

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 XIII del 26 ott.-1 nov. 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

**Eccellenza in rete
per tutelare
madre e neonato**

di **Tommaso Langiano***

Negli ultimi anni si è realizzato un decremento costante del tasso di mortalità che documenta elevati livelli di sicurezza del percorso nascita nella nostra Regione e anche relativamente al ricorso al parto cesareo, la Toscana evidenzia un'ottima performance. Soltanto le province di Trento e Bolzano, nonché il Friuli Venezia Giulia hanno una proporzione di cesarei inferiore alla Regione Toscana. Livelli così elevati di sicurezza e di qualità delle cure perinatali sono dovuti soprattutto alla rete dei servizi materno-infantili il cui disegno organico risale alla delibera regionale n. 784 del 2004. Un modello, articolato su più livelli con differenti intensità di cure, che consente di coniugare la sicurezza e l'appropriatezza dei trattamenti con la diffusione dei servizi e quindi la loro disponibilità in tutto il territorio. Successivamente, con delibera n. 1322 del 2009, sono stati promossi due ulteriori passi avanti: il rafforzamento della rete intensiva neonatologica nonché un programma di verifica e riclassificazione dei servizi neonatologici in funzione dei requisiti strutturali e delle competenze necessarie. È opportuno, infatti, specificare che nell'ultimo quinquennio, sebbene la proporzione di neonati a basso peso o prematuri non sia sostanzialmente variata, tuttavia, in termini assoluti, si è verificato un aumento del numero di neonati con queste caratteri-

CONTINUA A PAG. 2

PUNTI NASCITA *Esami gratuiti per le mamme - Percorso guida fino al puerperio*

Iter protetto per la maternità

In crescita il numero medio di figli per donna - Priorità allattamento

Il sistema-nascite toscano è all'avanguardia. Lo ha dimostrato l'inchiesta della Commissione Sanità del Consiglio regionale che era stata varata con lo scopo di verificare l'attuazione degli atti di programmazione sanitaria regionale e delle direttive per l'assistenza alla nascita rispetto ai principi fissati dall'Oms.

La Toscana è a oggi l'unica regione in Italia che, attraverso un protocollo, ha stabilito uno standard di esami e di ecografie che vengono effettuati a tutte le donne incinte in modo gratuito. Per comprendere la rilevanza di questa azione basti considerare che le donne in età feconda in Toscana sono circa il 43% delle donne residenti e il 22% dell'intera popolazione residente, valore che sale al 35% se si considera la popolazione straniera residente.

La programmazione in materia di assistenza materno-infantile prende avvio dal "Progetto obiettivo materno-infantile" del Piano sanitario nazionale 1998-2000 recepito dalla Regione Toscana a partire dal Piano sanitario 2002/2004 e proseguito con tutti i successivi piani sanitari fino a quello attuale del 2008/2010 dove il percorso nascita è individuato in tutte le sue fasi. L'ostetrica è la figura professionale che, come stabilito dagli atti regionali, ha il compito di accompagnare la donna nel corso della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, garantendo la promozione, il rispetto e il sostegno di un percorso fisiologico e la continuità dell'assistenza tanto che la donna può scegliere di avere accanto l'ostetrica di fiducia al momento del parto. I dati messi a disposizione dall'Agenzia regionale di Sanità mettono in luce che il numero medio di figli per donna è in crescita ed è pari a 1,32, contro l'1,38 della media nazionale. Contribuisce a questa tendenza la popolazione straniera, le madri straniere più numerose sono le cinesi seguite dalle albanesi e dalle rumene. In progressiva crescita è l'età media delle madri: il 68,1% delle partorienti toscane ha più di 30 anni e il 6% supera i 40. In aumento anche l'età dei padri,

Bambini nati in Toscana nel 2009
32.546

Aumento della natalità in Toscana nell'ultimo triennio
10%

Punti nascita toscani
28

Parto con taglio cesareo di elezione o urgenza (media nazionale)
38,3%

Parto con taglio cesareo di elezione o urgenza (media Toscana)
26,7%



SICUREZZA SUL LAVORO

Premiata l'iniziativa «Sicuro non cado»

Il successo della campagna 2009 per prevenire gli infortuni in cantiere

La Toscana viene premiata per il suo impegno sul fronte della sicurezza sul lavoro. La Regione - nell'ambito della VII edizione di "Inform@zione", rassegna/concorso nazionale dei prodotti per l'informazione e la formazione alla salute e sicurezza sul lavoro, organizzata biennialmente dall'assessorato alle Politiche per la salute della Regione Emilia Romagna, la Asl di Modena, l'Ispesl e la direzione regionale Inail dell'Emilia Romagna - ha ricevuto il premio speciale per la campagna di comunicazione per la prevenzione delle cadute dall'alto "Sicuro non cado".

La campagna è stata massiccia: è stata realizzata nel 2009 dall'assessorato al Diritto alla salute, in collaborazione con Italcementi e Ance Toscana e il messaggio "Sicuro non cado" è stato stampato su migliaia di magliette e su 150mila sacchi contenenti il cemento utilizzato nei cantieri e, insieme all'immagine (un gancio di sicurezza), è comparso sui teloni usati per la copertura delle impalcature. Inoltre è stato distribuito un vademecum in otto punti, in cui al datore di lavoro e al lavoratore si indicano i principali accorgimenti da mettere in atto per prevenire le cadute. E poi brochure, locandine, inserzioni sui quotidiani, messaggi sui bus, spot radiofonici.

così come la percentuale di bambini nati al di fuori del matrimonio. In diminuzione è invece il numero dei nati morti sceso a 2,7 ogni mille nati vivi rispetto ai 3,3 del 2005. In Toscana la quasi totalità delle donne (99,9%) partorisce in strutture pubbliche. I Punti nascita toscani attualmente sono 28, sei dei quali sono stati riconosciuti dall'Omsunicef come "Ospedali amici dei bambini". Tra le numerose azioni dedicate al rispetto della fisiologia nel percorso nascita, la promozione dell'allattamento materno si conferma tema centrale: in Toscana esistono sei banche del latte umano. Su questo tema è stato realizzato uno sforzo consistente per la formazione di circa 2.500 operatori tra ostetriche, infermieri, pediatri ospedalieri, pediatri di famiglia e ginecologi. In Toscana sono inoltre presenti due banche di sangue cordonale presso le Auo di Firenze e di Pisa. I bambini nati in Toscana sono stati 32.546 nel 2009; la percentuale più significativa dei parti avviene con travaglio spontaneo, segue il travaglio indotto, e infine il taglio cesareo di elezione o urgenza, rispetto a una media nazionale di 38,3%, la Toscana si colloca al terzo posto per minore frequenza di taglio cesareo (26,7%).

Durante l'ultimo triennio, la natalità della Regione Toscana è aumentata di circa il 10% e la natimortalità si è ridotta raggiungendo così l'eccellenza in Italia, grazie anche alle 4 Terapie intensive neonatali (Careggi, Pisa, Siena, Meyer) dove si concentrano i neonati a più alto rischio.

Si è ridotta sensibilmente anche l'incidenza dei nati morti da parti plurimi a fronte di una sostanziale stabilità di questa tipologia di evento.

Andrea Leto
Responsabile Area coordinamento
sistema socio-sanitario regionale

Maria Teresa Mechi
Responsabile settore Diritti e Servizi
socio-sanitari della persona
in Ospedale della Regione Toscana

ALTRI SERVIZI A PAG. 2-3-7

CONTROCANTO

Il parto sicuro passa dall'empowerment

di **Laura Fedele***

Irecenti casi di eventi avversi legati alla nascita riportati dalla stampa nazionale mi inducono a intervenire con alcune riflessioni su appropriatezza dell'assistenza, rispetto e centralità della donna e della coppia. La gestione del parto è un processo assistenziale che richiede più di altri di lavorare in team, su protocolli e procedure condivi-

si, in un clima umano e relazionale collaborativo e sereno, per la sicurezza della madre e del bambino e per ridurre il rischio clinico. La vigilanza sulla corretta applicazione dei suddetti strumenti operativi è di fondamentale importanza. La pianificazione delle presenze in servizio deve

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Così la radioterapia stereotassica

La Giunta regionale ha approvato la modifica della tariffa delle prestazioni di radioterapia stereotassica secondo i nuovi valori di seguito stabiliti: Radioterapia stereotassica in seduta unica (cranica ed extracranica) - 2.200,00; Radioterapia stereotassica frazionata (cranica ed extracranica) prima seduta - 1.980,00; Radioterapia stereotassica frazionata (cranica ed extracranica) Seduta successiva alla prima (fino a un massimo di 3 sedute) - 600,00. Le nuove tariffe sono entrate in vigore dal 18 ottobre 2010 fatte salve le prestazioni successive alla prima, per i trattamenti che fossero già iniziati alla stessa data. (Delibera n. 876 del 11/10/2010)

▼ Sostegni per i prodotti informatici

La Regione Toscana sosterrà il programma di interventi di aggiornamento alla versione 3.0 dell'applicativo "Prodotti finiti dei Dipartimenti della prevenzione" presentato della Ausl di Livorno. Saranno mantenute attive e adeguate le procedure informatiche "Prodotti finiti dei Dipartimenti della prevenzione" quale sistema reso disponibile per tutte le Ausl della Toscana per la raccolta dei dati di attività del sistema "Prodotti Finiti" e del cui sviluppo si è occupata la Ausl 6 di Livorno, fino a quando non saranno pronte funzionalità di raccolta dati dei prodotti finiti all'interno del Sistema informativo sanitario della prevenzione collettiva. (Delibera n. 862 del 04/10/2010)

ALL'INTERNO

Il «Margherita» a quota mille

A PAG. 2

Test genetici: così il percorso

A PAG. 4-5

Lotta al dolore: nuovi alleati

A PAG. 6

FOCUS

Il centro «Margherita» in 3 anni ha superato il traguardo di mille parti



Come si nasce secondo natura

La struttura è stata pensata per un approccio totalmente fisiologico

Il centro nascita Margherita ha superato i mille nati. Il primo parto è avvenuto il 3 marzo 2007 e in soli 3 anni è stato raggiunto un risultato di rilievo in una struttura unica in Italia poiché dedicata esclusivamente al parto fisiologico. Solo in caso di necessità è previsto l'intervento medico grazie a un collegamento diretto con la maternità di Careggi centro di terzo livello dove si eseguono circa 3.100 parti all'anno. L'integrazione del percorso fisiologico all'interno di un sistema ad alta complessità ha dato vita a Careggi a un modello inedito in grado di valorizzare e conciliare tutti gli aspetti scientifici, culturali e assistenziali del parto. Il Centro nascita Margherita, guidato da Rita Breschi, ostetrica dirigente della Maternità, è un edificio circolare che fa parte del Dipartimento materno infantile dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi.

