di popolazione residente con accesso entro un'ora da un presidio ospedaliero di base è quasi ovunque intorno al 95% (eccetto la Sardegna e la Basilicata) e questo è considerato un ottimo indice di accesso.

Anche i tempi per l'accesso alla rete d'emergenza sono mediamente buoni, ma non in tutte le Regioni è assicurato un trasporto al presidio più idoneo (pronto soccorso di 1°-2° livello). Questo dovrà, invece, costituire un elemento imprescindibile nelle politiche sanitarie, giustamente tese alla qualità e alla sicurezza delle cure. Infine, pur non sottovalutando la necessità di ulteriormente ridurre il tasso di ospedalizzazione, si enfatizza come attraverso una buona medicina territoriale e, finalmente, attraverso l'integrazione di questa con l'assistenza ospedaliera, sia possibile ridurre anche significativamente la necessità di ospedalizzazione, le giornate di degenza e di ricorso al pronto soccorso per patologie minori.

Enrico Desideri
Direttore generale
Asl 8 di Arezzo

MIGLIORANO L'ACCESSO ALLA DIAGNOSI E L'APPROPRIATEZZA

Nella Asl aretina si stanno già compiendo verifiche sui cambiamenti che il "chronic care model" (Ccm) sta portando da una parte alla qualità della vita degli utenti e dall'altra anche a un più corretto uso delle risorse su un più equo accesso alle cure.

In particolare il focus è stato concentrato su pazienti con diabete e su pazienti affetti da scompenso cardiaco.

Soggetti diabetici. Esaminando 3.000 pazienti diabetici, è stato accertato che gli obesi sono il 24%, di cui il 22% maschi e il 26% femmine. Ma l'obesità colpisce maggiormente coloro che hanno maggiori fattori di privazione come difficoltà economiche (quasi il 10% in più). La ricerca è andata quindi ad accertare anche la capacità dei

Diabete e scompenso, gli effetti già si vedono

singoli pazienti di accedere alla diagnosi, in particolare il controllo della microalbumina e della emoglobina glicata.

Sono classificati come "deprivati" coloro che hanno difficoltà economiche, cioè quelli che con fatica arrivano a fine mese. Microalbumina: nel 2009 solo il 33,3 % dei deprivati aveva fatto l'esame. Era stato il 43,3 fra i non deprivati. Nel 2010, con il Ccm, per i primi si era saliti al 62,2% e per i secondi al 63,4%. Per coloro che non erano sottoposti al Ccm, la percentuale era rispettivamente del 41 e del 42,3%, e nel 2010 del 41,4 e del 37,4%. Insomma, senza Ccm in media due diabetici su tre non controllano la microalbu-

mina. Con il Ccm solo uno su tre. Emoglobina glicata. Seguendo il medesimo schema abbiamo questi risultati relativi a chi è entrato in Ccm: dal 64,4 all'80%, dal 75,8 all'84,2%. E fra i non Ccm: dal 71,1% al 74,7% e dal 77,4% al 79,6%. Qui i cambiamenti percentuali non sono così elevati come nel caso della microalbumina, ma si assiste egualmente a un forte avvicinamento nel diritto all'equità nell'accesso alla diagnosi.

Scompenso cardiaco. Sono 636 quelli presi in esame con il monitoraggio degli anni 2009 e 2011, quindi senza il Ccm e con il Ccm. Per gli accessi al pronto soccorso si

è passati da 734 a 655 (-11%); ricoveri ospedalieri da 320 a 246 (-22%); diagnostica pesante da 177 a 149 (-16%); diagnostica da 1.296 a 1.152 (-11%); visite specialistiche da 2.306 a 2.263 (-2%); analisi di laboratorio da 24.491 a 28.738 (+17%). Una diminuzione forte di accesso alle specialistiche, ma una maggiore attenzione ai valori grazie alla prescrizione da parte dei medici di medicina generale di un maggior numero di analisi di laboratorio. Garantiti così appropriatezza, buon uso delle risorse, ma soprattutto una qualità di vita migliore per i pazienti con un più basso ricorso a ricoveri o accessi al pronto soccorso o diagnostica invasiva.

DOCUMENTI Parte la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo in campo riabilitativo-assistenziale



Disabilità nei centri integrati di servizi

Tra gli obiettivi: testare un sistema di visite programmate per identificare e risolvere i punti critici

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 841/2012 sull'avvio della sperimentazione di un nuovo modello organizzativo in campo riabilitativo-assistenziale rappresentato da Centri integrati di servizi»

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Piano sanitario regionale 2008/2010 che, al punto 5.6.1.7, prevede l'adozione di interventi per la gestione delle disabilità complesse, tra i quali lo sviluppo e la qualificazione della rete dei servizi nello specifico settore anche tramite progetti e sperimentazioni che possano offrire risposte appropriate e innovative sia nell'area degli interventi relativi alla fase acuta e post acuta, sia a quelli nell'area della cronicità, con particolare attenzione ai percorsi che rispondono a finalità di lungo assistenza;

Visto il comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011, n. 66 che proroga i piani e programmi regionali attuativi del programma regionale di sviluppo (Prs) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs 2011-2015;

Visto il Programma regionale di sviluppo 2011-2015 adottato con risoluzione del Consiglio regionale n. 56 del 27 luglio 2011;

Visto il Dpef 2012 approvato con risoluzione del Consiglio regionale n. 56 del 27/07/2011;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 38 del 19/12/2011 con la quale viene approvata e inoltrata al Consiglio regionale la proposta di "Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015";

Preso atto di quanto stabilito dalla delibera Gr n. 551 del 4 luglio 2011 che approva il protocollo d'intesa tra Regione Toscana e coordinamento dei centri di riabilitazione extraospedaliera toscani e individua i principi di collaborazione e condivisione degli obiettivi al fine di elaborare un appropriato sistema di offerta di servizi e prestazioni nell'ambito della

disabilità fisica, psichica e sensoriale, con particolare riferimento alle disabilità intellettive e/o relazionali e ai disturbi psicopatologici;

Rilevato che elemento fondante e innovativo del protocollo d'intesa di cui alla suddetta delibera Gr n. 551/2011 è la realizzazione, in via sperimentale e in contesti definiti dalla programmazione regionale, di un nuovo modello organizzativo in campo riabilitativo-assistenziale, rappresentato dai Centri integrati di servizi, che si caratterizzano, strutturalmente e funzionalmente, per la molteplice tipologia delle prestazioni erogate e per la differenziazione dei percorsi assistenziali fruibili dalle persone con disabilità complesse; tali centri operano anche con valenza di Area vasta, in costante sinergia con i servizi territoriali aziendali;

Ritenuto necessario dare avvio alle sperimentazioni previste dalla delibera Gr n. 551/2011 e definire gli ambiti di attuazione delle medesime, individuando i seguenti obiettivi prioritari:

- strutturazione di una proposta di modello organizzativo e operativo di Centro integrato di servizi, completo di funzioni e ambiti di intervento, che possa costituire riferimento a livello regionale;