La struttura è sede di un complesso di attività coordinate in un percorso nascita che, attraverso accurate fasi di controllo della gestazione, consente di selezionare le partorienti che possono affrontare il parto fisiologico nella massima sicurezza. Per le future madri per le quali, nel corso della gravidanza, si evidenziano situazioni in cui è necessario un intervento medico, il percorso nascita prende la consueta strada dell'assistenza ospedaliera.

Nella Margherita tutto avviene in modo fisiologico, ossia senza supporto medico, per questo è indispensabile la massima accuratezza. Non devono sussistere fattori di rischio, precedenti o insorti durante la gravidanza. È necessario che il travaglio, il parto, il puerperio e l'adattamento del neonato decorrano normalmente.

L'équipe che assiste la donna dalla trentasettesima settimana di gravidanza, durante il travaglio, il parto e nei successivi giorni di degenza è composta da 13 ostetriche, che ruotano in continuità con le sale parto della Maternità. La presenza di personale medico è prevista alla prima visita ambulatoriale con un ginecologo e al momento della dimissione del



Il Centro nascite «La Margherita»

Il polo del Mugello nella rosa dei top-5

Il punto nascita del Mugello accoglie i parti fisiologici e a rischio (per i casi di competenza), con i limiti dettati dalla Regione Toscana, cioè dalla 34ª settimana compiuta. L'organizzazione dell'Ostetricia si basa essenzialmente sulla divisione dei percorsi: fisiologico (con competenza dell'ostetrica) e patologico, con competenza del medico. Per la gestione della patologia, ci sono i servizi ambulatoriali Aso (Ambulatorio speciale ostetrico) per il monitoraggio presso il termine della gravidanza; e l'ambulatorio Asop (ambulatorio speciale ostetrico per patologia) per i controlli in qualsiasi epoca di gravidanza. Esiste un coordinamento con il Territorio, di cui l'Ospedale costituisce il riferimento, sia per gli approfondimenti clinici e le ecografie, sia per il ricovero.

Nel 2009: 693 parti, di cui 3 gemellari (696 neonati); tasso complessivo (non epurato) di parto cesareo: 19,8%; tasso di applicazione di ventosa ostetrica: 4,1%; aborti spontanei: 110; lvg: 118.

Il punto nascita del Mugello rappresenta anche un polo di attrazione per la buona organizzazione, la filosofia del parto naturale, e per le altre caratteristiche che le hanno valso, qualche anno fa, da un'inchiesta giornalistica, l'inclusione fra i 5 ("top five") migliori punti nascita d'Italia. I dati del 2009 che mostrano questo aspetto sono i parti di pazienti con residenza fuori zona Mugello (160, ovvero il 23%) di cui: Parti di pazienti con residenza fuori Asl di Firenze (50, ovvero il 7,2%) e pazienti con residenza fuori Regione (13), e anche le residenti in Paesi diversi dall'Italia (13).

Alessandro Fedi

Direttore Sc di Ostetricia e Ginecologia Ospedale del Mugello
Azienda sanitaria di Firenze

bambino con un neonatologo.

Scegliere la Margherita di Careggi comporta una concezione della nascita come evento naturale. Non è previsto il ricorso ad analgesie o farmaci che accelerano la progressione del travaglio. Notevole attenzione è dedicata agli aspetti relazionali con la presenza dei padri incoraggiati a partecipare e seguire le varie fasi del percorso nascita. Le camere dove avviene il parto sono luoghi con-

fortevoli dall'aspetto domestico e agevolano quanto più possibile la dimensione familiare dei rapporti umani. Il travaglio avviene liberamente, non necessariamente in acqua, elemento utilizzato in funzione delle necessità effettive della donna.

Gianfranco Scarselli

Direttore
Dipartimento materno infantile
Aou Careggi

CANTIERI APERTI

In arrivo la nuova maternità di Careggi, sarà dotata di sei sale operatorie

La nuova Maternità di Careggi sarà pronta fra un anno, il cantiere è in avanzato stato di realizzazione. Il nuovo edificio è stato progettato secondo criteri di efficienza dell'organizzazione sanitaria e sta sorgendo accanto al Centro nascita Margherita a

cui sarà collegato per garantire il coordinamento funzionale. L'edificio attuale sarà ristrutturato per ospitare attività ambulatoriali. La nuova Maternità metterà a disposizione 16mila metri quadrati su 3 piani, ciascuno dei quali diviso in 5 fasce con un'area centrale dedicata ai servizi. Sono previste complessivamente 6 sale operatorie per una superficie di circa 850 metri quadrati. L'atrio di accesso al pubblico, su Viale della maternità, verrà allestito al piano rialzato con un'area per informazioni e gestione degli accessi. A fianco 50 posti letto per l'ostetricia. Al primo piano saranno le 4 sale parto, due sale operatorie, un'area di degenza per gravidanze a rischio

con 18 posti letto e una terapia intensiva neonatale di terzo livello. Al secondo piano si trova il gruppo operatorio dotato di 4 sale, un'area di degenza ginecologica e oncologica per 48 posti letto, 12 posti letto dedicati alla day-surgery e vari ambulatori.

Il costo complessivo dell'intervento è di circa 25 milioni di euro, i tempi di realizzazione allo stato attuale sono di circa 15 mesi. Questo grazie alla tecnica costruttiva impiegata che ha fatto largo uso di strutture

prefabbricate in cemento armato. Come tutti gli altri edifici del Nuovo Careggi anche questo sarà alimentato dalla centrale di cogenerazione attualmente in corso di attivazione.

Massimo Novelli

Direttore unità operativa complessa realizzazioni,
Dipartimento tecnico Aou Careggi,
Responsabile
del procedimento di realizzazione della nuova Maternità



Rendering nuova maternità

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

innanzitutto tener conto delle emergenze-urgenze non pianificabili, e più complesse da gestire della routine.

Il professionista stesso dovrebbe perciò rifiutarsi di accettare un modello organizzativo con evidenti carenze di personale, da cui ne consegue un rischio più elevato per la madre e il bambino. Autorevoli professionisti intervistati sui casi, mi sembra abbiano individuato le cause maggiori nelle politiche di riduzione del personale, nella razionalizzazione delle risorse, fino ad affermare che vi è un aumento del rischio dal giovedì in poi. Dichiarazioni superficiali e l'ultima, poi, sconvolgente. Invece l'empowerment della donna e della coppia, ovvero una maggiore conoscenza dell'evento a cui

si va incontro, riduce notevolmente il rischio di situazioni critiche. Prendiamo l'esempio della donna che richiede il taglio cesareo in assenza di indicazioni cliniche, per la cosiddetta "tocofofia", ossia la paura delle contrazioni dolorose in travaglio. In quanti casi viene aiutata davvero a indagare sulle cause della sua paura? Viene avvertita del fatto che questa scelta potrebbe causarle sensi di colpa? Le viene detto che in molti centri si può praticare la peridurale? Per questi processi occorre tempo, invece la nascita, in moltissimi casi, è diventata un vero e proprio business e la donna spesso è "di proprietà" del professionista. Anche l'aumento dei parti cesarei non è da attribuire all'incremento di richieste per danni da

parto vaginale ma all'esigenza di sbrigarsi prima.

La donna, la famiglia, la coppia, secondo la normativa vigente, sono centro dell'assistenza. Secondo la mia esperienza purtroppo no. C'è ancora tanta strada da percorrere, anche se siamo uno dei Paesi più avanzati al mondo con una mortalità perinatale tra le più basse. La via maestra per un vero salto di qualità dell'evento nascita passa attraverso l'opera costante di professionisti dediti al proprio lavoro e osservanti dei principi di deontologia professionale antichi ma modernissimi, in primis: primum non nocere.

* Direttore Uo Assistenza Ostetrica
Aou Pisana

Eccellenza in rete... (segue dalla prima pagina)

stiche critiche, per la crescita del numero complessivo di nati.

Il potenziamento, quindi, della rete neonatologica a elevata intensità assistenziale e la sua riclassificazione alla luce dei più moderni criteri individuati dalla letteratura internazionale è coerente con l'evoluzione demografica che è in atto nella nostra Regione. Le due delibere citate contengono un'agenda di lavoro che deve essere completata al fine di mantenere elevati i livelli di sicurezza e qualità della rete neonatologica regionale. La condivisione effettiva nell'ambito dei centri della rete di pratiche assistenziali condivise ed "evidence-based" costituisce certamente una priorità, così come la standardizzazione dei protocolli di Area vasta per il trasporto in utero e per il trasposto neonatale.

L'allargamento a livello regionale di uno strumento per la conoscenza costante e tempestiva dell'occupazione dei posti letto, già attivo dell'Av Centro, ne favorirà l'utilizzo più appropriato e, soprattutto, migliorerà ulteriormente i tempi di risposta alla richiesta di ricovero.

Infine, resta sempre aperta la sfida più delicata e impegnativa: far crescere quotidianamente nel lavoro di tutti l'attenzione alla personalizzazione delle cure per la mamma e per il bambino, anche con la consapevolezza che, per dirla con A. Darzi, l'assistenza di elevata qualità è un vantaggio sia per i pazienti, sia per chi paga le tasse.