- elaborazione di criteri e parametri per la eventuale individuazione, nell'ambito dei centri integrati di servizi, delle realtà territoriali da investire del ruolo di centri di riferimento a livello aziendale e/o di Area vasta;

- definizione delle modalità operative per il raccordo funzionale e la collaborazione, nella individuazione dei percorsi assistenziali e riabilitativi dei singoli utenti, tra i Servizi territoriali aziendali, che mantengono la titolarità della presa in carico globale della persona con disabilità, e i suddetti centri;

- individuazione e proposta di ulteriori tipologie di prestazioni e percorsi assistenziali rispetto a quelli attualmente previsti, con maggiore articolazione delle risposte in base alle specifiche necessità degli utenti;

- proposta di revisione delle modalità di suddivisione e di partecipazione alla spesa sanitaria e sociale così come previsto dalle normative nazionali, dalla programmazione sanitaria e sociale regionale e dai Lea;

- elaborazione di proposte inerenti all'eventuale strutturazione dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitario per i centri integrati di servizi anche in riferimento a singole tipologie di strutture.

Ritenuto necessario istituire un gruppo di lavoro, a livello regionale, costituito dai responsabili dei settori "Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale" e "Servizi alla persona sul territorio" della Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale e dai componenti del coordinamento dei Centri di riabilitazione toscani e che si avvarrà delle collaborazioni dei servizi territoriali aziendali ritenute opportune, fornendo anche le indicazioni per la attivazione di gruppi di lavoro a livello locale;

Stabilito di affidare il coordinamento del suddetto gruppo di lavoro al responsabile dell'area di coordinamento "Sistema socio-sanitario regionale" della Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale;

Stabilito di demandare al suddetto gruppo di lavoro la elaborazione delle

linee di indirizzo e delle modalità di attuazione delle sperimentazioni oggetto del presente atto, oltre che il monitoraggio degli stati di avanzamento e la redazione delle relazioni finali sugli esiti delle medesime;

Considerato opportuno, ai fini della sperimentazione, individuare quali soggetti istituzionali con provata esperienza di ricerca nel settore che mettono a disposizione le rispettive competenze scientifiche e tecniche per la elaborazione di strumenti e metodologie applicative finalizzati al raggiungimento degli obiettivi sopra indicati:

- Ilrccs Fondazione Stella Maris;
- Ilrccs Fondazione Don Carlo Gnocchi quali istituti scientifici e soggetti no profit che potranno avvalersi anche della collaborazione di Asir - Associazione scientifica dei centri di riabilitazione;
- Il Laboratorio management e Sanità (Mes);
- l'Agenzia regionale di Sanità (Ars) della Toscana quali soggetti pubblici che si avvarranno anche della collaborazione dei professionisti delle aziende sanitarie toscane;

Ritenuto che la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale possa inoltre avvalersi, al fine del raggiungimento degli obiettivi della presente sperimentazione, anche di altre competenze tecniche e scientifiche ritenute necessarie in riferimento a specifici ambiti di intervento;

Stabilito di individuare contestualmente, con riferimento a ciascuna Area vasta, le strutture presso le quali, nella fase iniziale, saranno avviate le suddette sperimentazioni, che avranno durata massima biennale a decorrere dall'avvio della prima sperimentazione, e di stabilire le date di avvio delle medesime:

- Area vasta Nord-Ovest
- Fondazione Casa Cardinale Maffi Onlus di Livorno (inizio sperimentazione entro il 30 giugno 2013);
- Anffas Onlus di Massa e Carrara (inizio sperimentazione entro il 1° gennaio 2013);
- Area vasta Centro
- Fondazione Opera diocesana di assistenza S. Luigi di Firenze (inizio sperimentazione entro il 1° gennaio 2013);
- Area vasta Sud-Est
- Istituto Madre della Divina Provvidenza di Arezzo (inizio sperimentazione entro il 31 ottobre 2012).

Ritenuto di consentire, previa valutazione del gruppo di lavoro regionale, il coinvolgimento nella sperimentazione anche di altri centri e strutture regionali oltre a quelli specificamente indicati nel presente atto, che dovranno comunque attestarsi ai medesimi ambiti di attuazione, finalità e obiettivi sopra delineati;

Stabilito di incaricare i Direttori generali delle aziende Usl per la emanazione di atti e provvedimenti, anche di supporto formativo, necessari alla attuazione delle azioni sperimentali previste dal presente atto, tenendo conto delle indicazioni fornite dal gruppo di lavoro istituito a livello regionale, anche in riferimento allo sviluppo di azioni non attualmente previste dal modello organizzativo vigente;

Ritenuto opportuno che l'esperienza e gli esiti della proposta progettuale approvata con delibera Gr n. 1120 del 28/10/2010, presentata dalla Azienda Usl n. 8 di Arezzo e relativa alla validazione di un modello di residenza sanitaria assistenziale a ciclo continuativo per disabili in condizione di gravità, ormai in fase di conclusione, sia tenuta in debito riferimento ai seguenti aspetti:

- tipologie di prestazioni e percorsi assistenziali ulteriori rispetto a quelli attualmente previsti, con maggiore articolazione delle risposte in base alle specifiche necessità degli utenti;
- modalità di suddivisione e di partecipazione alla spesa sanitaria e sociale così come previsto dalle normative nazionali, dalla programmazione sanitaria e sociale regionale e dai Lea;
- A voti unanimi

mento ai seguenti aspetti:

- tipologie di prestazioni e percorsi assistenziali ulteriori rispetto a quelli attualmente previsti, con maggiore articolazione delle risposte in base alle specifiche necessità degli utenti;
- modalità di suddivisione e di partecipazione alla spesa sanitaria e sociale così come previsto dalle normative nazionali, dalla programmazione sanitaria e sociale regionale e dai Lea;
- A voti unanimi

DELIBERA

1. di dare avvio alle sperimentazioni previste dalla delibera Gr n. 551/2011 e di definire gli ambiti di attuazione delle medesime, individuando i seguenti obiettivi prioritari:

- strutturazione di una proposta di modello organizzativo e operativo di Centro integrato di servizi, completo di funzioni e ambiti di intervento, che possa costituire riferimento a livello regionale;

- elaborazione di criteri e parametri per la eventuale individuazione, nell'ambito dei centri integrati di servizi, delle realtà territoriali da investire del ruolo di centri di riferimento a livello aziendale e/o di Area vasta;

- definizione delle modalità operative per il raccordo funzionale e la collaborazione, nella individuazione dei percorsi assistenziali e riabilitativi dei singoli utenti, tra i Servizi territoriali aziendali, che mantengono la titolarità della presa in carico globale della persona con disabilità, e i suddetti centri;

- individuazione e proposta di ulteriori tipologie di prestazioni e percorsi assistenziali rispetto a quelli attualmente previsti, con maggiore articolazione delle risposte in base alle specifiche necessità degli utenti;

- proposta di revisione delle modalità di suddivisione e di partecipazione alla spesa sanitaria e sociale così come previsto dalle normative nazionali, dalla programmazione sanitaria e sociale regionale e dai Lea;

- elaborazione di proposte inerenti all'eventuale strutturazione dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitario per i centri integrati di servizi anche in riferimento a singole tipologie di strutture;

2. di istituire un gruppo di lavoro, a livello regionale, costituito dai responsabili dei settori "Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale" e "Servizi alla persona sul territorio" della Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale e dai componenti del coordinamento dei Centri di riabilitazione toscani e che si avvarrà delle collaborazioni dei servizi territoriali aziendali ritenute opportune, fornendo anche le indicazioni per la attivazione di gruppi di lavoro a livello locale;

3. di affidare il coordinamento del gruppo di lavoro di cui al punto 2 al responsabile dell'area di coordinamento "Sistema socio-sanitario regionale" della Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale;

4. di demandare al suddetto gruppo di lavoro la elaborazione delle linee di indirizzo e delle modalità di attuazione delle sperimentazioni oggetto del presente atto, oltre che il monitoraggio degli stati di avanzamento e la redazione delle relazioni finali sugli esiti delle medesime;

5. di individuare, ai fini della sperimentazione, quali soggetti istituzionali con provata esperienza di ricerca nel settore che mettono a disposizione le rispettive competenze scientifiche e tecniche per la elaborazione di strumenti e metodologie applicative finalizzati al raggiungimento degli obiettivi sopra indicati:

- Ilrccs Fondazione Stella Maris;
- Ilrccs Fondazione Don Carlo Gnocchi (quali istituti scientifici e soggetti no profit che potranno avvalersi anche della collaborazione di Asir - Associazione scientifica dei centri di riabilitazione);
- Il Laboratorio Management e Sanità (Mes);
- l'Agenzia regionale di Sanità (Ars) della Toscana (quali soggetti pubblici che si avvarranno anche della collaborazione dei professionisti delle aziende sanitarie toscane);

6. di stabilire che la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale possa inoltre avvalersi, al fine del raggiungimento degli obiettivi della presente sperimentazione, anche di altre competenze tecniche e scientifiche ritenute necessarie in riferimento a specifici ambiti di intervento;

7. di individuare contestualmente, con riferimento a ciascuna Area vasta, i centri integrati di servizi presso i quali, nella fase iniziale, saranno avviate le suddette sperimentazioni, che avranno durata massima biennale a decorrere dall'avvio della prima sperimentazione, e di stabilire le date di avvio delle medesime:

- Area vasta Nord-Ovest
- Fondazione Casa Cardinale Maffi Onlus di Livorno (inizio sperimentazione entro il 30 giugno 2013);
- Anffas Onlus di Massa e Carrara (inizio sperimentazione entro il 1° gennaio 2013);
- Area vasta Centro
- Fondazione Opera diocesana di assistenza S. Luigi di Firenze (inizio sperimentazione entro il 1° gennaio 2013);
- Area vasta Sud-Est
- Istituto Madre della Divina Provvidenza di Arezzo (inizio sperimentazione entro il 31 ottobre 2012);

8. di consentire, previa valutazione del gruppo di lavoro regionale, il coinvolgimento nella sperimentazione anche di altri centri e strutture regionali oltre a quelli specificamente indicati nel presente atto, che dovranno comunque attestarsi ai medesimi ambiti di attuazione, finalità e obiettivi sopra delineati;

9. di incaricare i Direttori generali delle aziende Usl per la emanazione di atti e provvedimenti, anche di supporto formativo, necessari alla attuazione delle azioni sperimentali previste dal presente atto, tenendo conto delle indicazioni fornite dal gruppo di lavoro istituito a livello regionale, anche in riferimento allo sviluppo di azioni non attualmente previste dal modello organizzativo vigente;

10. di stabilire che l'esperienza e gli esiti della proposta progettuale approvata con delibera Gr n. 1120 del 28/10/2010, presentata dalla azienda Usl n. 8 di Arezzo e relativa alla validazione di un modello di residenza sanitaria assistenziale a ciclo continuativo per disabili in condizione di gravità, ormai in fase di conclusione, sia tenuta in debito conto anche attraverso una sua rivalutazione alla luce del contesto della presente sperimentazione, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- tipologie di prestazioni e percorsi assistenziali ulteriori rispetto a quelli attualmente previsti, con maggiore articolazione delle risposte in base alle specifiche necessità degli utenti;
- modalità di suddivisione e di partecipazione alla spesa sanitaria e sociale così come previsto dalle normative nazionali, dalla programmazione sanitaria e sociale regionale e dai Lea;
- A voti unanimi

11. di incaricare le competenti strutture della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale e i Direttori generali delle aziende Usl per la emanazione di atti e provvedimenti, anche di supporto formativo, necessari alla attuazione delle azioni sperimentali previste dal presente atto, tenendo conto delle indicazioni fornite dal gruppo di lavoro istituito a livello regionale, anche in riferimento allo sviluppo di azioni non attualmente previste dal modello organizzativo vigente;

12. di dare atto che la attuazione del presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, né a carico dei bilanci delle Aziende sanitarie;

► (segue da pagina 4)

mentre previsti, con maggiore articolazione delle risposte in base alle specifiche necessità degli utenti;

- modalità di suddivisione e di partecipazione alla spesa sanitaria e sociale così come previsto dalle normative nazionali, dalla programmazione sanitaria e sociale regionale e dai Lea;
- A voti unanimi

ALLEGATO I

1. Obiettivi del progetto di assicurazione di qualità tramite visite programmate

a. Testare un sistema basato su visite programmate per mettere a disposizione della Regione uno strumento per la promozione continua della qualità;

b. verificare le performance dei Cord e dei Gom all'interno dei programmi aziendali;

c. identificare i punti critici e proporre soluzioni ai problemi individuati;

d. fornire supporto per il miglioramento delle competenze e delle performance;

e. promuovere l'educazione continua degli operatori;

f. identificare esperienze "d'eccellenza" per mettere a disposizione di altri programmi soluzioni efficienti basate su buone pratiche.

2. Motivo della visita

Verificare la definizione, la costituzione, la composizione e le funzioni dei Cord e dei Gom per le neoplasie dell'età adulta sulla base della proposta elaborata dall'Ufficio di Direzione dell'Istituto toscano tumori.

3. Gestione del progetto

Il progetto viene gestito direttamente dall'Ufficio di Direzione dell'Istituto che si avvale di una segreteria logistico-organizzativa.

4. Gruppo di valutazione

Le visite verranno effettuate dall'Ufficio di direzione dell'Istituto usualmente nell'arco di una sola giornata.

5. Procedure

La segreteria logistico-organizzativa del progetto, invierà al Dipartimento oncologico di ogni Azienda sanitaria e delle tre Aziende ospedaliere-universitarie un questionario allo scopo di conoscere le modalità di funzionamento del Cord, il numero di Gom attivati all'interno dell'Azienda, la loro costituzione e le modalità operative.