* Direttore generale
dell'Aou Meyer di Firenze

FOCUS

Al punto nascita dell'Asl 4 la quota di cesarei è appena al 14%

Parto naturale, Prato record



Oltre 3mila le nascite nel 2009 - Il 53% delle madri è migrante

L'ospedale di Prato si contraddistingue nel panorama nazionale tra gli ospedali delle aziende sanitarie dove si registrano più parti naturali e meno cesarei. In sintonia con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità, la percentuale del ricorso al taglio cesareo è stata nel 2009 del 14 per cento. Sempre nel 2009 sono stati oltre 3.000 i parti, confermando l'ospedale pratese il primo punto nascita della Toscana. L'Unità operativa ostetrica e ginecologia è da tempo impegnata nel controllo costante della propria attività clinica in sala parto allo scopo di verifica-

re e modificare le proprie scelte assistenziali. L'organizzazione e la filosofia di lavoro dell'intera équipe medica e ostetrica da anni è orientata al contenimento dei tagli cesarei.

Caratteristica peculiare della nostra popolazione ostetrica è l'elevato numero di pazienti migranti (circa il 53% del totale dei parti): quella più frequente è la cinese (37% del totale dei parti), seguita dalla albanese (4%), dalla marocchina (2%), dalla rumena (2%), dalla pakistana e dalla nigeriana. Il ricorso al taglio cesareo è diverso a seconda della etnia: la più bassa incidenza si registra nel-

le donne cinesi (10%), la più alta nelle donne nigeriane (33%).

Gli esiti della gravidanza del nostro punto nascita documentati dall'Agenzia regionale sanitaria nel triennio 2005-2007 indicano un tasso di natimortalità di 1,8 ogni 1.000 nati (il dato è il più basso della Toscana) con una mortalità neonatale precoce del 1,6 per mille, in linea con i valori medi della Regione.

Dal 1987 nell'Unità operativa di ostetricia si effettua la versione o rivolgimento fetale per manovre esterne (Rme) nei casi di presentazione podalica del feto. La casistica globale presso il nostro centro

ammonta a 1.125 rivolgimenti per manovre esterne, ottenendo un successo immediato in 598 casi (53%). La nostra politica di assistenza alle gravidanze multiple prevede il parto vaginale a esclusione di quelle che consideriamo indicazioni al taglio cesareo elettivo. Nel periodo 2003-2009 abbiamo osservato 328 gravidanze multiple: il 47% ha partorito naturalmente per via vaginale.

Anche nelle donne che hanno già avuto un precedente taglio cesareo è possibile, dopo adeguato consenso e verifica delle controindicazioni, effettuare una parto naturale. Su 1.211 pazienti con pre-

cedente taglio cesareo, 405 (36%) ha effettuato un parto vaginale. In sintesi possiamo affermare che i nostri dati complessivi confermano la possibilità di contenere il ricorso al taglio cesareo senza aumentare i rischi materni e neonatali. Riteniamo anche che i risultati raggiunti sono dovuti al rispetto della fisiologia, all'uso accorto della tecnologia, all'utilizzo di tecniche ostetriche, alla condivisione delle scelte.

Giansenio Spinelli
Direttore Unità operativa
Ostetricia e ginecologia
Asl 4 Prato

AOU PUNTO DI RIFERIMENTO PER L'AREA VASTA

Pisa è il "faro" per i neonati critici

Aumentano sempre di più le nascite a Pisa: nel 2009 superata quota 2.400 (nel 2007 erano nati 2.265 bebè, nel 2008 cento in più). E aumentano anche i parti cesarei. Secondo il rapporto del MeS (Scuola superiore Sant'Anna) a Pisa il dato "depurato" si attesta sul 32%, intendendo per esso la percentuale di cesarei, sui parti totali, epurata dal numero delle donne con parto podalico, dalle donne con gravidanza gemellare o a rischio e dalle pre-cesarizzate.

Ma lo stesso dato si riduce al 26% se si sottraggono le donne che richiedono il cesareo per paura del travaglio (tocofobia) o quelle sottoposte a precedente miomectomia, e scende ancora se si eliminano dal conteggio i parti cesarei per patologia materna (diabete), le gravidanze indotte (inseminazione assistita) e le cosiddette "primipare attempate" (donne mature alle prime gravidanze).

Il dato va quindi letto alla luce del ruolo che l'Azienda ospedaliero-universitaria pisana riveste nell'Area vasta Nord-Ovest, per la presenza di due Unità operative di Ostetricia e ginecologia per la gestione delle gravidanze a rischio, ma soprattutto per la presenza di una terapia intensiva neonatale, centro di III° livello e dello Sten (Servizio di trasporto di emergenza neonatale). I numeri in sostanza sono elevati perché gli accessi all'ospedale di Pisa per il parto sono elevati, e spesso provenienti da fuori provincia.

In un anno a Pisa sono oltre 300 i nati prematuri (di età gestazionale <37 settimane) di cui un centinaio sotto le 32 settimane e i 1.500 grammi di peso (i "very low birth wei-

ght"); essi sono i più compromessi tra i neonati e essendo operativo, dall'aprile 2009, anche il trattamento con ipotermia dei neonati con encefalopatia post-asfittica, numerosi sono anche quelli a termine che, tramite lo Sten, arrivano a Pisa da tutti i punti nascita dell'Area vasta e non solo, tant'è che i degeni nella Uo di Neonatologia, l'anno scorso, sono stati oltre 2.500.

A Pisa è presente poi il Centro di formazione e simulazione avanzata per la rianimazione neonatale "Nina", un robot interattivo con cui viene insegnato al personale sanitario, specie se opera in ospedali di I° e II° livello, come può essere rianimato e stabilizzato un neonato critico, esattamente come avviene a Pisa, nella Neonatologia attigua alle due Ostetricie. Circa il 5-6% di tutti i nati, e fino all'80% dei neonati con peso alla nascita inferiore a 1.500 grammi, necessitano di un intervento rianimatorio a diversi livelli in sala parto. Ripetute indagini epidemiologiche indicano che l'asfissia continua a essere il più importante evento patologico neonatale e che circa il 40% di tutte le morti neonatali avvengono durante le prime 24 ore di vita. L'adeguata formazione del personale che assiste il neonato alla nascita è quindi di cruciale importanza per ridurre la mortalità e le drammatiche conseguenze dell'asfissia. Alla luce di quanto sopra, i tagli cesarei effettuati a Pisa nell'Ospedale Santa Chiara trovano giustificazione nell'alta specializzazione riconosciuta alle tre Uo interessate.

Emanuela del Mauro
Addetta stampa Aou Pisa

IL POLICLINICO LE SCOTTE CENTRO D'ECCELLENZA

Gravidanze a rischio, Siena al top

L'Ostetricia e Ginecologia del Policlinico Santa Maria alle Scotte è un reparto totalmente dedicato al benessere e alla salute delle donne. In particolare l'Ostetricia è costituita da tre sezioni: l'area parto, la patologia ostetrica e il puerperio. Sono presenti tre sale parto con una sala operatoria dedicata agli interventi ostetrici, tra cui il taglio cesareo.

Per quanto riguarda i parti cesarei e naturali, le donne alla prima gravidanza che effettuano il cesareo sono il 25%, a causa di parto gemellare, posizione podalica o presenza di particolari situazioni di rischio o malattie che rendono preferibile questa soluzione. La percentuale dei cesarei sale al 35% in caso di seconda gravidanza, perché spesso chi ha già avuto un primo cesareo preferisce partorire in questo modo anche la seconda volta. Il cesareo viene effettuato anche in caso di malattie particolari: gestosi, preeclampsia, diabete gestazionale, ipertensione, cardiopatie, malattie infettive, respiratorie, neurologiche ecc.

L'Ostetricia e ginecologia delle Scotte è centro di riferimento per le gravidanze a rischio che vengono seguite durante tutto il periodo gestazionale e che poi, nella maggior parte dei casi, terminano con il cesareo. La percentuale dei cesarei quindi potrebbe risultare leggermente più alta rispetto ad altre strutture ma ciò è motivato dal fatto che alle Scotte vengono seguite gravidanze molto complesse. Infatti tra le attività specialistiche offerte alle donne in gravidanza ci sono: il centro diagnosi prenatale con consulenza genetica, ecografia ostetrica specialistica di II livello, test probabilistici per la diagnosi di cromoso-

mopatie, diagnosi prenatale invasiva, ambulatorio per le gravidanze a rischio, ambulatorio di ecografia ostetrica e di ecoflussimetria doppler, dietologia ostetrica, citologia, cardiocografia. A tal proposito di notevole importanza è l'eccellente attività svolta dal Laboratorio di ematologia e coagulazione che offre alle donne in gravidanza una valutazione del rischio trombotico con il continuo monitoraggio dei problemi di coagulazione, che in gravidanza sono importantissimi sia per la mamma che per il nascituro.

La collaborazione tra l'Ostetricia ginecologia e il Laboratorio di ematologia e coagulazione ha permesso a tante mamme di portare avanti gravidanze molto difficili. Una particolarità: alle Scotte è stata allestita la casa parto, con due ambienti dedicati per partorire in ospedale come a casa e il servizio di partoanalgesia, attivo h 24. Nel 2009 ci sono state 1.443 nascite, su un totale di 1.422 parti, di cui 2 parti trigemini e 17 bigemini (per un totale di 40 gemelli). In totale sono nati 759 maschi e 684 femmine, quindi abbiamo un 52% di nascite maschili e 48% di quelle femminili. Nel 2010, sino al 20 settembre, ci sono state 1.034 nascite, su un totale di 1.014 parti, di cui 2 parti trigemini e 16 bigemini (per un totale di 38 gemelli). In totale sono nati 527 maschi e 507 femmine, quindi abbiamo un 51% di nascite maschili e un 49% di quelle femminili.