1. Articolazione delle visite

A. Modalità di programmazione

Sarà cura della segreteria logistico-organizzativa prendere accordi con il Direttore generale, il Direttore sanitario e con il Direttore del Dipartimento oncologico per stabilire la data e l'orario di svolgimento della visita, con un anticipo di 2 mesi.

Sarà richiesta esplicita conferma, con eventuale modifica della data se richiesta, e con indicazioni sulla sede da raggiungere.

Una settimana prima della data stabilita per la visita sarà inviata a cura della segreteria Ilt, una mail per ricordare l'effettuazione della visita.

b. Richieste contenute nel questionario

Tabella 1 - Svolgimento della visita		
Tempistica	Cosa	Chi
2 mesi prima	Definizione data e orario di svolgimento della visita con il Direttore sanitario e con il Direttore del Dipartimento oncologico dell'Azienda da visitare	Segreteria scientifica Ilt e Ufficio di Direzione
2 mesi prima	Invio del questionario al Direttore dei Dipartimento Oncologico dell'Azienda da visitare	Segreteria Ilt
1-2 mesi prima	Preparazione locale della visita: - compilazione questionario; - preparazione documentazione richiesta; - invito ai coordinatori dei Gom e del Cord	Direttore Dipartimento oncologico
1 mesi prima	Invio del questionario compilato all'Ufficio di Direzione	Direttore Dipartimento oncologico
1-4 settimane prima	Esame del questionario ricevuto e richiesta al Direttore del Dipartimento oncologico di eventuali chiarimenti	Ufficio di Direzione Ilt
1 settimane prima	Invio mail di conferma al Direttore dei Dipartimento oncologico dell'Azienda da visitare	Segreteria Ilt
Giorno delle visite	- Analisi criticità organizzative e clinico-diagnostiche evidenziate dall'analisi del questionario - Sopralluogo sedi e attrezzature - Partecipazione a un incontro multidisciplinare - Riunione Ufficio di Direzione	Direttore sanitario, Direttore Dipartimento oncologico, Responsabile Cord, Responsabili Gom, Ufficio Direzione Ilt, Segreteria Ilt, Responsabili Gom, Ufficio Direzione Ilt, Segreteria Ilt, Ufficio Direzione Ilt

Tabella 2 - Stesura relazione finale e follow up

Tempistica	Cosa	Chi
Entro 2 mesi	Stesura della relazione	Ufficio Direzione Ilt
2 mesi dopo	Invio relazione al Direttore sanitario e al Direttore del Dipartimento oncologico dell'Azienda visitata	Ufficio Direzione Ilt
6 mesi dopo	Follow up delle raccomandazioni previste nella relazione con rapporto di notifica all' Ufficio di Direzione Ilt	Direttore Dipartimento oncologico

ta per la visita sarà inviata a cura della segreteria Ilt, una mail per ricordare l'effettuazione della visita.

b. Richieste contenute nel questionario

Ai Direttori dei Dipartimenti oncologici, viene richiesto preliminarmente di compilare un questionario ad hoc (si veda allegato 1) e di inviarlo alla segreteria Ilt, almeno un mese prima della esecuzione delle visite. Ai Direttori dei Dipartimenti oncologici viene inoltre inviata una check list della documentazione relativa ad aspetti tecnico-scientifici e gestionali da verificare al momento della visita. La Segreteria trasmette per e-mail il questionario compilato ai componenti dell'Ufficio di direzione.

Nella convocazione è fatta esplicita richiesta della presenza del Direttore generale e del Direttore sanitario (all'inizio e alla conclusione della visita), del Direttore del Dipartimento oncologico, del responsabile del Cord e dei quanti l'Azienda ritenga necessari allo svolgimento ottimale della visita.

Durante la visita verrà richiesto di mettere a disposizione del gruppo di valutazione la documentazione prevista nell'allegato 2 e di organizzare l'incontro multidisciplinare per la discussione di alcuni casi clinici al quale i visitatori assisteranno.

Sil procedo quindi al sopralluogo delle sedi e delle attrezzature.

Si assiste a un incontro multidisciplinare per la discussione di alcuni casi clinici. La giornata si conclude con una riunione

del Cord e dei quanti l'Azienda ritenga necessari allo svolgimento ottimale della visita.

Il rapporto conclusivo di valutazione ha la funzione di esporre l'esito delle visite svolte, mettendo in evidenza sia le buone pratiche organizzative che le criticità riscontrate per le quali dovranno essere suggerite specifiche azioni correttive.

L'Ufficio di Direzione Ilt si occupa di revisionare quanto verificato nel corso della visita programmata e redigere il rapporto finale.

La relazione viene formalmente indirizzata dal Direttore dell'Ilt al Direttore generale, al Direttore sanitario e al Direttore del Dipartimento oncologico dell'Azienda visitata.

Data la natura prototipale del progetto, che ha come scopo la valutazione della fattibilità di un sistema basato sulle visite programmate, le azioni correttive

che eventualmente possono emergere dalla relazione finale, non hanno valore esecutivo per i programmi aziendali che hanno aderito al progetto, ma solo valore propositivo.

Se nel corso della visita vengono evidenziate necessità di modifiche o integrazioni da effettuare al protocollo generale, alla struttura delle visite o ai documenti operativi della visita stessa (questionario ecc.), l'Ufficio di Direzione dell'Ilt si avvalrà per soddisfare tali necessità (si veda allegato 2).

7. Compiti della segreteria logistico-organizzativa dell'Ilt

- definisce i dettagli logistici col Direttore del Dipartimento oncologico e li trasmette all'Ufficio di direzione;
- prima della visita definisce il programma e la tempistica della visita e li trasmette all'Ufficio di Direzione;
- coordina i tempi e le modalità della visita durante il suo svolgimento.

CONTROLLO DELLA QUALITÀ

Servizi oncologici sotto monitoraggio dell'Istituto toscano tumori

Pubblichiamo la delibera n. 861/2012 sull'«Approvazione della metodologia di monitoraggio per il raggiungimento e il mantenimento dei livelli di qualità tesi al miglior trattamento della patologia oncologica».

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Dcr n. 53 del 16/07/2008 "Piano sanitario regionale 2008-2010", che nell'"Azione programmata relativa alla rete oncologica prevede l'avvio e il completamento di azioni già intraprese o previste nell'ambito dei documenti di indirizzo dell'Istituto toscano tumori (Ilt), anche attraverso la definizione e l'individuazione di strumenti di interazione fra Ilt e Aziende sanitarie;

Visto il comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011, n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del Programma regionale di sviluppo (Prs) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs 2011-2015;

Vista la proposta di deliberazione al Consiglio regionale n. 38 del 19/12/2011 "Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015", che al capitolo 2.3.1.1 individua, tra le sfide dell'Ilt il superamento, attraverso la rete, delle principali criticità dell'oncologia, quali le diseguità negli accessi, la poca strutturazione della multidisciplinarietà e la mancanza di omogeneità sul territorio regionale;

Richiamato, inoltre, il Piano oncologico nazionale 2010/2012, che prevede alla tabella 5.4, tra le azioni programmatiche, la necessità di assicurare la multidisciplinarietà dell'assistenza attraverso l'istituzione di gruppi specifici per patologia;

Richiamata la delibera della Giunta regionale n. 262/2004 con la quale si approvava una organizzazione operativa delle attività irrinunciabili che consentono omogeneità, qualità e condivisione delle procedure di accoglienza e accesso al percorso assistenziale del paziente oncologico;

Richiamata la Delibera della Giunta regionale n. 1147/2000 con la quale si prende atto che il Centro oncologico di riferimento (Cord) è stato attivato in tutte le Aziende sanitarie toscane come modello unico sul territorio regionale;

Richiamata la Delibera della Giunta regionale n. 115/2006 con la quale sono state approvate la definizione, la costituzione, la composizione e le funzioni dei Gruppi oncologici multidisciplinari (Gom) per le neoplasie in età adulta;

Verificato che, per quanto sopraesposto, è di interesse regionale il perseguimento di un livello omogeneo dell'organizzazione oncologica della rete toscana;

Considerato che l'Ilt coordina la rete oncologica toscana ed è, quindi, l'organismo deputato alla verifica e al monitoraggio dei livelli qualitativi e di coordinamento dei percorsi oncologici nelle Aziende sanitarie toscane;

Preso atto della metodologia individuata dall'Ilt, allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale, finalizzata al monito-

raggio dell'attuazione delle delibere regionali citate per il raggiungimento e il mantenimento dei livelli di qualità richiesti per il miglior trattamento della patologia oncologica;

Preso atto delle "Indicazioni in tema di organizzazione dell'attività oncologica" trasmesse con nota di questa Direzione generale n. 239603 del 4 settembre 2012;

Preso atto che tale metodologia consiste nell'organizzare una serie di visite presso ciascuna Azienda sanitaria allo scopo di avere una valutazione complessiva del lavoro svolto e approfondire l'attività e l'organizzazione dei vari Cord e Gom;

A voti unanimi,

DELIBERA

1. Di approvare la metodologia individuata dall'Istituto toscano tumori e finalizzata al monitoraggio dell'attuazione delle delibere richiamate in narrativa per il raggiungimento e il mantenimento dei livelli di qualità richiesti per il miglior trattamento della patologia oncologica, allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

2. Di impegnare l'Istituto toscano tumori a produrre alla Direzione generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale una relazione che contenga la valutazione complessiva del lavoro svolto, lo stato dell'arte dell'attività e dell'organizzazione dei vari Cord e Gom e che proponga, a fronte di eventuali criticità rilevate, azioni di miglioramento;

3. Di impegnare i Direttori generali delle Aziende sanitarie toscane a informare dell'iniziativa tutto il personale coinvolto e a consentire lo svolgimento delle visite previste.

VOLONTARIATO *Uno strumento che da anni contrasta la povertà e previene il disagio*



Il Banco alimentare anti-spreco

Dalla raccolta delle eccedenze benefici indiretti anche sul ciclo dei rifiuti

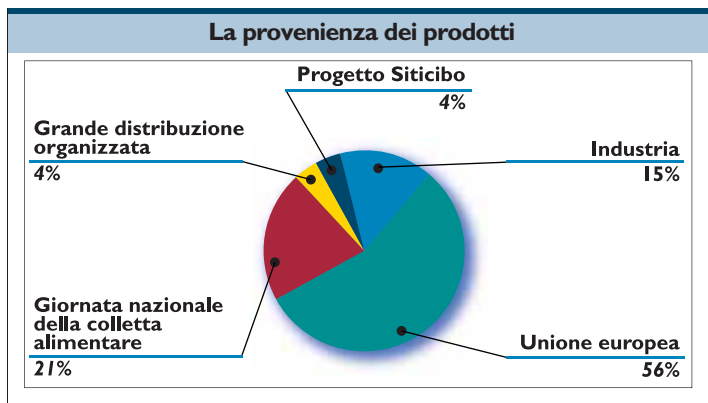
Le condizioni delle persone e delle famiglie ormai da tempo sono influenzate da una situazione socio-economica di costante incertezza e da una situazione occupazionale, nel migliore dei casi, di insicurezza. A fronte di tale complessità e di una generalizzata carenza di risorse, le politiche di contrasto della povertà e di supporto al disagio richiedono uno sforzo di razionalizzazione degli interventi e di messa a sistema di tutti i contributi che i vari soggetti - a vario titolo - realizzano sul territorio.

All'interno di questo scenario si colloca l'attività del Banco alimentare della Toscana. Infatti, dal 2009 la Regione Toscana in attuazione della Lr 32/2009 promuove e sostiene politiche finalizzate ad attenuare le condizioni di disagio sociale delle fasce più deboli della popolazione attraverso la raccolta e la distribuzione di generi alimentari. L'attribuzione al Banco alimentare della realizzazione di questi interventi è il risultato del percorso amministrativo dettato dalla Lr 32/2009, percorso che in questi ultimi anni si è poi sostanziato nella costruzione di una rete di collaborazioni con associazioni del terzo settore impegnate nell'offerta di una risposta a un bisogno primario delle persone e delle famiglie in difficoltà quale è quello dell'alimentazione.

Infatti, l'Associazione Banco alimentare è impegnata da anni nella raccolta delle eccedenze di produzioni agricole e dell'industria alimentare e nella redistribuzione a Enti e associazioni che si occupano di assistenza e di aiuto ai poveri e agli emarginati.

In Italia il Banco alimentare ha origine nel 1989, grazie all'incontro tra il Cavalier Danilo Fossati, fondatore della Star, e Monsignor Luigi Giussani. Il primo nucleo di volontari dà vita alla Fondazione Banco alimentare. Attualmente la Rete conta in Italia 21 Banchi regionali e ha come mission quella di "salvare" quotidianamente le eccedenze alimentari recuperando quei prodotti che per ragioni di

Le cifre dell'associazione toscana	
Dati attività 2011 del Banco alimentare	
Strutture caritative convenzionate	574
Persone bisognose raggiunte	81.237
Kg di prodotti distribuiti	3.418.661



A Prato l'aiuto della mensa-dormitorio

L'Associazione G. La Pira gestisce mensa e dormitorio da 28 anni a Prato. È l'unica struttura in città che offre questi servizi, garantendo la distribuzione di un pasto caldo tutti i giorni dell'anno (solo a pranzo) e un posto letto. I rapporti con il Banco alimentare risalgono a molti anni fa, grazie a Giorgio Massai, Presidente dell'Associazione negli anni 80. Il Banco alimentare costituisce un sicuro e forte appoggio alla nostra realtà e riesce (grazie a un valido rapporto di collaborazione) a coprire gran parte del nostro fabbisogno, anche con nuove e, per noi, importanti iniziative.

Ci auguriamo che questo rapporto prosegua ancora con tali modalità, perché per noi è una grande risorsa, e che possa essere portata avanti una campagna di sensibilizzazione e trasparenza in tutto il territorio per sostenere e rinforzare questa realtà per molti ormai, diventata indispensabile.