Ines Ricciato
Ufficio stampa
Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena

DECISIVA LA PARTOANALGESIA H24

Grosseto: il ricorso al bisturi è sceso al 18%

Il reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale di Grosseto è l'unico punto nascita del vasto territorio provinciale. Attualmente offre 29 posti letto, dei quali 20 dedicati alla puerpere, 8 per le gravidanze ad alto rischio (diabetiche, ipertese, ritardi di crescita, gravidanze plurime e minacce di parto prematuro), una stanza per eventuali pazienti che scelgono il ricovero in forma privata.

In aggiunta ci sono 3 posti per le nutrici, le mamme già dimesse in attesa che lo sia anche il loro bambino. Nel reparto ci sono una sala parto, 2 sale travaglio-parto (di cui una attrezzata per il travaglio in acqua) e una sala travaglio. Può contare, inoltre, su 2 sale operatorie dedicate.

Nel 2009, a Grosseto, ci sono stati 1.503 parti, sono nati 1.525 bambini (tra singoli, gemelli e trigemini), con una netta diminuzione, rispetto al 2008, della percentuale di tagli cesarei. La loro incidenza "depurata" (cosiddetta "Nstv", che si riferisce a primigravide, con feto singolo in situazione cefalica e almeno 37 settimane di gestazione), infatti, è scesa dal 23% del 2008, al 18% del 2009, con un trend consolidato anche per il 2010. Nell'anno in corso, infatti, ci sono stati 1.160 parti, con una percentuale di tagli cesarei inferiore al 17 per cento.

«Questa significativa diminuzio-

ne dei cesarei - spiega Giuseppe Mazzullo, responsabile del reparto di Ostetricia e ginecologia - è sicuramente il risultato di diversi fattori, che insieme hanno contribuito a diffondere e alimentare una nuova cultura del parto: diversificare gravidanze e travaglio a basso rischio da quelli a rischio elevato, offrendo ai primi una filosofia che consente il rispetto dei naturali tempi del travaglio, ai secondi una continua e attenta valutazione dell'evoluzione clinica; valutare ogni singolo caso in maniera omogenea tra gli operatori, seguendo linee guida assistenziali comuni; sostenere le donne nella scelta del tipo di parto

più indicato nel loro caso; effettuare il cesareo non per evitare le sofferenze e i dolori del parto, ma perché veramente serve. In questo percorso, un aiuto importante è venuto dall'attuazione della partoanalgesia, che funziona in maniera continuativa h/24 e ha consentito di ridurre l'ansia e il dolore delle partorienti, in modo da arrivare a parti naturali in casi dove in passato sarebbe stato quasi impossibile. Nel 2009 oltre il 15% dei parti si è avvalso di questa tecnica e, quest'anno, la percentuale è salita a oltre il 17%.

Una curiosità: nei giorni scorsi nel reparto sono nati tre gemellini

figli di una giovane coppia grossese che aveva effettuato l'inseminazione intrauterina al Centro di procreazione medicalmente assistita del Misericordia. Il Centro, riconosciuto nel 2009 dalla Regione come centro di primo livello, dove, cioè, è possibile effettuare la diagnostica della sterilità e l'inseminazione intrauterina, nei primi 8 mesi di attività, ha visitato 102 coppie, ha eseguito 51 procedure terapeutiche con il 25% di successo (8 gravidanze, di cui 6 singole, 1 gemellare e 1 trigemina, quella che ha portato, appunto, alla nascita dei tre gemellini).

Lina Senserini
Responsabile Ufficio stampa
Asl 9 Grosseto

DOCUMENTI

Recepito l'accordo Stato-Regioni che disciplina le attività, i rapporti con i pazienti e il monitoraggio delle ricadute cliniche



Test genetici: percorsi diagnostici e informazione

La programmazione delle attività prevede una distribuzione territoriale ottimale e l'organizzazione delle strutture

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 875/2010 con cui la Regione Toscana recepisce e dà indicazioni sulla relativa applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 26 novembre 2009 sulla «Attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica».

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la deliberazione Cr n. 145 del 10/11/2004 recante a oggetto «Indirizzi per la riorganizzazione funzionale delle attività di genetica medica», che all'Allegato A di pari titolo, prevede una serie di indicazioni finalizzate a garantire la riorganizzazione dei servizi di genetica;

Vista la Dgr 685/2005 che ha recepito le «Linee guida per le attività di genetica medica», approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 15/7/2004;

Considerato che il Piano sanitario regionale 2008-2010 al paragrafo 5.6.1.1 riconosce alle attività di genetica un ruolo centrale in campo biomedico e riconferma l'obiettivo di «programmare l'attività di genetica al fine di evitare sovrapposizioni o carenze» attraverso una adeguata distribuzione dei servizi «per assicurare qualità dell'attività e razionalizzare la spesa»;

Considerato quanto riportato nell'accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica» sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 26 novembre 2009 (rep. Atti n. 241/Csr);

Considerato che il sopra citato accordo raccomanda in particolare di:

a) promuovere e adottare percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a linee guida scientificamente validate (con particolare riferimento alle «Linee guida per le attività di genetica medica» 2004);

b) implementare sistemi di monitoraggio delle attività;

c) avviare una programmazione delle attività di genetica che definisca la distribuzione territoriale ottimale, le caratteristiche delle strutture accreditate e il loro adeguato assetto organizzativo;

d) adottare, laddove non già previsto dalle normative regionali in materia, procedure di accreditamento delle strutture che erogano prestazioni di genetica medica;

e) integrare le attività di genetica medica con le reti di assistenza già attive nello stesso ambito regionale e interregionale (con particolare attenzione alle malattie rare, all'area materno-infantile e alle patologie oncologiche);

Ritenuto di recepire i contenuti dell'accordo sopra citato sancito in data 26 novembre 2009 (rep. Atti n. 241/Csr) e riportato nell'Allegato I parte integrante del presente atto, ferma restando l'autonomia regionale per ciò che attiene i modelli organizzativi più consoni alla realtà territoriali;

A voti unanimi

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa, di:

1. recepire l'Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica» sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 26 novembre 2009 (rep. Atti n. 241/Csr), Allegato I al presente atto di cui costituisce parte integrante;

PREVISTA UNA COPERTURA DELL'80% DEGLI ANZIANI E DEL 60% DEL PERSONALE A RISCHIO

Al via la campagna vaccinale antinfluenzale 2010-2011

Pubblichiamo la delibera 867/2010 con cui si danno indicazioni alle aziende per la copertura vaccinale antinfluenzale e il relativo coinvolgimento dei medici di medicina generale.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI

- Il Dpcm 29/11/2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» che, nel livello «assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro», tra le diverse attività di prevenzione rivolte alla persona, individua le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

- la circolare del ministero della Sanità avente per oggetto «Prevenzione e controllo dell'influenza - Raccomandazioni per la stagione 2010-2011»; gli obiettivi specifici indicati dal Piano sanitario regionale 2008-2010;

- la delibera della Giunta regionale n. 1020 del 27/12/2007 «Aggiornamento direttive regionali in materia di vaccinazioni. Revoca delibere nn. 1249/2003, 379/2005, 1060/2000. Modifica delibera n. 1386/2001»;

- la delibera della Giunta regionale n. 623 del 4/8/2008 «Compenso aggiuntivo per l'attività svolta dai direttori generali delle aziende sanita-

2. trasmettere copia del presente atto deliberativo al ministero della Salute.

Allegato A

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica».

Repertorio Atti 241/Esr del 26 novembre 2009

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

Visti gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto l'accordo tra il ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle «Linee guida per le attività di genetica medica» sancito da questa Conferenza nella seduta del 15 luglio 2004 (rep. Atti n. 2045);

Vista la nota pervenuta in data 30

gennaio 2009 con la quale il ministero del Lavoro, delle salute e delle politiche sociali ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, un documento recante «Attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica»;

Vista la lettera in data 4 febbraio 2009 con la quale il documento di cui trattasi è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

Considerato che, come concordato nel corso dell'incontro tecnico svoltosi al riguardo in data 3 marzo 2009, la Regione Toscana, coordinatrice interregionale in Sanità, ha trasmesso un documento concernente le proposte delle Regioni e Province autonome di modifica del documento che interessa;

Rilevato che, nel corso di un nuovo incontro tecnico svoltosi in data 28 maggio 2009, i rappresentanti del ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali hanno fatto espressa riserva di inviare una nuova stesura della proposta di accordo di cui trattasi;

Considerato che il punto in oggetto, iscritto all'ordine del giorno della seduta di questa Conferenza del 29 ottobre 2009, è stato rinviato su richiesta delle Regioni e delle Province autonome;

Vista la definitiva versione della proposta di accordo trasmessa dal ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali in data 11 novembre 2009;

(continua a pagina 5)

- che per le prestazioni in oggetto, tenuto conto dei tariffari esistenti, l'entità del compenso per ciascuna prestazione (comprensiva della somministrazione, compilazione schede di sorveglianza epidemiologica e riconsegna alle aziende sanitarie al termine del periodo di due mesi dalla somministrazione stessa) per i medici di medicina generale è di euro 6,17, come previsto dall'Acn dei medici di medicina generale 29/7/2009 e per i pediatri di famiglia 40 euro ad atto vaccinale secondo quanto previsto dall'accordo regionale vigente;

- di confermare l'elenco dei soggetti a cui offrire gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale secondo quanto previsto nella delibera della Gr 913/2008 e la circolare ministeriale 2010/2011;

- di confermare l'accordo con i medici di medicina generale incentivati al raggiungimento della copertura dell'80% dei soggetti ultrasessantacinquenni vaccinati ai quali sarà somministrata anche la vitamina D;

- di impegnare le aziende sanitarie locali affinché:

1. assicurino la fornitura ai medici il materiale necessario (vaccino, siringhe, schede e materiali divulgativi) provvedendo al pagamento delle prestazioni con la quota di Fondo sanitario assegnato, nonché all'erogazione di premi incentivanti dal vaccino ai propri assistiti inseriti nelle categorie a rischio;