Elena Pieralli
Presidente Associazione G. La Pira

mercato non possono più essere venduti per ridistribuirli gratuitamente a Enti (sono oltre 8.600 e assistono 1.700.000 persone ogni giorno) che offrono aiuto continuativo alle persone e alle famiglie.

Nel 1996 si costituisce il Comi-

tato regionale della Toscana affiliato alla Fondazione Banco alimentare. Nel 2002 il Comitato si trasforma in Associazione Banco alimentare della Toscana Onlus e si iscrive al Registro regionale del volontariato. Tra le sue attività si evidenziano: l'individuazione del-

le fonti di spreco, lo stoccaggio delle merci recuperate, la distribuzione gratuita e quotidiana e la gestione del rapporto di collaborazione con le strutture e associazioni convenzionate.

Il cibo raccolto e distribuito proviene da diverse fonti tra cui: industria agro-alimentare, la Grande distribuzione organizzata, l'Unione europea, la Giornata nazionale della Colletta alimentare, la Ristorazione collettiva. L'opera del Banco alimentare genera una serie di funzioni virtuose: sociali in quanto offre un sostegno effettivo a difficoltà o bisogni delle persone che si trovano stabilmente o momentaneamente in situazioni di disagio; economiche poiché consente agli enti convenzionati di risparmiare risorse destinate all'acquisto di beni da distribuire alle persone, ai donatori della filiera agro-alimentare di risparmiare i costi di smaltimento e di beneficiare degli sgravi fiscali derivanti dalla donazione e all'ambiente giacché contribuisce al decremento dei rifiuti stoccati nelle discariche o portati negli inceneritori, rispondendo così alle normative europee, nazionali e regionali relative alla "Prevenzione della produzione del rifiuto". Altra funzione virtuosa la si riscontra dal punto di vista "educativo" là dove si diffonde la cultura del rispetto della persona e del non spreco di alimenti.

In conclusione, il rapporto di collaborazione che, attraverso la Lr 32/2009, la Regione Toscana ha con il Banco alimentare non si esaurisce all'interno del mero atto di recupero e redistribuzione delle eccedenze alimentari a beneficio di persone e famiglie in difficoltà ma, di fatto, concorre a rafforzare legami sociali e di solidarietà: riconoscimento e consolidamento di tutto quel capitale sociale di cui è ricco il territorio toscano.

Sonia Biagi
Regione Toscana
Leonardo Carrai
Presidente
Fondazione Banco alimentare

Con la colletta vicini a «chi sta peggio»

L'iniziativa di maggior rilievo, che la Fondazione Banco Alimentare ha deciso di intraprendere ogni anno su tutto il territorio nazionale, è indubbiamente la Giornata nazionale della Colletta alimentare, organizzata insieme alla Federazione dell'Impresa sociale Compagnia delle Opere.

La Giornata nazionale della Colletta alimentare è resa possibile grazie alla collaborazione con l'Associazione nazionale alpini e la Società San Vincenzo De Paoli, e gode dell'Alto Patronato della Presidenza della Repubblica e del patrocinio del segretario sociale della Rai. Da 15 anni è il richiamo stimato e conosciuto da milioni di italiani, che lo aspettano per condividere concretamente i bisogni di chi si trova emarginato. Anche l'ultima Colletta, proprio in quanto vissuta con le difficoltà di una crisi economica così acuta, ha dimostrato il vero cuore del popolo, sempre capace di offrire il meglio di sé a favore di chi sta peggio. La Colletta è la veste pubblica del Banco Alimentare e rappresenta per la Toscana oltre il 20% dei prodotti che annualmente vengono distribuiti.

La Giornata nazionale della Colletta alimentare costituisce per la rete Banco Alimentare una fonte di approvvigionamento atipica poiché i prodotti alimentari raccolti non fanno parte di eccedenze, ma sono acquistati e donati direttamente dai cittadini presso i punti vendita della Grande distribuzione organizzata.

L'Associazione Banco Alimentare della Toscana contribuisce ogni anno all'organizzazione a livello regionale della Colletta alimentare.

IL PROGETTO «SITICIBO»: IL RECUPERO DI PASTI NON CONSUMATI E PRODOTTI INVENDUTI NEL RISPETTO DELL'IGIENE

Come rendere preziosi gli avanzi del ristorante

Il progetto Siticibo nasce dalla consapevolezza che nel nostro Paese grosse quantità di alimenti non consumati, nelle mense aziendali e scolastiche, o non venduti, come nella Grande distribuzione organizzata, vengono quotidianamente distrutte, con costi notevoli a carico sia delle aziende, sia della collettività. Il progetto prevede il recupero e l'immediata redistribuzione delle eccedenze di cibo cotto e non servito nella ristorazione organizzata (mense aziendali, refettori scolastici ecc.), di cibo fresco non venduto nei supermercati. Siticibo è un progetto che si suddivide, in base ai contesti in cui si realizza la

raccolta, in: Ristorazione, che a sua volta si suddivide in Mense aziendali e scolastiche; Grande distribuzione organizzata.

Nel dettaglio, dalle mense aziendali si raccolgono i cibi cotti solo in caso di presenza e utilizzo di abbattitore di temperatura. Dalle mense scolastiche si recuperano frutta, pane e dessert a lunga conservazione. Dai supermercati si ritirano prodotti freschi (frutta, verdura, formaggi e affettati, carni, yogurt), prodotti surgelati, prodotti da forno. I prodotti così recuperati vengono consegnati, utilizzando automezzi refrigerati, direttamente

alle strutture caritative convenzionate, perché immediato deve essere il loro consumo. Siticibo è un servizio alla persona che ogni giorno viene offerto nel massimo rispetto delle norme, che garantiscono l'igiene e la sicurezza alimentare, e nella massima attenzione nei confronti dei soggetti destinatari.

Interessanti i risultati operativi del progetto, avviato da un paio d'anni presso la mensa aziendale di Gucci di Firenze, che conta oltre 5mila porzioni alimentari nel 2011 e più di 7mila nel corso del 2012. L'iniziativa, promossa dal Banco Alimentare e

alla quale il marchio del lusso fiorentino ha aderito, ha come scopo quello di raccogliere le eccedenze alimentari della mensa per ridistribuirle nelle mense dei poveri della città di Firenze. Pasti freschi e non serviti che altrimenti andrebbero al macero. Ogni giorno i volontari di Siticibo arrivano puntualmente presso la mensa di Gucci e attraverso una rete logistica di furgoni attrezzati trasferiscono in poche ore le eccedenze alimentari laddove il bisogno è più urgente.

La collaborazione tra Gucci e il Banco Alimentare nasce dalla volontà del-

l'azienda di contribuire concretamente al soddisfacimento dei bisogni della comunità. Al contempo, è coerente con l'impegno di Gucci nel promuovere una cultura sempre più orientata alla sostenibilità e alla responsabilità sociale in ogni ambito di attività. Accanto ai valori di creatività, tradizione, innovazione e "Made in Italy", nei suoi oltre 90 anni di storia, il marchio Gucci ha sempre privilegiato un atteggiamento responsabile verso le persone, il territorio, l'ambiente. «Unitamente all'impegno di diffondere una cultura della sostenibilità all'interno del sistema

Gucci, l'azienda ha definito una Politica di responsabilità sociale e ambientale, che è alla base e regola le politiche gestionali e i comportamenti aziendali - dichiara Rossella Ravagli, Head of Csr&sustainability di Gucci -. Tra le aree di impegno vi sono la tutela e valorizzazione delle risorse umane, la gestione responsabile della filiera e dell'impatto ambientale, lo sviluppo di prodotti sostenibili e la solidarietà». Gucci continua a sviluppare il proprio impegno nei confronti di cause umanitarie attraverso progetti per la salvaguardia dei diritti delle donne, le arti, i bambini e la salute, a livello locale e mondiale.

PISTOIA

Cinque ambulatori di medicina generale nel presidio territoriale dell'Asl

Mmg in équipe a Montale



L'obiettivo è favorire integrazione socio-sanitaria e continuità di cura

La Sanità del futuro approda anche nel Comune di Montale, con l'ingresso dei medici di medicina generale all'interno del presidio territoriale della Asl 3. Si tratta di una minirivoluzione, di un importante cambiamento nelle cure alla popolazione che saranno più integrate, appropriate e, auspicano gli operatori, anche migliori.

L'iniziativa è stata presentata dal responsabile della zona distretto pistoiese e direttore della società della salute Luigi Rossi insieme a coloro che hanno

realizzato questo importante progetto.

Di fatto, i sei medici sono già operativi da alcune settimane all'interno della struttura dove al posto di locali parzialmente inutilizzati sono nati cinque ambulatori attrezzati, una sala d'aspetto e tre bagni. I medici di medicina generale rappresentano il punto di riferimento nel percorso assistenziale del cittadino. La loro presenza nel distretto di Montale assicurerà anche la continuità ospedale-territorio e un'efficace integrazione socio-sanitaria, prevista anche dalla nuo-

va organizzazione regionale, che punta al potenziamento del territorio e delle cure primarie e di modalità assistenziali multiprofessionali ed extraospedaliere.

L'aggregazione nella stessa struttura della quasi totalità dei Mmg e la contiguità degli ambienti permetteranno ai pazienti di trovare gli altri servizi e le altre figure sanitarie, risolvendo gran parte dei loro problemi senza la necessità di spostamenti in altre sedi. Il gruppo dei Mmg si farà soprattutto carico del paziente una volta dimesso dall'ospeda-

le realizzando il percorso socio-assistenziale insieme agli altri professionisti (infermiere, specialista, assistente sociale ecc. ...). La nuova organizzazione (già attuata in altri Comuni della Provincia di Pistoia) dovrebbe evitare ricoveri impropri e in molti casi il ricorso al pronto soccorso da parte dei pazienti.

Il vantaggio, con la nuova organizzazione, è quello di offrire un servizio integrato, continuativo e in collegamento con gli altri servizi. I medici potranno condividere i percorsi assistenziali sia

diagnostici sia terapeutici e sviluppare ulteriormente il Chronic Care Model, il progetto per la gestione delle principali malattie croniche come diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronico-obstruttiva, ictus. Lavorando in équipe potranno mettere concretamente in comune risorse ed esperienze realizzando significative sinergie con ricadute positive sulla qualità dell'assistenza.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

PISTOIA/2

Isteroscopia radicale conservativa grazie a laparoscopia mini-invasiva

Un eccezionale intervento di chirurgia mini-invasiva-laparoscopica è stato eseguito pochi giorni fa nel presidio ospedaliero di Pistoia. A una giovane donna pistoiese, affetta da carcinoma al collo uterino, è stata praticata l'isterectomia radicale con conservazione delle fibre nervose. I chirurghi sono intervenuti attraverso un minuscolo foro, più piccolo di un'asola. È stata eseguita un'incisione cutanea di pochi millimetri che ha permes-

so ai chirurghi di inserire il laparoscopia - un tubo sottile dotato all'estremità di un canale ottico che ingrandisce l'immagine interna su di un monitor - e di effettuare tutte le delicate manovre operatorie in maniera più semplice e chiara.

Per la prima volta a Pistoia è stato eseguito un intervento di chirurgia oncologica ginecologica così all'avanguardia. Il tutto effettuato con un bisturi a ultrasuoni senza il ricorso all'energia elettrica.

L'intervento è stato eseguito da Enrico Vizza, direttore della Unità operativa di Ginecologia oncologica dell'Istituto nazionale tumori "Regina Elena" di Roma, nonché esperto nazionale di chirurgia ginecologica robotica.

**Preservata
la qualità di vita
della paziente**

L'utero, le ovaie e parte della vagina e i linfonodi sono stati asportati preservando l'innervazione della vescica e dell'intestino per non compromettere la qualità della vita della paziente. Avendo evitato l'apertura dell'addome, secondo i medici il decorso post operatorio sarà ridotto e comporterà minore dolore rispetto a un intervento tradizionale. La cicatrice fra qualche mese sarà praticamente invisibile e anche l'aspetto estetico dovrebbe influire positivamente sullo stato psicologico della donna e, di conseguenza, anche sulla velocità complessiva di guarigione.

L'intervento per la sua particolarità, ha rappresentato un momento formativo principalmente per gli operatori dell'area materno-infantile e quelli dell'area chirurgica, provenienti anche da altre aziende sanitarie della Regione Toscana che lo hanno potuto seguire in diretta da una sala appositamente allestita. Per molte donne affette da tumore all'apparato genitale interventi di questo genere rappresentano una speranza e una qualità della vita migliore.

D.P.

LIVORNO

Pronto soccorso di Villamarina, debutta la «breve osservazione»

Il 15 ottobre ha preso ufficialmente il via l'attività della Breve osservazione al Pronto soccorso dell'ospedale Villamarina di Piombino. «Si tratta di un traguardo fortemente inseguito - spiega Paolo Tamberi, direttore della Uo di Pronto soccorso - che ci permette di fare un evidente salto di qualità. In questo modo, infatti, la struttura acquisisce una vera e propria riserva di posti letti interni che, grazie alla possibilità di una osservazione prolungata fino a 24 ore, consente di stabilire il percorso più appropriato per il paziente. La «breve osservazione» infatti permette, una volta visitato il paziente e compiuti i necessari approfondimenti, di non essere più costretti a scegliere, in tempi rapidi, fra dimissione o ricovero.

Fino a oggi le «breve osservazioni» venivano effettuate usufruendo di posti letto di altri reparti, nel 2011 sono state addirittura 1.453 i casi, ma avendo adesso a disposizione direttamente nella nostra struttura 4 posti letto si migliora la qualità dell'offerta».