2. definiscano con i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia le modalità operative, assicurandosi che gli stessi si impegnino a:

a) sviluppare la necessaria opera di sensibilizzazione nei confronti della popolazione interessata;

b) trasmettere alle aziende sanitarie locali entro il 1° marzo 2011 le schede di sorveglianza epidemiologica;

3. assicurino la trasmissione alla direzione generale delle schede di sorveglianza epidemiologica compilate entro il 31 marzo 2011;

4. si impegnino al raggiungimento della copertura vaccinale in misura non inferiore al 60% del proprio personale sanitario dipendente e dei medici convenzionati, nonché a svolgere un ruolo attivo per la promozione della vaccinazione antinfluenzale nei confronti delle aziende il cui personale risulta addetto a servizi pubblici di primario interesse collettivo, con particolare riferimento a tutto il personale sanitario, al fine di garantire il raggiungimento dell'obiettivo ottimale di copertura (95%) previsto dalla circolare ministeriale;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale in quanto le spese connesse rientrano negli importi assegnati a ciascuna azienda sanitaria locale nell'ambito del Fondo sanitario regionale. ●

Vista la lettera del 17 novembre 2009 con la quale tale definitiva versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

Vista la nota del 18 novembre 2009 con la quale la Regione Toscana, coordinatrice interregionale in Sanità, ha espresso sulla predetta definitiva versione della proposta di accordo avviso tecnico favorevole;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

Premessa che

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e in particolare, l'articolo 10, stabilisce l'adozione in via ordinaria del metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi e i flussi informativi dei soggetti erogatori; e l'articolo 8-octies, prevede che le Regioni e le Aziende unità sanitarie locali attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali di tutti i soggetti interessati, nonché sulla qualità dell'assi-

(segue da pagina 4)

stenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese;

- il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private» definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure relative alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

- il decreto del presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliero, sia per quello ambulatoriale;

- il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 «Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008» individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e in particolare il punto 3.3 si prefigge di creare un sistema di cooperazione tra i diversi sistemi sanitari attraverso l'istituzione di centri di riferimento per fronteggiare i problemi connessi alle malattie rare e alle patologie che richiedono interventi di alta specializzazione;

- l'accordo tra il ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle «Linee guida per le attività di genetica medica» sancito da questa Conferenza nella seduta del 15 luglio 2004 (rep. Atti n. 2045) ha approvato le «Linee guida per le attività di genetica medica»;

- il Dm 8 maggio 2007 istituisce la «Commissione per la genetica nel Ssn» con lo scopo di dare attuazione alle linee guida per le attività di genetica medica approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, 15 luglio 2004, fissare i criteri per la certificazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture di genetica medica, procedere alla definizione delle attività di genetica medica per il migliore utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale e regionale da destinarvi fornendo idonee indicazioni sull'utilizzo di test genetici e determinando le forme di collegamento con la rete delle malattie rare, procedere alla definizione di indicatori e alla valutazione del "commissioning" nonché alla più globale valutazione economica delle attività di genetica medica, procedere a fissare le regole sulla pubblicazione e sulla promozione di test genetici e sulla consulenza genetica, nonché procedere alla divulgazione di raccomandazioni basate sull'evidenza scientifica in tema di genetica medica;

- si ritiene di dare seguito alle indicazioni contenute nel documento della Commissione di cui sopra, in particolare per quanto attiene all'attuazione delle linee guida per le attività di genetica medica approvate con l'accordo citato;

Si conviene

1. Considerando che i test genetici costituiscono un importante strumento diagnostico che prevede una valuta-

zione clinica preliminare delle indicazioni e una successiva interpretazione con il coinvolgimento non solo dell'individuo ma anche dei familiari, le Regioni si impegnano a:

a) promuovere e adottare percorsi diagnostico-assistenziali aderenti a linee guida scientificamente validate (con particolare riferimento alle «Linee guida per le attività di genetica medica» 2004) che prevedano un'adeguata consulenza genetica pre e post test e una comprensiva ed esauriente informazione ai pazienti e ai familiari. Tali percorsi, basati su consolidate evidenze scientifiche, devono essere orientati in modo da garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;

b) implementare sistemi di monitoraggio delle attività capaci di definire, attraverso l'individuazione di idonei indicatori, le ricadute cliniche e assistenziali delle attività stesse, la loro appropriatezza, efficacia ed efficienza e sicurezza, in modo da rendere misurabili i volumi di attività delle strutture e la qualità in ambito organizzativo, gestionale, professionale e tecnico;

c) avviare una programmazione delle attività di genetica che definisca la distribuzione territoriale ottimale, le caratteristiche delle strutture accreditate e il loro adeguato assetto organizzativo, al fine di concentrare la casistica presso strutture e operatori che garantiscano un adeguato volume di attività associato a un costante aggiornamento delle conoscenze e delle tecnologie;

d) adottare, laddove non già previsto dalle normative regionali in materia, procedure di accreditamento delle strutture che erogano prestazioni di genetica medica (laboratori e strutture cliniche) che prevedano specifici criteri, tra cui la partecipazione a controlli esterni di qualità e meccanismi di certificazione;

e) integrare le attività di genetica medica con le reti di assistenza già attive nello stesso ambito regionale e interregionale (con particolare attenzione alle malattie rare, all'area materno-infantile e alle patologie oncologiche);

2. Il ministero, l'Iss e le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano, con il supporto delle società scientifiche, in particolare della Società italiana genetica umana (SigU), si impegnano a garantire che:

a) il pubblico venga correttamente informato, attraverso i siti istituzionali e gli altri canali di informazione sull'utilizzo di indagini e comunicazione di episodi di malattie veicolate da alimenti. L'applicazione a livello locale degli indirizzi richiede l'esplicitazione degli scopi delle linee guida, il chiarimento dei contenuti, le modalità di utilizzo degli strumenti di lavoro e la formazione del personale sull'implementazione delle procedure proposte.

Sulla base di quanto previsto dall'Allegato A della deliberazione della Giunta regionale n. 1241 del 08/11/1999 «Azione programmatica alimenti e nutrizione - Programma degli interventi» con cui è stato istituito il Centro di riferimento regionale sulle tossinfezioni alimentari Cerrta, punto 3.4, tra gli obiettivi del Centro è prevista «la diffusione delle conoscenze scientifiche e culturali in merito alle tossinfezioni alimentari, con particolare riguardo alle metodologie epidemiologiche di approccio» e il «corretto riconoscimento delle specie batteriche implicate nei vari episodi al fine di consentire un corretto riconoscimento dei casi».

Alla luce quindi degli obiettivi previsti e della necessità

RECEPITA L'INIZIATIVA DELL'ASL 3 PISTOIA

Progetto tossinfezioni alimentari: linee guida per la corretta gestione

Assegnati al dipartimento prevenzione dell'azienda fondi per 25.300 euro

Pubblichiamo la delibera 861/2010 con cui la Regione Toscana approva e finanzia il progetto finalizzato alla corretta gestione delle tossinfezioni alimentari presentato dal dipartimento di Prevenzione dell'Asl 3 Pistoia.

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare il progetto finalizzato alla diffusione delle nuove linee guida per la corretta gestione delle tossinfezioni alimentari, presentato dal dipartimento di Prevenzione dell'azienda Usl 3 di Pistoia, di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto, poiché coerente con le azioni programmate dal Psr 2008-2010 e funzionale al raggiungimento degli obiettivi delle stesse;

2. di destinare la somma di euro 25.300,00 a favore del dipartimento di Prevenzione dell'azienda Usl 3 di Pistoia per consentire la realizzazione del progetto finalizzato alla diffusione delle nuove linee guida per la corretta gestione delle tossinfezioni alimentari, tramite il Centro di riferimento regionale sulle tossinfezioni alimentari (Cerrta);

3. di prenotare pertanto a favore del dipartimento di Prevenzione dell'azienda Usl 3 di Pistoia la somma di euro 25.300,00 sul capitolo 26019 del bilancio gestionale 2010, che presenta la necessaria disponibilità, per l'esecuzione delle azioni previste dal progetto;

4. di impegnare la direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale a porre in essere le iniziative necessarie per il raggiungimento dei risultati previsti dal progetto stesso.

ALLEGATO A

Progetto finalizzato alla diffusione delle nuove linee guida per la corretta gestione delle tossinfezioni alimentari, presentato dal dipartimento di Prevenzione dell'azienda Usl 3 di Pistoia

Progetto prioritario settore alimenti e nutrizione - Anno 2010

1. Titolo del progetto: Prosecuzione attività Cerrta;

2. Azienda Usl capofila: azienda Usl 3 Pistoia, (Responsabile del progetto: Dr.ssa Paola Piccioli);

3. Altre aziende Usl partecipanti: nessuna;

4. Il progetto riguarda:

- tutto il territorio della Regione Toscana,

- solo alcune aziende Usl (indicare quali);

5. Tempi di realizzazione (indicare inizio e durata del progetto): anno 2010;

6. Altri enti e soggetti coinvolti (comprese altre Uo e Uf dell'azienda Usl) e relative attività assegnate a ciascuno: nessuno;

7. Premessa e motivazione del progetto:

Sono in corso di approvazione da parte della Giunta regionale le «Linee guida per la corretta gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti» che sono state redatte dal Cerrta in collaborazione con altre figure professionali operanti nelle aziende Usl toscane. Le linee guida forniscono agli operatori dei dipartimenti di Prevenzione della Regione gli indirizzi gestionali e tecnico-scientifici a cui attenersi nell'attività di indagine e comunicazione di episodi di malattie veicolate da alimenti. L'applicazione a livello locale degli indirizzi richiede l'esplicitazione degli scopi delle linee guida, il chiarimento dei contenuti, le modalità di utilizzo degli strumenti di lavoro e la formazione del personale sull'implementazione delle procedure proposte.

Sulla base di quanto previsto dall'Allegato A della deliberazione della Giunta regionale n. 1241 del 08/11/1999 «Azione programmatica alimenti e nutrizione - Programma degli interventi» con cui è stato istituito il Centro di riferimento regionale sulle tossinfezioni alimentari Cerrta, punto 3.4, tra gli obiettivi del Centro è prevista «la diffusione delle conoscenze scientifiche e culturali in merito alle tossinfezioni alimentari, con particolare riguardo alle metodologie epidemiologiche di approccio» e il «corretto riconoscimento delle specie batteriche implicate nei vari episodi al fine di consentire un corretto riconoscimento dei casi».

Alla luce quindi degli obiettivi previsti e della neces-

si della diffusione e formazione degli operatori sanitari territoriali sul corretto utilizzo delle linee guida si rende necessaria la pianificazione e realizzazione di tali interventi da parte del Cerrta per un periodo di tempo che garantisca la completa acquisizione dei contenuti e modalità di utilizzo delle linee guida.

8. Descrizione del progetto:

Prosecuzione della attività peculiare del Cerrta così come definita dall'atto costitutivo del Centro (per le specifiche di attività vedi punto 9 la-6a) ampliata con le attività di diffusione dei contenuti e sostegno all'implementazione delle «Linee guida per la corretta gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti» presso gli operatori sanitari dei dipartimenti di Prevenzione della Regione Toscana che si occupano dell'investigazione delle malattie veicolate da alimenti.

9. Articolazione del progetto:

Il progetto di implementazione delle linee guida per la corretta gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti si articolerà come segue:

1) Preparazione di presentazioni in formato elettronico che portino a conoscenza i contenuti delle linee guida e le modalità applicative, differenziate per target (operatori delle Uf Igiene e Sanità pubblica, Uf Igiene degli alimenti e nutrizione, Uf Sanità pubblica veterinaria);

2) Organizzazione di incontri di presentazione presso le aziende Usl di tutto il territorio regionale;

3) Attività di consulenza sulle problematiche che potrebbero insorgere nell'applicazione e utilizzo degli strumenti di lavoro proposti dalle linee guida (moduli, questionari, documenti tecnico-scientifici);

4) Recepimento delle osservazioni pervenute dagli operatori nel corso dell'utilizzo degli strumenti di lavoro ed eventuali modifiche agli stessi al fine di migliorarne l'efficacia;

5) Revisione del documento, soprattutto nella parte della modulistica, con il gruppo di lavoro che ha contribuito alla realizzazione delle linee guida;

6) Progettazione e realizzazione in formato elettronico dei format per la relazione finale degli episodi da inviare al Cerrta;

Oltre alla realizzazione del progetto specifico, nel periodo indicato continuerà l'attività del Cerrta secondo gli obiettivi previsti dall'atto di istituzione del Centro e a completamento e realizzazione dei progetti intrapresi negli anni precedenti.

1a) gestione del flusso informativo ed elaborazione dei dati relativi alle malattie veicolate da alimenti;

2a) redazione dei report annuali regionali e dei bollettini semestrali destinati agli operatori territoriali;

3a) gestione e aggiornamento in tempo reale del sito internet del Centro;

4a) gestione del flusso informativo e redazione del relativo report sugli episodi di intossicazioni da funghi verificatisi nel territorio regionale;

5a) implementazione del progetto di sorveglianza delle malattie veicolate da alimenti basato sui dati provenienti dai laboratori di Microbiologia clinica della Regione (progetto Ccm «Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le Province autonome e il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie»);

6a) progetto di ampliamento del target oggetto della comunicazione dei dati mediante la creazione di un flusso informativo destinato ai medici di medicina generale, pediatri e medici ospedalieri.

10. Strumenti previsti:

Sistemi elettronici di elaborazione dati, incontri periodici, convegni. Sito web. Bollettini semestrali, pubblicazioni scientifiche, testi specifici.

A margine si segnala che nel costo complessivo del progetto non sono comprese le spese relative al personale addetto alle funzioni ordinarie e continuative e costi fissi inerenti la ordinaria gestione dell'attività relativa al soggetto richiedente.

11. Piano finanziario sintetico:

a) Singole voci di spesa:

- Rimborso spese acquisto arredi/attrezzature/libri etc 1.000 €;

- Compenso per personale Cerrta 22.234,5 €;

- Irap 2.065,5 €;

b) Costo complessivo del progetto 25.300 €;

c) Copertura con altri finanziamenti: 0 € (specificare);

d) Finanziamento regionale richiesto 25.300. ●



direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turmo
comitato scientifico
Aldo Ancona
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Luca Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 40 del 26/10-1/11/2010 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

MODELLI

Il punto sull'impiego delle medicine complementari nelle cure palliative



Lotta al dolore, nuovi alleati

Terapie non convenzionali a fianco delle tradizionali per i malati terminali

Si è tenuto il 12 ottobre, presso l'aula Muntoni dell'ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze, il convegno «Cooperazione integrata in hospice: medicine complementari e discipline bio-naturali come approccio terapeutico a servizio del malato, delle famiglie e degli operatori - esperienze a confronto».

Il convegno, organizzato dall'Agenzia regionale di Sanità Toscana in collaborazione con l'azienda sanitaria di Firenze e la Società italiana cure palliative - ha presentato alcune esperienze concrete di approcci terapeutici complementari alle terapie tradizionali nell'ambito delle terapie del dolore e delle cure palliative, in particolare in hospice, avviando un confronto tra le esperienze nazio-

nali (quella degli operatori della Fondazione Irccs Istituto nazionale tumori - hospice Floriani) e le prime esperienze toscane a livello regionale.

È un dato certo che le medicine complementari o non convenzionali (agopuntura, omeopatia, fitoterapia) e le cosiddette discipline del benessere o bio-naturali (craniosacrale, naturopatia, prano-pratica, riflessologia, shiatsu, esercizi di lunga vita Taiji-Qi Gong, tuina, suoni musica e benessere, yoga, osteopatia e metodo Feldenkrais) abbiano un utilizzo sempre più ampio nella nostra Regione. Questa tendenza, confermata anche a livello nazionale dai dati Istat, è avvalorata per la Toscana da un'analisi recente effettuata proprio dall'Agenzia regionale di Sanità. Interessanti i dati emersi: il

19,3% dei toscani intervistati ha dichiarato di aver fatto ricorso ad almeno un tipo di medicina non convenzionale nell'ultimo triennio, e circa il 70% di loro ha dichiarato di averne avuto beneficio. Del resto, l'esperienza toscana di integrazione delle medicine non convenzionali nel sistema sanitario regionale è tra le più significative in Italia (le prestazioni sono già garantite a tutti gli utenti toscani tramite il pagamento di un ticket) e nel 2005, attraverso una legge regionale, è stato regolamentato anche l'esercizio e la pratica delle discipline bio-naturali.

Il convegno a Torregalli ha però messo in luce un fatto abbastanza nuovo e recente: queste terapie non convenzionali cominciano a essere utilizzate in Toscana anche nell'ambito delle cure palliative

come approccio terapeutico, di supporto alle terapie tradizionali, per alleviare le sofferenze dei malati terminali. L'impiego delle terapie non convenzionali nella realtà degli hospice è mirato a migliorare non solo i sintomi, ma anche e soprattutto la comunicazione con il paziente e le sue capacità di relazione. Il tentativo: contribuire a migliorare, per quanto possibile, la qualità della vita dei pazienti a fine vita e, contemporaneamente, anche quella delle loro famiglie e degli operatori, per i quali il rischio di burn out è molto elevato.

Durante il convegno si è voluto fare un'ampia panoramica dei differenti approcci terapeutici non tradizionali applicabili alla sofferenza di fine vita: dallo shiatsu, alla musicoterapia, all'arteterapia, all'ipnosi, al rilassamento profondo,

al massaggio plantare, alla meditazione, al cosiddetto gentle touch, alle tecniche mente-corpo per la gestione del distress, alla tecnica di rilassamento cosiddetta del touch-ball, fino al metodo Resseguier. L'intento principale dietro quest'intensa giornata di convegno: tentare di valutare quali approcci terapeutici complementari sono preferibili, o comunque più adatti, in una realtà complessa e delicata come quella degli hospice; discutere l'efficacia dei primi approcci già sperimentati; valutare la fattibilità di un'offerta terapeutica strutturata di medicine complementari e discipline bio-naturali negli hospice del sistema sanitario regionale.

Barbara Meoni

Agenzia regionale di Sanità - Toscana

LE SPERIMENTAZIONI IN CORSO

Pitigliano punta sull'integrazione in oncologia

L'integrazione tra le risorse terapeutiche cosiddette "tradizionali" o "convenzionali" e quelle "non convenzionali" o "complementari" si è notevolmente sviluppata negli ultimi venti anni sia in Oriente che in Occidente. Nel recente passato numerosi studi provenienti da strutture del servizio pubblico che hanno ospitato, tra i servizi erogati, anche le medicine complementari e alternative («Cam») hanno fornito i requisiti per lo sviluppo del cosiddetto «Integrative health care». La domanda di integrazione delle cure è stata sollecitata in primis dai cittadini i quali, ancor più e ancor prima dei medici, hanno espresso quest'esigenza soprattutto nella gestione delle malattie croni-

che. Questa scelta ha avviato nel mondo della medicina riflessioni ampie su alcuni concetti quali: medicina centrata sulla persona, empowerment, approccio interdisciplinare alla cura e appropriatezza della cura.

La richiesta di cure integrate è particolarmente forte nel caso delle terapie oncologiche. In questo caso i pazienti, sia adulti che bambini, chiedono aiuto principalmente per sopportare gli effetti collaterali della radioterapia e della chemioterapia. La percentuale di pazienti oncologici che richiede cure integrate varia, a seconda delle statistiche, dal 50% fino al 70%, secondo i dati forniti dal Memo-

rial Sloan Kettering Cancer Center di New York, uno dei più importanti centri di oncologia integrata degli Usa. Il ricorso a cure integrate implica problemi sanitari complessi quali:

- la scarsa conoscenza delle «Cam» da parte del personale sanitario dei centri oncologici. Quest'insufficiente dimestichezza con la materia può indurre i sanitari ad atteggiamenti pregiudizievole verso le terapie integrate. Ne consegue il disagio dei pazienti a "confessare" le loro scelte di salute e questo determina un'incompleta accoglienza da parte dei sanitari della reale storia di malattia di questi cittadini;

- la possibilità di interazioni farmacologiche tra medicinali delle «Cam» e medicinali utilizzati nelle terapie cosiddette "convenzionali". Tali interazioni potrebbero essere ignorate o sottovalutate proprio perché il paziente è generalmente portato a tacere la sua scelta di integrazione delle cure.

A questo proposito è interessante riportare un'iniziativa del Dipartimento di farmacia dell'Università di Singapore (Support care cancer, 2010) nel quale si annuncia la creazione di un database che riporta le interazioni farmacologiche tra terapie anticancro e Cam, inclusa la molto diffusa pratica della medicina tradizionale cinese in

Oriente. Il database è a disposizione di tutti i medici.

Sulla base di queste considerazioni l'ospedale di Pitigliano, che sarà il primo ospedale di medicina integrata del servizio pubblico in Italia, ha in progetto l'apertura di un servizio di oncologia integrata da realizzarsi in collaborazione tra i medici del servizio oncologico e i medici esperti in agopuntura, omeopatia e fitoterapia che a breve prenderanno servizio nell'ospedale. Grazie a questa nuova offerta di salute i pazienti che si rivolgeranno alla struttura e che sceglieranno il percorso terapeutico integrato di cure oncologiche potranno trovare un team in-

terdisciplinare in grado di prenderli in cura in un ambiente non conflittuale, nell'armonia di tutti gli operatori sanitari coinvolti.

Nell'intenzione della Regione Toscana il modello assistenziale adottato permetterà di verificarne l'utilità sia per quello che riguarda l'eventuale miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico, sia per quello che riguarda la valutazione dell'efficacia delle terapie complementari nel ridurre gli effetti collaterali dei farmaci anti tumorali.

Simonetta Bernardini

Responsabile progetto sanitario: «Realizzazione presso l'Ospedale di Pitigliano del Centro ospedaliero di medicina integrata della Regione Toscana»

L'INNOVAZIONE TERAPEUTICA PER LE PATOLOGIE INCURABILI

L'obiettivo è la qualità della vita di chi soffre

Il core business della medicina da sempre è stato migliorare la qualità di vita (Qdv) del paziente. Ma solo con la ridefinizione di salute di Alma Ata nel 1979 ne abbiamo tutti preso coscienza, quando l'obiettivo prefissato è mutato radicalmente: dall'eliminazione dei segni-sintomi di una malattia fonte di sofferenza si è passati alla ricerca del «benessere fisico, psicologico, sociale e spirituale», prendendo coscienza che la Qdv, vista la sua complessità, andava presa nel suo insieme e non bastava affrontare, spesso singolarmente, i vari deficit.

Tutto ciò si rende più chiaramente manifesto quando cerchiamo di affrontare i bisogni (il cosiddetto total suffering multi-dimensionale) delle persone nell'ultimo periodo della propria vita, quando cioè non sono più guaribili, ma li si può comunque ancora curare, nel senso di aiutarli a raggiungere la migliore Qdv possibile, all'inter-

no delle limitanti della patologia, spesso progressiva. Viene da sé che la Qdv è soggettiva, che include variabili al di là dei segni/sintomi e che richiede una medicina più complessa che comprenda molteplici approcci terapeutici diversi fra loro.

Non è un caso perciò, che il mondo delle cure palliative sia sicuramente più sensibile ad approcci terapeutici non convenzionali e il successo del primo vero evento regionale sulle medicine complementari, appena realizzato lo scorso 12 ottobre, lo conferma: non solo per la partecipazione di operatori di varie discipline, ma anche per aver reso visibile come in Toscana vi siano già molteplici e differenti esperienze di «medicine integrate» a fine vita. Abbiamo così potuto ascoltare come «normalmente» approcci terapeutici

non convenzionali - il massaggio shiatsu o quello plantare, la musicoterapia, le tecniche di respirazione o di rilassamento ecc. - siano realizzati sugli stessi pazienti che assumono oppiacei, flebo e ipnotici, in una maniera integrata e con operatori che fanno parte della stessa équipe terapeutica di riferimento. Ciò senza separazione, incomprensioni o contrasti, anzi il sofferente percepisce questo diverso aiuto terapeutico come un sentirsi accolto più integralmente nella sua sofferenza così totalmente complessa, spesso difficile da comunicare nel suo insieme, percependo i diversi operatori come membri di uno stesso gruppo di cura: il «suo» gruppo di cura.

Vi è bisogno, anche in Toscana, di realizzare studi di efficacia e di costo su questa integrazione fra medicine: quella «occidentale» (o

convenzionale per la nostra popolazione) e le «medicine altre», tutte ugualmente indispensabili se vogliamo davvero raggiungere il target prefissato della Qdv di ogni sofferente. Queste «medicine altre» ci aiutano a «cucire addosso» la terapia sull'unicità della sofferenza di ognuno, prendendo davvero in carico l'esistenza di ogni persona sofferente: perché utilizzano diversi e molteplici canali di comunicazione interpersonale rispetto alla medicina occidentale, facilitando l'emergere di sensazioni, vissuti, sentimenti fonte di sofferenza, come pure di rivisitare momenti positivi e significativi della vita del malato. Medicine che allo stesso tempo rinforzano la comunicazione con il mondo esterno, il contatto fisico piacevole con il proprio corpo martoriato, l'accettazione di se stessi come persone a fine

vita, aprendo breccie nella solitudine del malato a fine vita. Insieme all'Agenzia regionale di Sanità, a noi Società scientifiche e ai servizi del Ssr, il prossimo passo sarà dar vita a esperienze mirate di medicine integrate in alcuni hospice toscani, realizzando progetti di assistenza coniugati alla formazione degli operatori e alla ricerca applicata delle medicine integrate.

Speriamo che l'alta sensibilità degli operatori sia ripresa dai nostri manager della salute, affinché comprendano le potenzialità nel ritorno non solo d'immagine, ma di reale miglioramento della qualità della vita dei cittadini toscani a fine vita, in un momento unico dell'esistenza come lo è stato il parto, e come esso impresso in tutti gli affetti.

Maurizio Mannocci Galeotti

Coordinatore per la Toscana della Società italiana di Cure palliative (Sicp)

PISA

Sempre meno tagli e parti indotti: la Asl 5 a bersaglio sul materno-infantile

Nascite a misura di donna



Cesarei a quota 15,88% - Episiotomie in calo - Valorizzate le ostetriche

«Il materno infantile presenta una invidiabile bassa percentuale di cesarei, di parti indotti e ha molto ridotto il ricorso all'episiotomia». Con queste parole il Mes ha commentato i risultati della Asl 5 di Pisa. Infatti, il tasso depurato di parti cesarei è del 15,88 mentre quello grezzo è del 23,05. Tali risultati sono scaturiti grazie ad anni di intenso lavoro basato su due direttrici: le convinzioni e il metodo. Le convinzioni partono dall'osservazione della natura, come ben sottolinea Massimo Srebot che per anni ha diretto il reparto di ginecologia e ostetricia di pontedera.

«La fiducia che in natura si sono selezionati meccanismi anatomico-funzionali e comportamentali da permettere che il parto fosse un evento che nella stragrande maggioranza dei casi ha esito favorevole e che, quindi, la fisiologia vada rispettata, è stata la nostra linea guida. Tale presupposto ci ha permesso di valorizzare la figura dell'ostetrica con le sue capacità di "sostegno" necessarie ad accompagnare felicemente, nei casi fisiologici, le donne al parto e alla maternità. Inoltre, la consapevolezza che il taglio cesareo è un intervento chirurgico fondamentale dove necessario ma dannoso laddove non lo è, e che

dovrebbe statisticamente essere contenuto come indica l'Oms entro il 15-20% dei casi».

Il metodo per attuare tali principi ha visto la riorganizzazione dell'intero servizio, che ha coinvolto anche l'integrazione del percorso nascita sul territorio. Quattro sono i punti principali. La distinzione tra gravidanze e parti fisiologici rispetto a quelli a rischio, con percorsi definiti e l'affidamento alle ostetriche delle gravidanze fisiologiche. L'integrazione tra le diverse professionalità ostetrica e medica, con valorizzazione degli specifici ruoli: capacità di sostegno e sorveglianza nella fisiologia con pronto

riconoscimento della patologia da una parte e pronta capacità a gestire la patologia dall'altra. Ambienti ospedalieri sicuri, ma che abbiano un aspetto "più confortevole". Il confronto continuo tra operatori sull'andamento di tutti i parti, e in particolare dei cesarei, in modo da condividere le esperienze nell'ottica di una crescita professionale. Alla base di tutto la valorizzazione del sentire della donna, soggetto dell'evento gravidanza e nascita.

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

SIENA

Tra Nottola e Campostaggia l'agopuntura assiste il travaglio

La politica dei punti nascita dei due ospedali territoriali della Usl 7 di Siena, Nottola e Campostaggia, che insieme raccolgono la maggior parte delle richieste di assistenza al parto delle future madri della provincia di Siena, è stata da sempre quella di favorire il parto naturale ampliando anche lo spettro delle possibilità, come il parto dolce in acqua o attraverso il controllo del dolore con anestesia epidurale e non ultima, la sperimentazione dell'agopuntura nel controllo del dolore durante il travaglio di parto. I dati statistici riferiti al 2009, attestano il dato Ntvs (Nullipar terminal single vertex) dei cesarei che riguarda le donne dai 14 ai 49 anni (depurato di tutte quelle casistiche che potrebbero richiedere un cesareo di elezione) a Campostaggia al 17,69%, mentre a Nottola al 19,50 per cento.

Il valore totale di riferimento aziendale, è del 18,39%, valore, questo, che al 30 settembre di quest'anno risulta in netto calo, registrando il 17,38% di cesarei a dimostrazione dell'impegno a ridurre questo tipo di interventi solo nei casi in cui sono effettivamente necessari o espressamente richiesti. In effetti, su questo ultimo

aspetto, molto in passato dipendeva dalle informazioni che le partorienti avevano. Grazie all'attenzione maggiore che ostetriche e ginecologi danno a questo tipo di informazioni nei corsi di preparazione al parto, nelle varie fasi di incontri del percorso nascita e non ultimo nell'assistenza al travaglio, molte donne scelgono un parto vaginale.

La sensibilizzazione è alimentata da corsi che molto riguardano il benessere fetale in travaglio

di parto e che sono proprio orientati al miglioramento dell'assistenza, non ultimo quello organizzato a livello regionale a cui hanno partecipato tutti i professionisti della Usl

Dal 2011 anche i rimedi naturali cinesi nell'analgia

7. Nell'ambito delle novità in questo settore della clinica ostetrico-ginecologica, all'ospedale di Nottola dal 2011 si sperimenta, insieme ad altri quattro nosocomi della Regione Toscana, la Mtc (Medicina tradizionale cinese) per il controllo del dolore al momento del parto, altra tecnica che affianca il parto naturale e che coinvolge il personale dell'Ostetricia e ginecologia e dell'Anestesia.

Roberta Caldesi
Ufficio stampa Asl 7 Siena

LUCCA

L'ostetricia di Campo di Marte è il fiore all'occhiello della Asl 2

L'Azienda Usl 2 di Lucca ha ottenuto recentemente un altro importante riconoscimento per i suoi percorsi. L'ospedale di Lucca è stato infatti premiato con 3 bollini, il massimo previsto, nell'ambito dell'iniziativa promossa da Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) per far emergere le strutture più attente alle esigenze femminili. I tre bollini sono stati assegnati ad appena 51 ospedali a livello nazionale, soltanto 10 nel centro Italia, e il Campo di Marte rientra tra queste strutture "a misura di donna".

«Si tratta - evidenzia il Direttore generale dell'Azienda Usl 2 Oreste Tavanti - di un riconoscimento importante: non è un semplice attestato o una targa, ma la certificazione di un percorso di qualità. Questo significativo risultato è stato ottenuto grazie alle competenze acquisite, alla disponibilità e all'impegno di tutto il nostro personale e in particolare, ovviamente, di quello del reparto di Ostetricia e Ginecologia».

La classifica è stata curata da una commissione, che ha valutato gli ospedali di tutta Italia fra i criteri di valutazione per l'assegnazione dei bollini (da uno a tre) si è tenuto conto non soltanto

dell'esistenza in ospedale di unità operative che curano specifiche patologie femminili, ma anche della presenza di donne nella nostra organizzazione, fino ai più alti incarichi di responsabilità, e della produzione di ricerche su patologie femminili pubblicate nella letteratura scientifica.

Questa certificazione arriva dopo la designazione ufficiale a "Ospedale amico dei bambini", un riconoscimento internazionale, assegnato negli anni scorsi

all'ospedale di Lucca per aver rispettato "10 passi" redatti dall'Unicef/Oms in favore dell'allattamento al seno. Questa attestazione premia lo sforzo in atto, che impegna tut-

to il Dipartimento materno infantile dell'Azienda Usl 2 (Pediatrica, Ostetrica e Ginecologia). Inoltre l'Ospedale di Lucca è tra i pochi accreditati dall'Unicef ad avere al suo interno anche una Banca del Latte Umano, che permette di raccogliere ogni anno dalle mamme donatrici decine di litri di questo prezioso alimento, da utilizzare in seguito per quei bambini che ne hanno necessità.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

AREZZO

Cusa a colpi di protocolli e audit cercando l'equilibrio dei percorsi

Nell'Azienda sanitaria aretina, nel corso del 2009, si sono registrati 2.525 parti, così suddivisi nei tre punti nascita: 1.436 ad Arezzo, 747 in Valdarno e 342 in Casentino. Nel 27,29% dei casi (689) si è trattato di parti cesarei. Una percentuale sostanzialmente in linea con la media regionale e ben al di sotto di quella nazionale che è molto vicina al 38%. Ottimo il dato del presidio San Donato di Arezzo con una percentuale del 22,70% (326 cesarei su 1.436 parti), una tra le più basse della Toscana. Diversi, invece, i dati dei punti nascita di Bibbiena (38,89%, 133 su 342 parti) e Montevarchi (30,79%, 230 cesarei su 747 parti).

Questi dati fanno riferimento a ragioni di varia natura, ma è altrettanto evidente, per l'Azienda, la necessità di favorire un abbassamento del ricorso ai cesarei nei due plessi periferici di Bibbiena - dove comunque nel 2009 si è registrata una natalità pari a zero - e Montevarchi. A tal fine, accanto a un progetto per l'integrazione e l'inter-scambio dei professionisti operanti nei tre punti nascita, sono state promosse altre azioni orientate verso più fronti: nuovi proto-

colli e linee guida per l'individuazione delle gravidanze a rischio; maggiore coinvolgimento delle ostetriche nella gestione del parto fisiologico; revisione dei requisiti tecnico-organizzativi dei singoli punti nascita; miglioramento attraverso istituzioni sistematiche di Audit per i parti che presentano anomalie rispetto ai normali protocolli.

Inoltre, in Valdarno, sono stati istituiti due ambulatori specifici (gravidanze a medio rischio, a

termine, a basso rischio, gestito dal personale ostetrico) mentre le gravidanze ad alto rischio vengono dirottate su altri ospedali con requisiti tecnici e organizzativi

più elevati. Analogamente, in Casentino le gravidanze a rischio (sia medio, che elevato) vengono trasferite direttamente ad Arezzo, mentre sono mantenute in zona esclusivamente quelle a termine. Sempre a Bibbiena, l'équipe ostetrico ginecologica ha avviato una sperimentazione per la revisione critica delle cartelle cliniche relative ai parti effettuati nel mese precedente.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IN BREVE

VIAREGGIO

Il 13 ottobre si è svolta la Conferenza dei Servizi della Ausl 12. Tema principale, la Società della Salute, costituita in Versilia con deliberazione della Conferenza di sindaci del dicembre 2009. Attraverso la puntuale analisi dei determinanti di salute, è emerso quanto la necessità di sinergie diventi indispensabile a fronte dell'incidenza del 50% degli stili di vita e dei fattori socio-economici, del 20% delle condizioni dell'ambiente, del 20% dell'eredità genetica e del 10% dei servizi sanitari sui risultati di salute. L'integrazione socio-sanitaria è lo strumento primario, necessario a garantire ai cittadini una maggiore appropriatezza, un maggior controllo della spesa e maggior coinvolgimento nei processi decisionali e di erogazione dei servizi.

PISTOIA

L'unità funzionale consultoriale di Pistoia ha organizzato presso il Consultorio centro donna un ciclo di nove incontri mensili dal titolo "Il dopo comincia prima": il primo si è svolto il 22 ottobre. Agli incontri partecipano i vari specialisti che proporranno una serie di temi di discussione da condividere con tutti coloro che iniziano il cammino della genitorialità. Verranno affrontati i temi della sessualità in gravidanza e delle modificazioni psicofisiche di questo periodo; le possibilità di tutela della coppia previste dalla legge, le eventuali difficoltà del concepimento e le problematiche della diagnosi prenatale; le competenze del feto e del neonato, la genitorialità nelle varie culture e nelle modalità della sua espressione ed evoluzione.

EMPOLI

C'è tempo fino al prossimo 15 dicembre per partecipare al rinnovo del Comitato di partecipazione e della Consulta del terzo settore, organismi di partecipazione della Società della salute di Empoli. Possono presentare la propria candidatura per entrare a far parte del Comitato tutti i rappresentanti della comunità locale espressione dell'utenza che usufruisce dei servizi della Società della salute di Empoli. Per la Consulta del terzo settore possono presentare candidatura tutte le organizzazioni di volontariato, gli organismi della cooperazione, le cooperative sociali, le organizzazioni non lucrative di utilità sociale, le associazioni ed enti di promozione sociale, le fondazioni, gli enti di patronato e i soggetti privati non a scopo di lucro.

CALENDARIO



27
ott.
2010

MASSA CARRARA

"A casa del malato psichiatrico, dall'agitazione psicomotoria al disturbo di attacco di panico" è il corso voluto dall'Asl I di Massa e Carrara come occasione di confronto tra medici di continuità assistenziale e altri operatori sul territorio. Per info: 0585657516, formazione@usl1.toscana.it



30
ott.
2010

PRATO

In occasione della IV° giornata nazionale prevenzione obesità infantile in programma a Prato il Convegno: "Corri verso la salute. Attività motoria e obesità". Temi sotto la lente, l'attività motoria in relazione all'età e il ruolo del Pediatra di famiglia nell'attività di prevenzione. Per info: 0574435751, ufap@usl4.toscana.it



31
ott.
2010

AREZZO

Si terrà all'Auditorium "Arnaldo Pieraccini" dell'Ospedale San Donato il 13° Convegno di aggiornamento in nefrologia e dialisi. Argomenti in agenda, intensità delle cure in nefrologia e dialisi, aspetti nutrizionali, disturbi dell'equilibrio idro-elettrolitico e acido-base e futuro della dialisi. Per info: 0575255512, gianluca.lucchetti@usl8.toscana.it

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



Ottobre 2010
un mese straordinario
nelle biblioteche
della Toscana



**Tipi da
Biblioteca?**



**Tipi da
Biblioteca**

**Ottobre
piovono
libri**



www.tipidabiblioteca.it



ottobre
Piovano libri 2010
i luoghi della lettura