Il controllo dei pazienti nella nuova area che era stata intitolata nel maggio scorso alla memo-

ria della dottoressa Elena Maria Bibolotti, è affidato sulle 24 ore a infermieri e operatori socio-sanitari addestrati secondo precise linee guida preparate grazie al coordinamento di Angelo Trotta. Si tratta di un compito impegnativo per un Ps che nel 2011 ha gestito oltre 23mila accessi, circa 63 al giorno, svolgendo un lavoro di filtro che ha portato nell'83% di casi a dimissioni.

«Con l'apertura della breve osservazione - dice Irio Galli, direttore del presidio ospedaliero di Piombino - si completa il percorso di trasformazione di Villamarina in ospedale per intensità di cure dove l'intera struttura è pensata per rispondere alle necessità assistenziali della persona ricoverata. L'attività della breve osservazione è frutto di precise linee guida compilate grazie non solo alla collaborazione di tutto lo staff medico e infermieristico del Ps, ma anche di percorsi condivisi con le altre Uo dell'ospedale. Per questo si tratta di una novità che non qualifica solo un reparto, ma l'intera offerta ospedaliera».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

**Gestione secondo
linee guida affidata
agli infermieri**

GROSSETO

Rischio cardiovascolare, attivato il «day-service» a Castel del Piano

È stato attivato pochi giorni fa, all'ospedale di Castel del Piano il «day-service», un nuovo modello organizzativo di attività specialistica ambulatoriale programmabile, che rende più semplice e veloce l'accesso alle prestazioni sanitarie per i cittadini a rischio cardiovascolare. Si tratta «di una modalità organizzativa aggiuntiva, rispetto a quella ordinaria, che si avvale dell'impiego di singole prestazioni per dare risposta a uno specifico quesito clinico», come riportato nelle linee guida allegata alla delibera di Giunta 1045/2011 di attivazione del day-service.

Per quanto riguarda la Asl 9, al momento il progetto è partito in via sperimentale nella Zona 3 - Amiata Grossetana, presso l'ambulatorio di Medicina interna dell'ospedale di Castel del Piano, ma l'azienda ha in previsione di estenderlo anche nelle altre tre zone del territorio provinciale e per la gestione di altre patologie. Di fatto, grazie a questo nuovo sistema di accesso ad alcuni tipi di prestazioni, nel caso in cui il medico di fiducia (il medico di famiglia o lo specialista) ritenga che un proprio paziente sia a rischio car-

diovascolare o ipertensivo, può attivare, prescrivendolo direttamente, il cosiddetto «day-service»: con questa indicazione sulla richiesta al paziente è riservato un percorso - prenotabile al Cup (sia allo sportello che per telefono) - che prevede, per prima cosa, la visita specialistica e l'elettrocardiogramma; successivamente, se lo specialista lo ritiene necessario, può prescrivere anche altri approfondimenti diagnostici (il day-service preve-

de - e programma direttamente all'utente - tutti gli esami necessari per diagnosticare l'ipertensione e il rischio cardiovascolare), che prenota lui stesso e che vengono effettuati al massimo in una settimana. In questo modo il paziente non deve fare una nuova prenotazione al Cup, ma solo, se non esente, provvedere al pagamento del ticket secondo la propria fascia di reddito. Al termine del percorso, al paziente vengono consegnate una lettera di dimissioni con la diagnosi e l'eventuale terapia farmacologica. L'iter prosegue con il medico di famiglia.

Lina Senserini
Ufficio stampa Asl 9 Grosseto

**Prestazioni e cure
più accessibili
e programmabili**

IN BREVE

▼ AREZZO

Incontri per sensibilizzare le persone anziane a non entrare nel vortice del gioco d'azzardo. Si chiamano «Non ti giocare la pensione» e sono organizzati dal Sert del Valdarno e dal Gruppo interistituzionale sul gioco d'azzardo e le nuove dipendenze. L'iniziativa si pone all'interno di una più ampia campagna di sensibilizzazione sul gioco d'azzardo, finanziata dalla Regione Toscana, che il Dipartimento Dipendenze dell'Azienda Usl 8 di Arezzo da anni porta avanti. Questo appuntamento è rivolto principalmente ai pensionati, proprio in considerazione della ampia diffusione della pratica di questo tipo di attività in questa fascia d'età. A certificare questo problema sono proprio le ultime rilevazioni nazionali e locali che evidenziano una crescita forte di questo fenomeno.

▼ AREZZO/2

Nei giorni scorsi il centro di Terontola è stato lo scenario prescelto per una maxiemergenza. Una esercitazione voluta dalla centrale operativa del 118, dai vigili del fuoco, dal comune di Cortona e dalla Protezione civile della provincia di Arezzo, nonché dalle misericordie, dalle pubbliche assistenze e dalla Croce rossa che ha fornito anche il proprio gruppo regionale di «attori» che hanno reso l'intera operazione fortemente veritiera. Una simulazione necessaria per addestrare il personale e per testare le capacità operative e organizzative di fronte a eventi per fortuna rarissimi, ma non impossibili. Un modo, forse l'unico, per verificare non solo sul piano teorico, ma su quello pratico, le azioni giuste da compiere, le difficoltà da superare, i gap ancora da riempire e coordinare.

▼ MASSA E CARRARA

Al centro direzionale dell'Asl 1 di Massa e Carrara, dieci dei ragazzi del Servizio civile volontario regionale hanno concluso la loro esperienza raccontandola direttamente al direttore generale dell'azienda Maria Teresa De Lauretis. «L'esperienza al Cup è stata per me positiva - ha detto Alessia Guelfi - L'impatto emotivo però è stato piuttosto elevato». «Ho allargato il mio bagaglio culturale, grazie all'incontro con donne di diverse nazionalità e cultura - dice Arianna Cucumina - Al Consultorio familiare non esistono barriere culturali o di religione». Damiano Cantone ha svolto il suo lavoro al Ps di Massa: «È ovviamente un punto caldo, l'emergenza è sempre dietro l'angolo ma il personale medico e paramedico, come ho detto prima, mi infondeva serena professionalità».

▼ PISA

Rialzarsi dopo essere caduti. A Pisa si può. In piazza Toniolo si trova «Oltre il Muro», il centro che opera nel reinserimento sociale e nell'accoglienza a detenuti in semilibertà ed ex-carcerati. Con la ristrutturazione appena terminata, finanziata dai progetti Piuss, il centro è ora più accogliente, funzionale, accessibile ai disabili ed ecocompatibile. È stata migliorata la funzionalità degli sportelli con la creazione di un ampio ufficio e di una stanza d'ascolto, oltre a un bagno sempre accessibile ai disabili. L'investimento complessivo è stato di 322mila euro: 193mila con i fondi europei, 94mila dalla Società della Salute e 35mila dall'Azienda Usl 5 di Pisa. Il Centro ha la finalità di creare una rete per i detenuti che escono dal carcere e aiutare il loro reinserimento sociale e lavorativo.



Regione Toscana

I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria Elettronica guardi le tue analisi sul pc. Conviene a tutti.

Quasi a tutti.



Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde
800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria