

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. 41
anno XV del 6-12 novembre 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

«Soddisfatto»
vuol dire anche
ben curato

di Sabina Nuti *

Perché è importante ascoltare il paziente per raccogliere informazioni sui servizi sanitari erogati? Per moltissime ragioni. La sfida non è tanto raccogliere il parere dell'utente per misurare il grado di soddisfazione per il servizio ricevuto quanto in primo luogo capire se, grazie alle cure ricevute, il paziente "si sente meglio". L'indagine svolta per i pazienti cronici coinvolti nel progetto Sanità d'iniziativa della Regione Toscana verifica sia come si è svolto il servizio attraverso gli occhi dell'utente sia, per la prima volta, se il paziente giudica di aver avuto un beneficio dal servizio ricevuto, ossia se gli "esiti" sono stati positivi.

Negli ultimi dieci anni molti studi svolti soprattutto all'estero sottolineano la necessità di misurare l'efficacia delle cure mediante il giudizio del paziente stesso. Assai nota l'esperienza fatta dai ricercatori di Oxford circa dieci anni fa che iniziarono a verificare l'efficacia dell'intervento di artroprotesi dell'anca mediante un questionario somministrato ai pazienti degli ospedali inglesi dopo sei mesi e dopo un anno dall'intervento. Nel questionario si chiedeva ai pazienti se erano in grado di compiere operazioni fondamentali nella vita quotidiana come allacciarsi le scarpe o fare le scale e come si sentivano complessivamente.

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

Sondaggio tra 6.500 pazienti sui vantaggi del Chronic care model

Sanità d'iniziativa a pieni voti

Più informazione ed empowerment con la presa in carico da parte del team

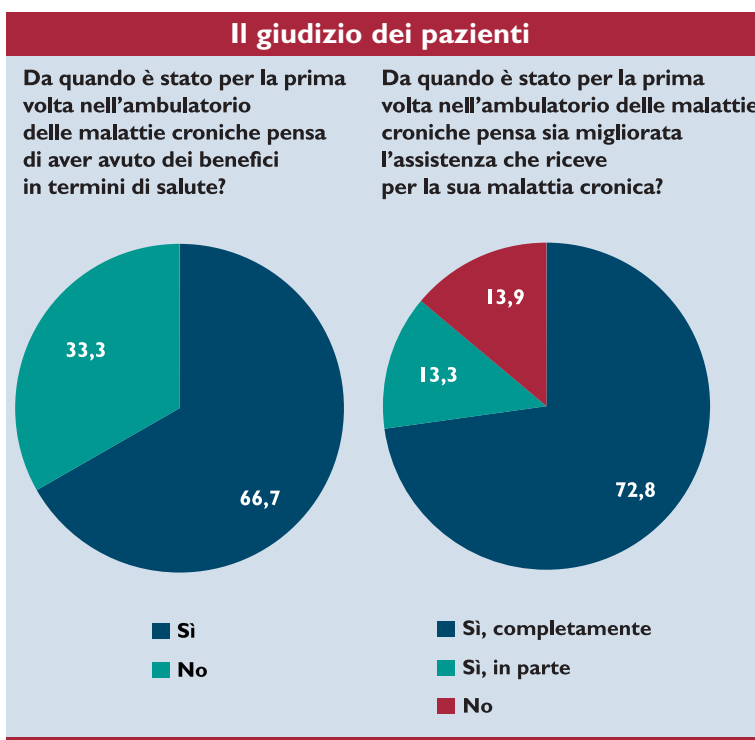
A un anno e mezzo dall'avvio della fase pilota nel processo di implementazione della "Sanità di iniziativa" in Toscana, un campione di utenti diabetici e scompensati ha risposto al questionario costruito dai ricercatori del laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa con il supporto di un panel di esperti a livello nazionale e internazionale e approvato dalla Commissione regionale Cormas. L'indagine sull'esperienza dei pazienti, condotta tra febbraio e luglio 2012, ha permesso di monitorare attraverso il vissuto del paziente alcuni elementi chiave del Chronic care model (Ccm), in termini di processo e di outcome.

I circa 6.500 pazienti che hanno partecipato alla rilevazione sono stati selezionati in modo casuale dalle liste degli assistiti presi in carico dai medici di famiglia. Mmg che tra giugno e ottobre 2010 hanno aderito per primi al progetto della Regione su un nuovo modello assistenziale per i pazienti cronici, che segna il passaggio da una Sanità di attesa a una Sanità di iniziativa.

I pazienti hanno risposto a quesiti sulle informazioni ricevute durante le visite di follow up per poter meglio controllare e gestire la propria malattia cronica, sulle procedure attivate dal team del modulo (medico di famiglia, infermiere e operatore socio-sanitario) per monitorare lo stato di salute dei pazienti stessi e sugli effetti che questo tipo di presa in carico ha prodotto in termini di qualità dell'assistenza, di salute e di empowerment.

La fiducia nel proprio medico di famiglia costituisce la prima ragione per cui i pazienti accettano di essere assistiti secondo il Ccm, e a questa si aggiunge il desiderio di avere un punto di riferimento nella gestione della malattia cronica. La presa in carico è dunque riconosciuta dai pazienti come un elemento cruciale dell'assistenza.

Le risposte ottenute dai pazienti confermano l'introduzione nelle visite di controllo di momenti di informazione da parte degli infermieri del team su temi quali: una sana alimentazione (93%), attività fisica (94%), consumo



di alcolici (91%) e fumo (87%). E sono ben 2 su 3 i pazienti che, da quando sono in carico ai moduli della Sanità di iniziativa, si ritengono più informati sulla propria malattia. Questa proporzione aumenta tra i pazienti che da meno tempo sono affetti da cronicità.

Durante gli incontri i pazienti ricevono anche informazioni su come monitorare la malattia (80%) e questo ha un impatto positivo sul 63% dei pazienti che ora si sente più autonomo nella gestione della propria malattia a casa.

Un'altissima percentuale di pazienti (88%) ha totale fiducia nell'infermiere del team che effettua i follow up e solo alcuni (9%) sentono il bisogno di chiedere conferma e spiegazioni al medico di famiglia. Inoltre, la quasi totalità (90%) ha una percezione positiva del modo di lavorare insieme del medico di famiglia e dell'infermiere. Questo risultato mostra come il paziente stia rispondendo positivamente al cambiamento organizzativo, e al tempo stesso culturale, posto in atto dalla Regione Toscana con la Sanità di iniziativa.

Rispetto alla presa in carico da parte del team allargato allo specialista, i dati individuano alcuni margini di miglioramento nell'organizzazione del processo (prenotazione delle visite) e nella continuità informativa (se il medico di famiglia o l'infermiere chiedono al paziente informazioni sulla visita specialistica).

Per finire, quanto emerso dalla rilevazione permette di avere le prime conferme sull'efficacia della Sanità di iniziativa in Toscana, con un importantissimo risultato di outcome: il 67% dei pazienti intervistati dichiara infatti di aver riscontrato dei benefici sul proprio stato di salute da quando sono iniziate le visite di controllo. Dichiarando inoltre un miglioramento complessivo nell'assistenza (86%) i pazienti promuovono l'approccio assistenziale introdotto con la Sanità di iniziativa!

Anna Maria Murante
Assegnata di Ricerca del Laboratorio Mes, Istituto di management, Scuola Superiore Sant'Anna

OBIETTIVO INCLUSIONE

Un ponte contro le barriere della sordità

Iniziativa Ens-Regione per facilitare il dialogo tra persone sorde ed enti pubblici

L'Ente nazionale sordomuti - Consiglio regionale toscano - Onlus e la Regione Toscana collaboreranno per realizzare un sistema integrato di azioni, e sviluppare quelle già in parte realizzate e avviate, con l'obiettivo di facilitare la comunicazione fra le persone sordomute e gli enti, le istituzioni, gli uffici pubblici e privati e la comunità locale in senso lato.

Con l'approvazione dell'accordo - Dgr 927 del 2012 - e con la definizione dei reciproci impegni e collaborazioni si vuole incrementare il servizio di Segretariato sociale per una maggiore e più qualificata funzionalità delle strutture dell'Ens presenti sul territorio toscano, ma anche promuovere e attivare una serie di progetti tesi a sensibilizzare gli enti e i cittadini toscani nei confronti delle problematiche relative alla sordità, accompagnati da azioni volte a includere la comunità delle persone sorde all'interno della società toscana, facilitando sempre più l'abbattimento delle barriere comunicative. Tra gli obiettivi anche quello di garantire il funzionamento del servizio "Ponte telefono" tra sordi e udenti che consente un'assistenza di 24 ore su 24 alle persone sorde di tutta la Toscana rendendo loro concretamente possibile comunicare "autonomamente" con l'intera Comunità.

CONTROCANTO

Resta da risolvere il nodo delle strutture
di Vittorio Boscherini *

Non c'è dubbio che la decisione dei Medici di Medicina Generale toscani di passare dalla medicina d'attesa a quella d'iniziativa nella gestione delle cronicità sia quella giusta per molteplici motivazioni, ma soprattutto perché migliora la qualità dell'assistenza erogata con la piena soddisfazione degli utenti.

Facciamo bene quindi a difendere l'accordo stipulato nel 2008 fra la Fimmg e la Regione Toscana sulla medicina d'iniziativa e a rivendicarne la piena applicazione. I risultati sono stati ottenuti, ora dobbiamo verificare, alla luce dell'esperienza di questa fase sperimentale, quali sono

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Trasfusioni, recepite linee nazionali

La giunta ha recepito l'accordo del 13 ottobre 2011 (della legge 21 ottobre 2005, n. 219 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano) sul documento "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento (Src) per le attività trasfusionali". Il documento arriva per garantire l'uniformità sul territorio nazionale dello svolgimento delle attività di programmazione, coordinamento, controllo tecnico-scientifico e monitoraggio in materia trasfusionale, nel rispetto dell'autonomia regionale nella programmazione e organizzazione delle attività sanitarie. (Delibera n. 849 del 24/09/2012)

Metodo ltt su oncologia di qualità

La Regione ha approvato la metodologia individuata dall'Istituto toscano tumori finalizzata al monitoraggio dell'attuazione delle attività per il raggiungimento e il mantenimento dei livelli di qualità richiesti per il miglior trattamento della patologia oncologica. L'Istituto toscano tumori produrrà 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 proporrà, a fronte di eventuali criticità rilevate, azioni di miglioramento mirate. (Delibera n. 861 del 01/10/2012)

ALL'INTERNO

Alcol, guida anti abuso

A PAG. 3

Diabete, le cure in gravidanza

A PAG. 4-5

Livorno: referti affidati al totem

A PAG. 7

FORMAZIONE Al via i corsi sulle tecniche di rianimazione negli istituti penitenziari regionali



Rianimare dietro le sbarre

Esercitazioni sull'infarto del miocardio svolte nell'ambito del 118

La Regione Toscana con la Dgr n. 441 "Qualità della salute dei cittadini detenuti: Linee d'intervento prioritarie per il biennio 2011-2012", al punto 5 prevede corsi di "formazione professionale su tecniche di rianimazione, destinati agli operatori sanitari e al personale di polizia penitenziaria che opera negli istituti penitenziari ed eventualmente ad alcuni detenuti".

Il Settore residenzialità territoriale cure intermedie e protezione sociale, la cui responsabile è Barbara Trambusti, ha proposto un "pacchetto" di eventi formativi destinati ai detenuti, al personale sanitario e al personale di custodia delle carceri della Regione approvati con delibera di Giunta n. 1233 del 27/12/2011.

All'interno di questo pacchetto l'organizzazione del corso sulle tecniche di rianimazione cardio-respiratoria di base (Bls-D) e avanzata (Acls) è stata affidata alle singole Aziende Usl.

Per quanto riguarda l'Azienda Usl 5 di Pisa la segreteria scientifica del Servizio 118 ha messo in atto un corso specifico per il personale medico dei presidi sanitari delle carceri di Pisa (compreso il personale medico del Centro clinico), Volterra e Lucca dal titolo "Algoritmi delle Emergenze Cardiologiche e Rianimazione Cardio-Polmonare" della durata di due giorni (16 ore complessive).

Visto il cospicuo numero di partecipanti sono state realizzate due edizioni (rispettivamente nei giorni 19-20 e 26-27 settembre).

La Regione Toscana sta mettendo in atto il programma formativo per lo sviluppo continuo della salute in carcere. L'obiettivo della Formazione professionale (in base al punto 5 della Dgr 441/2011) che prevede la progettazione e l'organizzazione di interventi destinati ai detenuti, al personale sanitario e a quello dell'amministrazione penitenziaria (polizia penitenziaria, educatori, assistenti sociali), attuato attraverso la Dgr 1233/2011 vede a oggi la realizzazione dei Corsi sulle tecniche di rianimazione e del Modulo formativo sul rischio suicidario e sugli ambiti caratterizzanti il sistema minorile.

Il corso è stato incluso nel contesto del Sistema di emergenza 118 pisano che ha come percorso specifico la rete dell'Ima (Infarto miocardico acuto), la quale prevede la più veloce centralizzazione possibile del paziente colpito da tale patologia. Viste le peculiarità del sistema penitenziario, si è ritenuto

fondamentale migliorare le conoscenze in Cardiologia per poter far fronte direttamente (già all'interno dell'infermeria del carcere, delle sezioni o delle celle) a situazioni di arresto cardiaco e di peri-arresto, nell'attesa dei mezzi avanzati di soccorso. È stato altresì importante rinfrescare le cono-

scenze pratiche di rianimazione cardio-polmonare e di gestione avanzata delle vie aeree.

Il corso è stato gestito da istruttori qualificati che, dopo aver presentato le linee guida più recenti sull'uso dei farmaci e sulla modalità di attuazione delle manovre rianimatorie, con poca teoria e molta pratica, attraverso simulazioni effettuate dai discenti su sofisticati manichini, i docenti sono riusciti a far apprendere le manovre e l'utilizzo di particolari attrezzature, come il defibrillatore semi-automatico e manuale, importanti per la rianimazione di pazienti in fibrillazione ventricolare e tachicardia ventricolare senza polso, soprattutto nei primi minuti dell'arresto. Di particolare importanza le tecniche di intubazione oro-tracheale sia con il classico la-

ringoscopia a lama che con strumenti molto più semplici e moderni; anche il sanitario che non effettua quotidianamente tali manovre è reso capace di intubare il paziente per poterlo ventilare in sicurezza. La chiarezza, praticità e semplicità delle spiegazioni hanno fatto sì che una materia così complessa venisse "digerita" senza problemi dai presenti che, potendo mettere in pratica gli insegnamenti ricevuti, hanno acquisito sicurezza e padronanza delle tecniche necessarie a un'adeguata rianimazione cardio-polmonare corredata da supporto farmacologico ed elettromedicale.

Valerio Cellesi
Responsabile
del presidio sanitario
presso la casa di reclusione
di Volterra Azienda Usl 5

RISCHIO SUICIDARIO NEGLI ISTITUTI MINORILI

Suicidi e detenzione, aiuti ai minori

Alta è l'attenzione che la Toscana sta mantenendo verso i minori sottoposti al procedimento penale: l'obiettivo di tutelare la salute dei ragazzi che, durante il loro naturale e delicato processo di crescita, entrano nel circuito penale, rappresenta una priorità della Giunta regionale. La collaborazione stabilita con il Centro per la giustizia minorile e le aziende sanitarie è un esempio virtuoso di collaborazione istituzionale e costituisce un punto di forza per affrontare correttamente i bisogni educativi e di salute di una fascia di popolazione tanto importante quanto fragile. Lavorando tutti insieme, senza contrapposizioni, in sinergia, gli operatori del Sistema sanitario regionale e gli operatori del Servizio penale minorile, stanno seguendo la strada maestra per fronteggiare e gestire le problematiche legate alla detenzione dei giovani che hanno commesso reati.

Insieme è stata anche promossa e progettata la formazione del personale per la gestione delle situazioni che si verificano negli istituti minorili e che determinano il rischio di autolesionismo e di suicidio. Nella valutazione dei fattori di rischio per garantire e tutelare la salute dei minori sottoposti a procedimento penale non si

può prescindere dal considerare che un soggetto minore entra nel circuito penale durante un naturale e di per sé fragile processo di crescita. Alla base della progettazione svolta in un assiduo confronto e lavoro comune tra le diverse istituzioni coinvolte sono state messe in luce le cause sociali, antropologiche e psicopatologiche che possono indurre fenomeni di devianza nell'adolescente.

Questa collaborazione interistituzionale ha permesso di costruire - insieme - un progetto di formazione del personale per la gestione di situazioni di rischio negli istituti minorili, e fattori che possono determinare autolesionismo e suicidio. L'organizzazione del corso «Rischio suicidario e ambiti caratterizzanti del sistema minorile» è curata dall'Agenzia per la formazione dell'Azienda Usl 11 di Empoli, con il supporto della Regione e del Centro di giustizia minorile della Toscana e Umbria e con il coinvolgimento preventivo dei docenti nell'individuazione delle tematiche da affrontare. La formazione, sviluppata nell'arco di sei giornate, vede quattro giornate iniziali

di approfondimento "teorico" e due giornate conclusive orientate allo studio di casi e a individuare proposte di linee guida condivise. L'obiettivo sostanziale è offrire strumenti nuovi agli operatori, generare un diverso punto di vista, ampliare le conoscenze e, sulla base di questo nuovo approccio, sviluppare nuove risposte rispetto a quelle solitamente messe in campo, non sempre adeguate rispetto ai minori con cui ci si confronta. Il programma di formazione è destinato al personale che opera nei due istituti penitenziari minorili della Regione: quello maschile di Firenze e quello femminile di Pontremoli.

Il corso affronta la problematica del rischio suicidario. Al centro di questa problematica è stata individuata l'esigenza di affrontare le modalità di relazione tra operatori e ragazzi nell'ambiente dell'Istituto penale minorile (con implicazioni date dal contesto che si sommano alla normale complessità del rapporto adulto/adolescente). La situazione relazionale si complica nel caso di minori immigrati (questo un secondo sostanziale punto su cui si focalizza il

corso sul rischio suicidario) che si portano dietro un bagaglio di esperienze spesso aggravato da un continuo confronto tra la cultura di origine e la realtà di un paese "altro" e "distante" rispetto a ciò che è conosciuto. I docenti infatti indagano da un lato la complessità che caratterizza - in genere - i minori adolescenti, parallelamente viene posta attenzione sull'ulteriore complessità di relazione con ragazzi stranieri che negli ultimi anni transitano per i servizi della giustizia minorile in numero sempre più consistente. Al corso, come detto, prendono parte le diverse professionalità che si occupano dei ragazzi e delle ragazze presenti negli istituti toscani. Importante è il confronto tra le esperienze comuni, ma di diversa provenienza (per fare un solo esempio esiste una differenza di genere dei due istituti, che implica di per sé necessità relazionali specifiche).

Laura Giglioni
Maria Rita Caciolli
Settore Residenzialità
Cure intermedie e protezione sociale
Direzione generale
Diritti di Cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

state le criticità e su queste apportare tutte le variazioni necessarie per andare avanti. Il problema delle strutture nelle quali operano i team assistenziali è quello più importante che debba essere affrontato e risolto. Tali strutture devono coincidere con i punti d'erogazione delle prestazioni della medicina generale che spesso non sono idonee ad accogliere tutti i componenti del team, occorre quindi applicare il contratto della medicina generale, definire al più presto l'accordo integrativo con la Regione Toscana e applicare quanto è previsto su questo dal decreto del ministro Balduzzi. Dobbiamo superare la gestione per patologie e arrivare alla gestione del paziente affetto da cronicità. Alla fine

dell'anno in corso circa il 40% dei cittadini toscani sarà assistito da medici che sono passati alla medicina d'iniziativa, che hanno a disposizione percorsi assistenziali ad hoc, la collaborazione di personale infermieristico che eroga, esente ticket, diagnostica di primo livello, come Ecg, spirometrie, dosaggi di Inr mentre il 60% della popolazione non ne usufruisce. Dobbiamo estendere a tutti i Medici di medicina generale la medicina d'iniziativa e il Chronic Care Model. È impensabile continuare a impiegare la Ca in attività che non hanno più impatti assistenziali e che spesso soddisfano solo bisogni consumistici. Si deve invece impiegare la continuità assistenziale in tutte quelle attività che, per

effetto dello spostamento della gestione di alcune patologie dagli ospedali al territorio, si stanno ipertrofizzando, come l'assistenza agli oncologici o le cure intermedie, e che vanno inserite nei team assistenziali delle cronicità.

I tagli ai finanziamenti del Sst imposti dal governo ci impongono anche un'ulteriore scelta e non possiamo, con finanziamenti non più sufficienti, arruolare tutti i pazienti a rischio ma dobbiamo polarizzare la nostra attenzione in modo peculiare su quel campione di popolazione che ha più necessità d'assistenza e che fa troppo ricorso alle cure ospedaliere.

* Segretario Regionale Fimmg

«Soddisfatto» vuol dire... (segue dalla prima pagina)

te. Grazie a questo metodo fu possibile valutare la performance dei centri chirurgici inglesi per questa tipologia di prestazioni chirurgiche. Il metodo è ora utilizzato in altri Paesi quali l'Olanda, l'Australia e la Svezia. In molti casi, misurare la probabilità di morte per valutare l'esito delle prestazioni non è significativo perché la morte risulta un evento raro, mentre i pazienti stessi possono dare indicazioni precise sull'efficacia delle cure riportando il loro stato di salute e la capacità di recupero.

Coinvolgere e tener conto del punto di vista del paziente è il primo obiettivo per una Sanità che dichiara di mettere l'utente al centro del sistema. Questo sforzo deve essere fatto sistematicamente per ogni tipologia di

servizio erogato soprattutto nella fase di sperimentazione, per essere certi di seguire la strada corretta che porti al risultato atteso. E deve essere fatto con metodologie scientifiche rigorose che permettano di rappresentare effettivamente la popolazione coinvolta. Questo tipo di indagini non può essere sostituito da comitati di partecipazione o dal ruolo delle associazioni dei pazienti. Queste svolgono un ruolo importante per discutere con le direzioni aziendali e i policy maker le strategie da adottare per migliorare i servizi, ma l'ultima parola spetta alla valutazione dei cittadini. Tutti rappresentati.

Direttore Laboratorio Mes
Scuola superiore Sant'Anna

SSR AI RAGGI X Un manuale agile per comunicare il fenomeno dell'abuso alcolico

Alcol, guida all'uso «sicuro»



Il modello scelto è il programma ministeriale «Guadagnare salute»

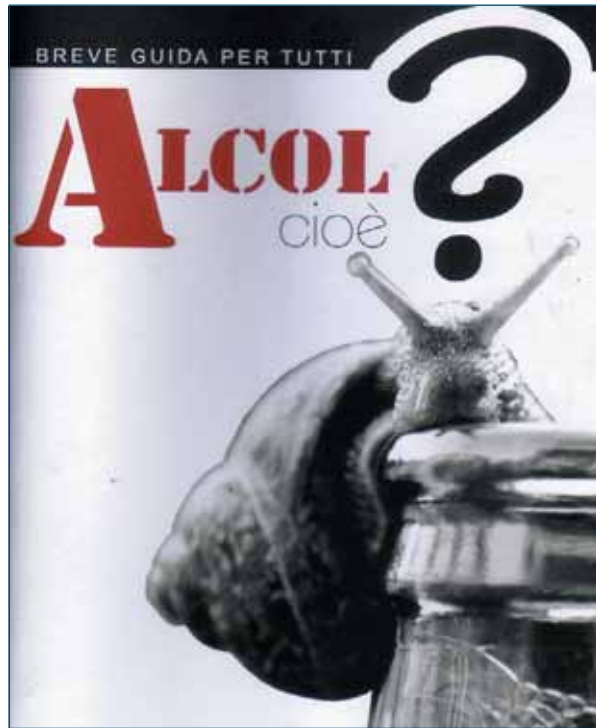
I fenomeni dell'abuso alcolico, della dipendenza dall'alcol e degli incidenti alcol-correlati rappresentano una delle maggiori cause di problematiche socio-sanitarie nella nostra società, sia in riferimento alla persona che alla famiglia. L'alcol risulta, infatti, il terzo fattore di rischio, per la popolazione europea, di incorrere in malattie o morti premature, preceduto solo da tabacco e ipertensione (Oms 2002).

Nonostante la realizzazione di strategie programmatiche, si sono sviluppate nuove modalità di consumo di bevande alcoliche, importate soprattutto da Paesi del Nord Europa, che hanno interessato in particolare la popolazione giovanile. Anche nei giovani italiani, infatti, si constata l'abbassamento progressivo dell'età del consumo e l'emergere di nuovi comportamenti più tipici del cosiddetto "bere anglosassone".

La promozione della salute per essere efficace deve coinvolgere molteplici attori in un'ottica multidimensionale.

Non solo, dunque, i giovani come destinatari delle azioni preventive, ma anche il mondo adulto con messaggi chiari e coerenti che vadano nella direzione di quanto proposto dal documento «Guadagnare Salute» riguardo agli stili di vita salutari. «Alcol, cioè?» va proprio in questa direzione, e con uno stile leggero e accattivante, lontano da allarmismi e proibizionismo, riesce nel difficile obiettivo di rendere accessibili e piacevoli anche le informazioni più "tecniche". Si tratta di una guida, una lettura scorrevole e interessante in cui l'attenzione messa dagli autori (Guido Intaschi, medico psichiatra, responsabile Sert dell'Asl 12 di Viareggio ed Emanuele Palagi, psicologo, psicoterapeuta) suggerisce strategie "pratiche" per genitori, organizzatori di eventi e per tutti noi, rende questa guida un'importante occasione di confronto e riflessione.

Interessante anche il tentativo (riuscito) di inserire il tema del consumo nel più ampio concetto di stile di vita, nella direzione suggerita dal pro-



La guida «Alcol, cioè?»

gramma del ministero «Guadagnare Salute». Che cos'è l'alcol? Quali i rischi del suo con-

sumo? Come fare per combattere il rischio di abuso e incidenti stradali? Come prevenire

comportamenti a rischio e fare scelte più salutari? Sono solo alcune delle domande affrontate in questo opuscolo. L'obiettivo era, ed è, quello di realizzare un piccolo manuale che affronti in modo accattivante e accessibile il tema dei problemi alcol-correlati. È rivolto a tutti perché il consumo di bevande alcoliche è transgenerazionale, i dati lo confermano, e perché la diminuzione dei consumi dipende davvero dall'impegno di ognuno di noi: dai giovani ai genitori, passando per gli educatori, insegnanti, organizzatori di eventi e mondo adulto più in generale.

Una guida semplice per trasmettere informazioni corrette da un punto di vista scientifico in modo leggero, mescolando il "sapere" acquisito in tanti anni di esperienza professionale con il "sapere", gradevole, di una grafica informale. La promozione della salute richiede infatti una comunicazione continua fra mondo giovanile e mondo adulto di riferimento, che attualmente spesso sembrano parlare lingue diverse. Un tentativo di facilitare questa co-

municazione difficile. Le parole chiave della pubblicazione possono essere così sintetizzate: Corrette informazioni, modelli coerenti fra il dire e il fare, accessibilità di linguaggi, intersettorialità fra mondi diversi (Sanità, sport, tempo libero ecc.), ricerca di sano divertimento, consapevolezza dei rischi, sobrietà, responsabilità (specie del mondo adulto).

Per perseguire l'obiettivo di uno stile leggero e accattivante preziosa è stata la collaborazione con Alberto Silva, responsabile della promozione salute della Asl di Empoli, ma anche un ottimo illustratore a cui è stato chiesto di inventare qualcosa per rendere piacevole la lettura dell'opuscolo. È nata così l'idea della storia parallela dei paperi che a loro modo "lottano" con gli stili di vita scorretti per evitare di diventare "fois gras". Un modo simpatico per mettere l'accento sull'importanza di compiere scelte salutari.

a cura di
Stefano Pasquucci
Ufficio stampa Asl 12 Viareggio

PARTE LA CAMPAGNA INFORMATIVA DELLA PROVINCIA DI LUCCA «SCEGLI DI VIVERE. SCEGLI DI PARLARE»

«Scegli di vivere. Scegli di parlare» è il titolo della campagna informativa messa a punto dalla Provincia di Lucca, nell'ambito del protocollo per la promozione di strategie finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza di genere.

Presentata in anteprima a Palazzo Ducale a Lucca dall'assessore provinciale alle Pari opportunità, Federica Maineri, dalla dirigente del Servizio politiche giovanili, sociali, sportive e politiche di genere della Provincia, Rosana Sebastiani, alla presenza dei rappresentanti delle Asl 2 di Lucca e 12 di Viareggio, delle associazioni che operano in questo ambito e del progetto «Codice Rosa», la campagna - realizzata da Alessandro Sesti - vuole essere uno strumento a disposizione di tutte le donne per poter individuare in tempi rapidi degli interlocutori sicuri a cui chiedere aiuto.

«Il lavoro di rete effettuato attuando il protocollo firmato anche dalla Provincia - spiega l'assessore provinciale Federica Maineri - ha dimostrato l'importanza di sapere a chi ci si deve rivolgere. Chi è vittima di violenza, nel momento in cui trova il corag-

Violenza contro le donne: riflettori accesi

| I punti di riferimento in Versilia | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Progetto "Codice Rosa" | Pronto soccorso Ospedale Versilia Lido di Camaiore, tel.: 0584/6055262 |
| Pronto soccorso Ospedale Versilia | Lido di Camaiore, tel.: 0584/6055262 |
| Consultorio Distretto Tabarracci | Tel.: 340/4209340 Orario dal lunedì al venerdì 9:00-13:00 |
| Centro antiviolenza "L'una per l'altra" Casa delle Donne | Viareggio, tel.: 800 614822 (segreteria attiva h24) |
| Sportello di ascolto "Donne per le Donne" Associazione Croce Verde | Forte dei Marmi, tel.: 800 099114 (attivo h24) |

gio di chiedere aiuto, deve trovare, dall'altra parte, persone competenti che le sappiano dare delle risposte, altrimenti il vero rischio è che, fatto un tentativo, non si rivolgerà più a nessuno. Questa campagna informativa nasce dall'esperienza e punta i riflettori proprio sulla conoscenza delle realtà del territorio».

La campagna informativa - finanziata dalla Regione Toscana nell'ambito dell'accordo di

genere - è fatta di depliant, adesivi e locandine che indicano "semplicemente" gli indirizzi ai quali rivolgersi, ma dietro ai quali vi è tutto quell'insieme di persone che lavora a supporto delle donne che hanno subito violenza. Inoltre, in occasione della giornata contro la violenza sulle donne, anche i sacchetti del pane riporteranno le immagini e le informazioni di questa campagna.

Si tratta di un'azione che rientra nell'attività prevista dal protocollo siglato da enti e forze dell'ordine e che si pone l'obiettivo di elaborare, attivare e verificare un piano di interventi integrato a livello zonale, per la prevenzione della violenza e per la tutela e cura dei soggetti - siano essi minori o donne - che hanno subito violenza. Oltre a incrementare e coordinare la raccolta dati sui fenomeni di violenza, si vogliono promuovere, infatti, la ricerca su cause, conseguenze, costi e la prevenzione della violenza, interventi formativi rivolti a tutti gli operatori di enti e istituzioni che aderiscono al protocollo e, appunto, campagne di informazione e di sensibilizzazione.

«Questa iniziativa dimostra - sottolinea Maineri - che la Provincia di Lucca è sempre più impegnata sul tema della violenza di genere e non solo in occasione di ricorrenze particolari come quella del 25 novembre, quando si celebra la giornata internazionale contro la violenza alle donne, ma ogni giorno di ogni mese dell'anno, attraverso progetti e azioni concrete».

ASSISTENZA PER I MALATI TERMINALI

Hospice in convenzione nella Rsa di Viareggio

Un servizio di "hospice" - assistenza sanitaria specialistica per malati terminali - convenzionato con l'azienda sanitaria locale è stato attivato all'interno della nuova residenza sanitaria assistenziale «Tabarracci» di Viareggio, entrata in funzione ai primi di settembre. Lo ha annunciato, nel corso della cerimonia inaugurale, il direttore generale dell'Asl Versilia, Giancarlo Sassoli. I vertici dell'azienda hanno deliberato l'autorizzazione per otto posti letto per le cure cosiddette palliative, entrate in funzione il 3 ottobre.

L'hospice è una struttura residenziale con le caratteristiche di "casa", che si configura come un servizio

socio-sanitario con elevata intensità assistenziale. Trova dunque una collocazione idonea all'interno della moderna Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) che sorge in uno dei padiglioni ristrutturati dell'ex ospedale «Tabarracci». Si viene così a dare una risposta alla richiesta di questi particolari servizi da parte di famiglie di malati che risiedono nel Comune di Viareggio, statisticamente numerosi. La Rsa viareggina ha una capienza complessiva di 60 posti letto ed è gestita dall'Asp, l'azienda speciale pluriservizi, ente strumentale del Comune di Viareggio, che si occupa anche di farmacie co-

muni, servizi sociali, refezione scolastica e cimiteri.

La residenza si articola su tre livelli e ha una capienza di 12 letti al piano terreno (di questi, otto sono destinati appunto all'hospice), 24 al primo piano e altri 24 al secondo. Al primo piano - già parzialmente occupato - trovano posto pazienti convenzionati. Il secondo piano sarà messo a disposizione di pazienti privati. La retta, in questo caso, è di 120 euro al giorno. Una tariffa competitiva, se si tiene conto delle caratteristiche della Rsa, quanto mai moderna e attrezzata, e caratterizzata da servizi a elevato standard qualitativo.

Dopo il taglio del nastro da parte del commissario prefettizio Domenico Mannino e la rituale benedizione, si sono succeduti gli interventi e i saluti del presidente dell'azienda speciale pluriservizi di Viareggio Mario Sergio Terrile, dello stesso Mannino, del direttore dell'Asl Sassoli, del vicepresidente della Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca Alessandro Bianchini, del presidente della IV commissione Sanità della Regione Toscana Marco Remaschi, del responsabile regionale del progetto Pius per il sociale, Mario Pasqualetti, del direttore Asp Marco Franciosi. È toccato poi al gruppo

dei progettisti (ingegneri Riccardo Raffaelli, Francesco Tomassi, Mauro Mannelli e Giacomo Ghinolfi) spiegare le caratteristiche del recupero edilizio.

L'intera operazione, compreso l'acquisto dell'edificio, la cui proprietà passerà così dall'Asl al Comune di Viareggio, assomma a 11 milioni di euro. Ha concluso la mattinata la ricercatrice Federica Ghiselli, illustrando il progetto di un volume - sarà curato dalla stessa Ghiselli e da Umberto Guidi - che ricostruirà la storia dell'ex ospedale «Tabarracci» inaugurato il 26 settembre 1920 (da qui la decisione di inaugurare la Rsa nella stessa data), come Ospedale «Umberto e Margherita».

DOCUMENTI

Approvato dalla Giunta il documento redatto dal Consiglio sanitario regionale su assistenza e monitoraggio durante la gravidanza



Diabete gestazionale, ecco il percorso da seguire

L'obiettivo è uniformare gli interventi per razionalizzare e rendere omogenea l'attività delle Asl e prevenire le complicanze

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Ecco il testo della delibera n. 898 approvata il 15 ottobre scorso, dal titolo "Percorso assistenziale e monitoraggio ostetrico del diabete gestazionale". Allegato alla delibera il documento messo a punto dal Consiglio sanitario regionale.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge regionale 25 febbraio 2005, n. 40, che all'art. 6 - "L'integrazione delle politiche sanitarie" - recita testualmente: «La Regione assume come finalità la promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori ambientali, economici e sociali che concorrono a determinare lo stato di benessere degli individui e della collettività; a tal fine, la Regione promuove il coordinamento delle politiche regionali settoriali e il loro orientamento anche al fine di perseguire obiettivi di salute»;

Visto il Piano nazionale della prevenzione (Pnp) che prevede che le Regioni declinino il proprio ruolo contribuendo attivamente alla determinazione delle linee strategiche e dando corso al lavoro previsto dal Pnp che include attività di prevenzione anche nell'area delle complicanze del diabete;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con delibera del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008, che nella definizione degli obiettivi di salute prevede, tra le grandi patologie, anche il diabete e la necessità di contrastarne le complicanze;

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 (Psr) 2006-2010 fino alla entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Psr 2011-2015;

Vista la proposta di Piano integrato socio-sanitario regionale (Pissr) 2012-2015 approvata dalla Giunta regionale con proposta di deliberazione al Cr n. 38 del 19/12/2012 che, per quanto riguarda la salute materno-infantile, ribadisce che la gravidanza, il parto e i primi anni della vita sono delle tappe fondamentali nello sviluppo umano e pertanto diventa fondamentale implementare tutte quelle azioni rivolte a migliorare la salute e a diminuire la mortalità materno-infantile e riconosce la necessità di curare costantemente

l'aggiornamento del protocollo assistenziale per la gravidanza fisiologica sotto il profilo degli accertamenti previsti alla luce della più recente letteratura e delle sperimentazioni attivate;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 920/2011 che approva il documento "Linee organizzative dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente con il diabete";

Preso atto delle attività della Commissione regionale per le attività diabetologiche istituita ai sensi dell'art. 2 della Lr 22 marzo 1999, n. 14 (Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito) con funzioni di programmazione e di coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione del diabete mellito;

Valutato opportuno fornire aggiornate raccomandazioni relativamente al percorso assistenziale per le donne in stato di gravidanza affette da diabete gestazionale alla luce delle nuove pubblicazioni in materia;

Visto il documento "Percorso assistenziale e monitoraggio ostetrico del diabete gestazionale" predisposto dal Consiglio sanitario regionale (Csr) e licenziato con parere n. 36/2012, riportato in allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Ritenuto di approvare il documento di cui al sopra citato allegato A;

Ritenuto di dare mandato alla competente struttura della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di mettere in atto tutte le procedure necessarie ad assicurare la diffusione delle raccomandazioni di cui all'allegato A;

Voti unanimi

Delibera

1. di approvare il documento "Percorso assistenziale e monitoraggio ostetrico del diabete gestazionale" predisposto dal Consiglio sanitario regionale, allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di dare mandato alla competente struttura della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di mettere in atto tutte le procedure necessarie ad assicurare la diffusione delle raccomandazioni di cui all'allegato A;

Il presente atto pubblicato integralmente sul Burt ai sensi dell'art. 5 comma 1 lett. e della Lr 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18, comma 2 della medesima Lr 23/2007.

ALLEGATO A

Percorso assistenziale monitoraggio ostetrico-metabolico del diabete gestazionale

1. Premessa

Il diabete gestazionale, definito come "intolleranza ai carboidrati di gravità variabile a insorgenza o primo riscontro in corso di gravidanza" è tra le più frequenti complicanze della gravidanza, interessando il 5-10% di tutte le gravidanze. Se non riconosciuto e adeguatamente trattato è associato a una elevata morbilità materno-fetale, legata soprattutto all'eccessiva crescita del feto. Il diabete gestazionale risulta inoltre importante, in quanto identifica soggetti a rischio di sviluppare il diabete tipo 2 e altre alterazioni metaboliche negli anni successivi al parto. Pertanto, un attento programma di follow-up di questa popolazione permette di svolgere un'efficace azione di prevenzione primaria del diabete mellito tipo 2.

Per l'elevata frequenza, perché può rimane-

re misconosciuto e perché un efficace intervento terapeutico è in grado di ridurre la morbilità materno-fetale legata a quest'affezione, il diabete gestazionale rientra già da tempo tra le patologie per cui è indicato l'esecuzione di uno screening diagnostico.

La Regione Toscana ha definito le modalità di screening e diagnosi di questa patologia, accogliendo le indicazioni riportate dalle "Linee Guida Gravidanza Fisiologica" (CeVeas-Iss-Sid-Amd) e inserendo tali procedure a totale carico del Servizio sanitario regionale.

In virtù di questo, le gestanti residenti nella nostra Regione possono eseguire lo screening liberamente, presso le strutture pubbliche o private accreditate.

Superata pertanto la disparità di procedure di screening e di diagnosi presenti per decenni anche nella nostra Regione, si rende ora impellente uniformare e definire le modalità di trattamento e monitoraggio del diabete gestazionale. Un'azione di coordinamento fra le varie strutture interessate sia a livello territoriale che ospedaliero, finalizzata all'ottimizzazione dell'assistenza del diabete gestazionale, consentirebbe di ridurre le complicanze precoci e tardive legate a questa patologia, con indubbi effetti sociali positivi e sicuro risparmio in termini di spesa sanitaria.

La Regione Toscana propone pertanto per il diabete gestazionale un "Percorso terapeutico assistenziale" (Pta) con l'obiettivo di razionalizzare e uniformare a livello delle varie Asl la gestione ostetrico-metabolica di questa complicanza della gravidanza.

2. Modalità operative

Presso ogni Asl (almeno per ogni punto nascita di zona in correlazione con esso) dovranno essere identificati dei punti di accesso al percorso assistenziale per le donne affette da diabete gestazionale, la cui presa in carico deve avvenire da parte di un team multiprofessionale (ginecologo, diabetologo, dietista, ostetrica/infermiera) che opera in maniera congiunta (se possibile nello stesso giorno e nella stessa struttura sia per le prime visite che per i successivi controlli).

Le aziende Asl garantiranno corsie di prenotazioni preferenziali e agende Cup dedicate, per garantire la tempestività d'intervento, condizione essenziale per l'appropriatezza assistenziale.

3. Monitoraggio metabolico

3.a Prima visita
Alla prima visita, tutte le donne con diagnosi di diabete gestazionale dovranno ricevere da parte del team che la prende in carico:

● **Educazione terapeutica strutturata** finalizzata in primo luogo a fornire alla gravida corrette informazioni sul diabete gestazionale e i possibili risvolti sulla salute materna e fetale, sulla corretta alimentazione e sui necessari cambiamenti dello stile di vita, nonché le indicazioni per la corretta esecuzione dell'automonitoraggio glicemico domiciliare.

● **Automonitoraggio glicemico domiciliare**

L'obiettivo è quello di permettere alla paziente di essere in grado di eseguire correttamente la determinazione della glicemia e di riportare i valori glicemici nell'apposito diario. La frequenza dell'esecuzione dei profili glicemici è legata alla stabilità del compenso metabolico; solitamente si consiglia di effettuare la prima settimana 4 determinazioni glicemiche giornaliere preferibilmente:

- al risveglio,
- un'ora dopo l'inizio della colazione;
- un'ora dopo l'inizio del pranzo;
- un'ora dopo l'inizio della cena.

In seguito, il numero dei controlli potrà variare in rapporto alla stabilità del controllo metabolico (decreto dirigenziale 6125/2010 allegato B). Alle donne in trattamento solo dietetico è possibile far seguire dei profili glicemici "a scacchiera" fino a 4 determinazioni giornaliere; nelle gravide in trattamento insulinico il numero delle determinazioni giornaliere potrà rimanere uguale a 4 o, in casi particolari, essere incrementato.

La determinazione della chetonuria mediante sticks potrà essere prescritta per correggere quelle condizioni (iperglicemia, di età incongrua e povera di carboidrati) che determinano la produzione di corpi chetonici, che, essendo in grado di attraversare la placenta possono essere dannosi per lo sviluppo fetale e per l'ambiente intrauterino.

● **Terapia dietetica**
Il personale dietista predispone la terapia dietetica su indicazione del medico a tutte le donne con diabete gestazionale. La dieta deve essere personalizzata e tener conto delle esigenze nutritive e dei gusti della paziente e il dietista la dovrà monitorare e rivalutare se necessario. Il fabbisogno calorico totale varia in funzione del peso pregravidico (Bmi), di solito risulta compreso tra 1.600 Kcal (nelle donne francamente obese) e 2.400 Kcal/die (nelle donne sottopeso).

Per quanto riguarda la composizione della dieta, nei pazienti con diabete gestazionale in normopeso vengono prescritte diete con il 45-50% di carboidrati complessi e ricchi in fibra, del 30-35% di grassi e 20-25% di proteine; nelle pazienti con diabete gestazionale obese è consigliata una quota di carboidrati non superiore al 45%. L'apporto calorico giornaliero viene suddiviso in 3 pasti principali più tre spuntini, per meglio controllare le oscillazioni glicemiche proprie della gravidanza e ridurre le conseguenze legate al "digiuno accelerato".

L'aderenza alla dieta viene valutata mediante la composizione del diario alimentare di frequenza e al monitoraggio del peso.

● **Esercizio fisico**
Per le donne con il diabete in gravidanza, purché non vi siano controindicazioni e dopo aver valutato la capacità fisica della paziente, viene prescritta una moderata attività fisica di tipo aerobico (20' tre volte la settimana) quale a esempio passeggiare o nuotare. La donna sarà avvertita che qualsiasi esercizio fisico dovrà essere interrotto se compaiono sintomi quali cefalea, edemi, contrazioni, perdite vaginali, nausea, dolori addominali.

● **Terapia insulinica**

Il ricorso alla terapia insulinica nel diabete gestazionale si rende necessario in circa il 30% dei casi. Nella gran parte dei casi infatti, la terapia dietetica e l'esercizio fisico permettono il raggiungimento degli obiettivi glicemici "ideali" per la gravidanza: <90 mg/dl a digiuno e <130 mg/dl un'ora dopo i pasti. Anche se gli schemi di plurisomministrazione insulinica non differiscono da quelli indicati per il diabete pre-gravidico, le diverse caratteristiche di questa forma clinica consentono interventi più limitati, finalizzati a volte a correggere la sola iperglicemia post-prandiale e altre volte solo l'iperglicemia a digiuno. Pertanto, il tipo di insulina da somministrare, il numero di somministrazioni insuliniche e le relative unità possono variare da caso a caso ed essere stabiliti in relazione ai dati glicemici dell'autocontrollo domiciliare. Pertanto, oltre ai classici modelli a 3-4 somministrazioni/die, a seconda delle necessità, trovano spazio altri schemi iniettivi non convenzionali.

3b. Controlli ambulatoriali successivi alla prima visita

I controlli ambulatoriali hanno la finalità di

TECNOLOGIE E ASSISTENZA

Così un software condiviso migliorerà l'efficienza del Ssr

In arrivo un Piano di sviluppo dell'Ict al servizio della salute

Pubblichiamo di seguito il testo della delibera 916/2012 sul "Sistema informativo e dell'Ict del Ssr: definizione del piano strategico di sviluppo e istituzione del gruppo regionale di coordinamento". La proposta di piano strategico andrà presentata entro il prossimo 31 dicembre.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale", e sue successive modifiche e integrazioni, e in particolare l'articolo 9, "La programmazione di Area vasta", commi 4 e 4-bis, aventi per oggetto la figura e il ruolo del coordinatore di Area vasta, e l'articolo 101 che assegna agli Estav la competenza in materia di gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche;

Visto che l'art. 120 della Legge regionale n. 66 del 27 dicembre 2011, Ruolo degli Estav, attribuisce agli Estav "le funzioni di supporto alla programmazione di Area vasta, realizzando un adeguato raccordo fra la programmazione regionale e la programmazione interaziendale" e che per tali finalità istituisce il coordinamento dei diversi Estav;

Vista la proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015, approvata dalla Giunta regionale in data 19 dicembre 2011 e in particolare il punto 7.3 che pone a carico del Sistema informativo e delle tecnologie informatiche le seguenti sfide: 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;

Preso atto che, nella proposta di Piano, è previsto che gli Estav contribuiscano alla definizione e applicazione di modelli comuni per i processi sanitari che amministrativi delle Aziende sanitarie, prevedendo una successiva omogeneizzazione delle procedure informatiche, mediante un piano attuativo sviluppato secondo le direttive impartite dalla Regione per garantire un indirizzo comune e congruente con le strategie regionali stesse;

Vista la Dgr n. 807 del 10 settembre 2012, "Processo di innovazione del sistema sanitario regionale attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Ict) - Affidamento a Estav Centro attività di coordinamento in materia" che dà mandato a Estav Centro di garantire, sulla base degli indirizzi e delle linee di programmazione regionali, il coordinamento dei diversi Estav per quanto riguarda il processo di innovazione del sistema sanitario regionale attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, costituendo al suo interno un livello organizzativo idoneo a tale scopo;

Viste le conseguenti Deliberazioni Estav Centro n. 186 del 28 settembre 2012 e n. 194 del 15 ottobre 2012 con cui Estav Centro istituisce il livello organizzativo idoneo allo scopo, lo costituisce e ne individua la funzione di coordinamento;

Vista la Dgr n. 754 del 10 agosto 2012 "Azioni di indirizzo alle aziende e agli enti del Ssr, attuative del D1 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale", che individua la necessità di un radicale ripensamento per la Toscana della propria organizzazione e delle modalità di erogazione dei servizi nell'ambito sanitario, includendo il Sistema informativo e la dematerializzazione con il relativo quadro di obiettivi e azioni coordinate;

Sottolineata la necessità che la gestione e gli investimenti in ambito Ict, per essere sostenibili e fornire i risultati attesi, siano realizzati in una dimensione di ampia scala, garantendo unitarietà di progettazione e gestione, impiego di risorse condivise, superamento della frammentazione per generare un effetto "leva" nella rimodulazione dei servizi;

Ritenuto quindi di dover definire strategie di sviluppo per il perseguimento degli obiettivi indicati dalla proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 di agevolare l'accesso del cittadino ai servizi, migliorare i processi organizzativi, garantire gli strumenti per il governo, i processi di innovazione, convergenza e razionalizzazione che coinvolgono tutte le Aziende afferenti al sistema sanitario regionale, gli Estav e i professionisti, e al tempo stesso declinare in modo unitario e coordinato le azioni di riordino del Sistema informativo di cui alla Dgr n. 754/2012;

Preso atto quindi della necessità di costituire un Gruppo di coordinamento regionale al quale assegnare l'obiettivo della definizione delle strategie sopra indicate e che ne governi e controlli lo sviluppo nel tempo, anche in relazione al coordinamento e alla promozione dell'attività di ricerca e sviluppo in tale ambito, definendo azioni a supporto dell'innovazione e del trasferimento tecnologico;

Valutata quindi la necessità che il Gruppo di coordinamento definisca un piano strategico di sviluppo del Sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del Servizio sanitario regionale;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di individuare, nella logica della convergenza e della progressiva unificazione delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi software in uso presso le Aziende afferenti al Ssr, elementi basilari per nuovi livelli di efficienza, migliore interrelazione con i cittadini, miglior supporto e controllo dei processi, riduzione dei costi;

2. di istituire un Gruppo di coordinamento regionale con l'obiettivo prioritario di definire il Piano strategico di sviluppo del Sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del servizio sanitario regionale;

3. di disporre che il Gruppo costituito governi e controlli lo sviluppo del Piano strategico nel tempo garantendone la coerenza con gli indirizzi e le linee di programmazione regionali;

4. di impegnare il Gruppo di coordinamento regionale a predisporre una proposta del piano strategico entro il 31 dicembre 2012;

5. di definire che il suddetto Gruppo di coordinamento regionale sarà composto da:

- il direttore generale della Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- il dirigente del settore Sistemi informativi e tecnologie informatiche della Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- il direttore generale coordinatore di ciascun comitato di Area vasta o altro direttore generale individuato da ciascun comitato;
- il coordinatore del livello organizzativo di Estav Centro in materia di innovazione del Sistema sanitario regionale attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
- i tre dirigenti responsabili dell'area dei sistemi informativi e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione di ciascun Estav.

(segue da pagina 4)

valutare il grado del controllo glicemico domiciliare, l'aderenza alla dieta e registrare i parametri fisici (peso corporeo e pressione arteriosa). Una prima valutazione ambulatoriale dovrà avvenire, di norma, dopo 7-10 giorni dalla prima visita e almeno altre due volte nel corso della gestazione con intervalli di circa 2 settimane.

Controlli più frequenti potranno essere programmati in relazione ai singoli casi. La valutazione metabolico-ostetrica di ogni controllo si concluderà con l'indicazione terapeutica: conferma del trattamento dietetico o eventuale avvio della terapia insulinica. Il dosaggio dell'emoglobina glicosilata (HbA1c), a differenza di quanto avviene per il diabete al di fuori della gravidanza, non trova indicazione come strumento di monitoraggio metabolico; pertanto non è utile la sua prescrizione. Potrà essere prescritto solo in casi particolari (difficoltà a raggiungere il controllo glicemico, necessità di elevati dosaggi di insulina ecc.), a giudizio del team, il dosaggio di HbA1c.

3c. Follow-up metabolico materno
A distanza di 8-12 settimane dal parto le donne con diabete gestazionale eseguono un Oggt 75 grammi-2 ore, per riclassificare il grado di tolleranza glucidica.

L'esame è a totale carico del Ssr. La data dell'esecuzione di questo accertamento è fissata di norma in occasione dell'ultimo controllo precedente il parto.

In caso venga diagnosticata una ridotta tolleranza ai carboidrati (Igt) o una alterata glicemia a digiuno (Ifg) le rivalutazioni andranno eseguite annualmente; nei casi in cui la tolleranza ai carboidrati risulti normale le rivalutazioni dovrebbero essere eseguite a intervalli non superiori ai tre anni.

Le donne con pregresso Gdm vengono messe a conoscenza dell'elevato rischio di sviluppare diabete tipo II e dell'importanza sia di monitorare la tolleranza ai carboidrati sia di correggere gli altri fattori di rischio eventualmente presenti (obesità, dislipidemie, ipertensione arteriosa); vengono quindi indirizzate al proprio medico curante o ai centri dedicati.

4. Monitoraggio ostetrico

4a. Monitoraggio prenatale

● Valutazione dell'indice di liquido amniotico ogni 2 settimane;

● Valutazione del trend di accrescimento fetale alla diagnosi e ogni 4 settimane.

In caso di CA ≥ 75 centile con accelerazione di crescita o poliambiosi (Afi ≥ 90 centile); valutare l'opportunità di terapia insulinica.

Riferimenti bibliografici

Metzger BE, Buchanan TA. the Organizing Committee: Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2007;30 (suppl 2):S251-S260.

American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care 2011.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Acog Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 30, September 2001 (replaces Technical Bulletin Number 200, December 1994). Gestational diabetes. Obstet Gynecol 2001;98:525-38.

Nhs National Institute for Health and Clinical Excellence. Diabetes in pregnancy - March 2008: Gestational diabetes pagg. 15-18.

Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010: cura del diabete in popolazioni specifiche, 110-116 (2010).

Raccomandazioni per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale di cui All'Aggiornamento 2011 della Linea Guida Iss per la gravidanza fisiologica approvate dal panel della Linea Guida. Associazione medici diabetologi (Amd) e Società italiana di diabetologia (Sid).

Di Cianni G, Fatati A, Lapolla A, Pipicelli Mannino D: Raccomandazioni dietetiche per la gravidanza diabetica. Documento intersocietario Amd-Sid. Adi. Giornale Italiano di Diabetologia: 40-48, 2008.

Regione Toscana. Dgr 920/2011 di Approvazione del documento "Linee organizzative dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente con il diabete".

(continua a pagina 5)



direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Eduardo Majno
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 41
del 6-12 novembre 2012
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

"Sanità Toscana" è una pubblicazione informativa realizzata in base a un accordo tra Il Sole-24 Ore Spa e la Regione Toscana

AMBIENTE

Il punto sulla sostenibilità dei sistemi agricoli locali in un convegno a Firenze



Agricoltura a basso impatto

Le emissioni di gas serra sono meno della metà della media nazionale

In Toscana le emissioni di gas serra derivanti dall'attività agricola sono pari al 3% della quantità totale di CO₂. Il dato è inferiore alla metà della media nazionale, dove l'agricoltura contribuisce per circa il 7% al totale delle emissioni di CO₂. In valore assoluto il dato riferito all'agricoltura toscana è inferiore a 1 milione di tonnellate di CO₂ equivalente. I boschi toscani, che coprono circa il 50% della superficie regionale, hanno la capacità di assorbire circa 10 milioni di tonnellate di CO₂, a fronte di un livello di emissioni di gas serra della Regione, stimate nel 2007 pari a circa 33 milioni di tonnellate CO₂.

Sono questi due dei dati più rilevanti emersi dal convegno "Sostenibilità dei sistemi agricoli toscani e promozione delle produzioni a ridotta emissione di CO₂" che si è svolto qualche giorno fa a Firenze nell'aula magna della facoltà di Economia e che ha visto la presenza di numerosi esperti, docenti universitari e operatori della filiera agroalimentare. Il convegno è stato l'occasione per presentare i risultati di due progetti finanziati

dalla Regione Toscana i cui acronimi sono Satregas (Sistemi agricoli toscani per la riduzione delle emissioni di gas serra) e Aria (Azioni regionali per l'etichettatura ambientale). I due progetti erano stati affidati tramite bando pubblico rispettivamente a Daga (Dipartimento di agronomia e gestione dell'agroecosistema) dell'Università di Pisa e Dipsa (Dipartimento delle scienze delle produzioni vegetali del suolo e dell'ambiente agroforestale) dell'Università di Firenze, con la partecipazione della Scuola S. Anna di Pisa, del Dipartimento di Scienze economiche dell'Università di Firenze e del Centro Avanzi dell'Università di Pisa. Hanno inoltre aderito alcune associazioni di produttori e consumatori: Assoc. chimica verde, Consorzio produttori, Latte Maremma, Toscana Cereali, Cerealtoscana, Ctpb Associazione consumatori utenti toscana, Associazione regionale allevatori della Toscana, Az. Agr. Le Rogaie, Coldiretti Toscana, Cia Toscana, Unicoop Firenze.

L'obiettivo che ha mosso la Regione Toscana è stato quello di studiare la possibi-



lità di ridurre le emissioni di gas serra nell'ambito dell'intera filiera agro-alimentare, sia migliorando o modificando le pratiche agricole correnti che individuando modelli più virtuosi di trasformazione, distribuzione e consumo, soprattutto dei prodotti agricoli freschi, a partire dall'approfondimento di due casi studio: il pomodoro da mensa e il latte fresco. La ricerca ha messo in evidenza come sia possibile contribuire a questo obiettivo con la gestione dei terreni e la diffusione di pratiche colturali sostenibili. Gli studi condotti mostrano, a esempio, come lavorazioni ridotte e più superficiali

del terreno o il mantenimento il più a lungo possibile di una copertura vegetale sul terreno stesso attraverso l'inerbimento delle colture arboree o la realizzazione di colture da sovescio, consentono di conservare nel suolo significative quantità di carbonio. Ma anche pratiche tradizionali come la rotazione culturale, che evita il ripetersi sullo stesso terreno della medesima coltura, l'inserimento di specie foraggere, l'interramento dei residui colturali, rappresentano criteri di gestione del suolo che, aumentando il contenuto di biomassa nel suolo, possono produrre sia la riduzione delle emissioni di gas

serra che un aumento dei "sequestri" di carbonio. In altre parole, è come se la CO₂ venisse "catturata" dal terreno invece che rilasciata in atmosfera. La ricerca ha dimostrato che la riduzione delle emissioni di gas serra si ottiene anche attraverso una gestione più razionale dei fertilizzanti, soprattutto di quelli azotati, sia nella scelta del tipo di concime da utilizzare che nella valutazione delle quantità da distribuire.

Anche per quanto riguarda l'attività di allevamento, il progetto ha verificato che una gestione corretta dell'alimentazione, dei reflui di allevamento e delle pratiche agronomiche per la produzione di alimenti destinati al bestiame possono ridurre in maniera considerevole le emissioni riconducibili al comparto zootecnico (principalmente metano e protossido di azoto). In generale l'agricoltura biologica si è confermata come uno dei sistemi di produzione che meglio può contenere le emissioni di gas serra, grazie alla sostanziale riduzione dell'impiego di mezzi tecnici. Inoltre alla coltivazione in pieno campo, a esempio del

pomodoro da mensa, corrisponde un livello di emissioni inferiore del 50% rispetto alla coltivazione in serra. Lo studio ha preso in considerazione anche le altre fasi della filiera agro-alimentare: la trasformazione, la distribuzione e il consumo dei prodotti agricoli freschi o trasformati. Emerge quanto sia importante il ruolo dei consumatori e quanto sia necessario mettere a loro disposizione le informazioni che riguardano anche l'impatto ambientale connesso ai diversi sistemi produttivi. Sulla base delle opinioni raccolte presso i consumatori attraverso una specifica indagine, il progetto ha definito alcune linee guida per lo sviluppo di un sistema di etichettatura che potrà essere utilizzato dai produttori in modo da orientare in maniera consapevole le scelte verso prodotti che contribuiscono alla riduzione delle emissioni in atmosfera. Gli studi effettuati danno inoltre utili indicazioni al Governo regionale per la prossima fase di programmazione.

a cura di
Laura Pugliesi
Agenzia Toscana Notizie

SIGLATO PROTOCOLLO TRA REGIONE E PRODUTTORI

Nelle mense pubbliche la filiera è corta

Mangiare cibi prodotti dalla filiera agroalimentare toscana nelle mense pubbliche della Toscana. Questo l'obiettivo del protocollo firmato dall'assessore regionale all'Agricoltura, Gianni Salvadori, insieme alle organizzazioni dei produttori agricoli (Cia, Coldiretti, Confagricoltura) delle cooperative (LegaCoop, ConfCooperative, Cooperativa agricola di Legnaia, Terre dell'Etruria coop. Agricola) e della ristorazione (Alisea ristorazione e Cir Food Divisione Eudania). L'accordo fa sì che tutti i protagonisti della filiera, dalle organizzazioni professionali agricole al mondo cooperativo, a quello della ristorazione nelle mense pubbliche, partecipino a una rete virtuosa che permette-

rà di consumare prodotti agricoli toscani nelle mense pubbliche della Toscana. Il protocollo rientra nell'ambito del progetto regionale "Filiera corta" avviato dalla Regione fin dal 2007 all'interno del quale è compresa la specifica misura "Mense più sane", che ha consentito di inserire nelle mense pubbliche i prodotti biologici, quelli tipici e quelli tradizionali. Da ora in avanti si avranno anche prodotti toscani.

La distribuzione di frutta e verdura proveniente dalla Regione è partita subito in maniera sperimentale già con l'estate. I primi ospedali riforniti sono stati il Cisanello (Pisa), il Campo di Marte (Lucca) e le Rsa di Livorno. Poi si è allargata la distribuzione

anche a Empoli, a Volterra e nelle Rsa e Case di cura e riposo di Firenze. Fra le mense scolastiche invece un esempio di buone pratiche è quello del Comune di Monteroni d'Arbia in provincia di Siena. Il progetto di filiera corta "La mensa dell'orto" ha permesso dai primi di settembre ai primi di ottobre di preparare 6.700 pasti per i 600 bambini della mensa scolastica comunale utilizzando 1.800 kg di prodotti, pari al 40%, realizzati e trasformati da aziende collocate entro i 70 chilometri dal comune di Monteroni d'Arbia. Si tratta di prodotti ortofruttili, formaggi e altri latticini, legumi e olio extravergine di oliva.

Dal settembre 2013 la quota di prodotti

locali salirà al 50% per raggiungere la quota del 70% entro tre anni. Il progetto, tra i primi di questo genere in Toscana e in Italia, è realizzato con il sostegno della Provincia di Siena e con il contributo della Regione Toscana, che ha riconosciuto un finanziamento di 30mila euro nell'ambito del progetto regionale a favore della filiera corta.

Complessivamente la Regione ha destinato alle iniziative sulla filiera corta 925mila euro in due anni e ha messo sui Pif, i progetti integrati di filiera, con due bandi, circa 50 milioni di euro ai quali sono stati aggiunti ultimamente altri 6,7 milioni di euro.

ESPERTI A CONFRONTO SUL NESSO TRA DIETA E BENESSERE

Così l'alimentazione condiziona la salute

"Stili di vita e consumi alimentari - Rischi e opportunità per l'agricoltura e il sistema agroalimentare toscano". Questo il tema del convegno che si è svolto, su iniziativa della Regione Toscana, nell'aula magna della facoltà di Agraria all'Università di Firenze. Il convegno, che rientrava fra le iniziative promosse dalla Regione nell'ambito di Expò Rurale 2012, la mega kermesse dedicata all'agricoltura svoltasi nel parco delle Cascine di Firenze qualche settimana fa, ha avuto il merito di presentare le relazioni di numerosi ricercatori e professori universitari che hanno esami-

nato il rapporto fra l'alimentazione e la salute e fra l'alimentazione e l'agricoltura, anche sotto il profilo della nuova politica di programmazione europea, sotto tutti i punti di vista.

Dalle relazioni è emersa la conferma scientifica di un dato empirico che appare di comune esperienza, ovvero il fatto che nella società contemporanea i rapidi e notevoli mutamenti dello scenario socio-economico e culturale in cui è inserito l'individuo hanno portato a una profonda evoluzione dei consumi alimentari, slegandoli pro-

gressivamente dalla loro funzione nutrizionale primaria per associarli in modo sempre maggiore ad aspettative legate alla sfera sociale ed economica in cui gli individui vivono e, più in generale, agli stili di vita che più o meno deliberatamente scelgono di seguire.

Per molte comunità e categorie sociali l'alimentazione è ormai giunta a essere in larga misura il frutto di convenzioni sociali e condizionamenti economici, divenendo sempre più spesso una problematica non priva di riflessi negativi, sia sul piano del-

la salute degli individui, sia per le economie locali. Il convegno ha affrontato questi temi sul piano economico, medico e sociale, ponendo al centro dell'attenzione le relazioni tra alimentazione, salute degli individui e sistema produttivo agricolo e agroalimentare toscano, alla luce della profonda evoluzione del contesto sociale ed economico contemporaneo, con realtà locali sempre più investite dalla fluidità dei fenomeni della globalizzazione e dalla velocità dei processi di innovazione e sviluppo. Gli interventi sono stati ar-

ticolati in due sessioni.

La prima, incentrata sul tema "Individuo e stili di vita", ha permesso di esaminare la funzione nutrizionale dell'alimentazione, a partire da discipline che, come nel caso della nutrigenomica, indicano puntualmente i rapporti che intercorrono tra alimentazione e genoma. Ulteriori interventi hanno poi evidenziato i condizionamenti sociali ed economici sugli individui, sottolineando come il comportamento dei consumatori tenda ad allontanarsi dalle esigenze nutrizionali di base per divenire espressioni

di preferenze di consumo condizionate da fattori ambientali estranei ai bisogni fisiologici. Nella seconda sessione dedicata a "Tendenze nei consumi alimentari, riforma della Pac e strategie per le aziende toscane", si sono approfondite le tematiche dello scenario produttivo e di mercato toscano in relazione, appunto, alla futura riforma della politica agricola comunitaria. I lavori della giornata sono stati coordinati dal professor Augusto Marinelli dell'Università degli Studi di Firenze. Le conclusioni sono state dell'assessore regionale all'agricoltura Gianni Salvadori.

LIVORNO Stampa fai-da-te per i referti con l'apparecchiatura attiva a Portoferraio

Le analisi affidate al totem



Si usa come un bancomat grazie alla tessera sanitaria con Pin e microchip

È sbarcato all'Isola d'Elba il nuovo totem per il servizio di stampa "fai-da-te" di referti sanitari, libretti vaccinali e molti altri documenti. «L'Asl 6 Livorno - spiega Andrea Belardinelli, direttore dell'Unità operativa Innovazione e Sviluppo - è stata la prima in Italia a mettere a disposizione dei cittadini questo nuovo servizio di stampa in autonomia anticipando di oltre un anno e mezzo quanto previsto nel pacchetto semplificazione amministrativa e di sviluppo varato dal governo Monti. Dopo averlo

provato con successo nelle zone di Livorno, Cecina e Piombino il nuovo sistema arriva anche a Portoferraio introducendo una grande facilitazione per i cittadini che potranno stampare per conto proprio e senza alcuna fila i documenti più richiesti agli sportelli come il referto delle analisi di laboratorio o quello della diagnostica. Sarà sufficiente avere con sé la nuova tessera sanitaria elettronica, quella con il microchip dorato e il numero segreto Pin rilasciato dopo l'attivazione. La procedura è simile a quella di un comune banco-

mat portando, in pochi secondi, alla stampa del documento».

Il totem è stato installato nella hall dell'ospedale di Portoferraio. «Abbiamo scelto questa collocazione - dice Gianni Donigaglia, direttore della Zona Elba - perché volevamo uno spazio molto visibile e con accesso praticamente continuo visto che sarà raggiungibile tutti i giorni dalle 7 alle 22. Questo faciliterà molto studenti e lavoratori che non dovranno più ricorrere agli sportelli dovendo quindi sottostare agli orari di apertura. Ma il

sistema si farà ben presto apprezzare, come successo nelle altre zone, anche da chi esegue analisi ciclicamente. Penso alle persone sottoposte al trattamento anticoagulante orale, il Tao, che potranno in tempo reale stampare il risultato delle analisi».

«L'idea alla base di questa novità - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'Asl 6 - è facilitare la vita dei cittadini fornendo servizi che siano più facili, più veloci e anche più vicini a casa. Le potenzialità di questi totem, nati da

risorse interne all'azienda, sono infinite e sarà sufficiente poco tempo per farli diventare familiari e utilizzati da chiunque». Gli unici elementi davvero necessari sono la tessera sanitaria elettronica e il relativo codice segreto che garantisce la privacy e la sicurezza dei propri dati. Per accedere al servizio è necessario averla attivata, una procedura che può essere fatta in pochi minuti.

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

EMPOLI

Certificazione triennale di qualità per il settore alimenti e veterinaria

Il settore Alimenti e Veterinaria del Dipartimento di prevenzione dell'Asl 11 Empoli (che comprende le unità operative territoriali che si occupano di salute umana e animale) ha confermato a ottobre il rinnovo della certificazione di qualità Iso 9001:2008, da parte dell'Ente Bureau Veritas. La certificazione, conseguita per la prima volta nel 2009 con validità triennale, è stata rilasciata dopo un'attenta verifica della "progettazione ed erogazione dei servizi" da parte di Bureau Veritas e ha riguardato tutte le attività istituzionalmente svolte dalle Uo complesse di Sanità pubblica veterinaria e di igiene degli alimenti e nutrizione.

Un riconoscimento agli standard di appropriatezza

Si tratta di un risultato oltremodo significativo, poiché il settore si è impegnato in attività per migliorare e consolidare gli standard qualitativi dei propri servizi e garantire l'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate. Con queste premesse il "sistema gestione qualità" è risultato essere un importante strumento di lavoro per tutto il personale del settore alimenti e veterinaria.

«Attualmente i temi della performance e della semplificazione della Pa e dei sistemi da adottare per la loro misurazione e valutazione sono al centro del dibattito politico e istituzionale - hanno commentato la coordinatrice del settore alimenti e veterinaria Maria Giannotti, il direttore dell'unità operativa complessa Sanità pubblica veterinaria Luigi Coccoli, il responsabile della qualità del settore alimenti e veterinaria Francesca Serena -. Pertanto, ci siamo posti il quesito di come creare valore con le risorse rese disponibili, e di come misurare i risultati perseguiti. In questo ambito lo strumento della qualità è servito per assicurare elevati standard qualitativi e, quindi, economici del servizio. Nelle Pa l'obiettivo di sostenibilità economica non può essere anteposto all'obiettivo della qualità, intesa come capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, altrimenti si rischierebbe di mettere in discussione la missione stessa del soggetto pubblico».

Maria A. Cruciatà
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

AREZZO

Volontari ospedalieri in formazione per il supporto a malati e familiari

Ha preso il via il 30 ottobre il corso di formazione base per volontari ospedalieri organizzato dall'Avo - Associazione volontari ospedalieri - di Arezzo. Si svilupperà con 6 incontri settimanali fino al 14 dicembre. Un percorso formativo gratuito che ha come obiettivo formare nuovi volontari disposti a prestare il loro servizio all'interno dell'ospedale San Donato.

L'Avo ha 240 sedi su tutto il territorio nazionale con 30mila volontari attivi. È attivo ad Arezzo dal 1981, e svolge la sua attività all'interno dell'ospedale San Donato con 120 volontari.

L'associazione opera nelle corsie del San Donato

Sono uomini e donne di ogni età che hanno il solo scopo di assicurare una presenza amichevole in ospedale offrendo al degente calore umano, ascolto, aiuto, per favorire così l'umanizzazione delle cure. Il servizio alla persona è un impegno significativo e importante che va preparato con scrupolo e svolto nel migliore dei modi perché è il primo segno di attenzione e di rispetto da manifestare a chi soffre e ai suoi familiari: il volontario dell'Avo non è chiamato a "fare"

bensì a "essere" una presenza amica accanto al malato.

«L'impegno richiesto ai volontari - spiega la presidente dell'Avo Arezzo Anna Lucia Troiani - è anzitutto di portare un sostegno che sia costante per coprire un turno di due ore al mattino o pomeriggio di ogni settimana. Chi può fare di più, naturalmente è ben accettato, ma l'importante è garantire una presenza costante perché i malati e i loro familiari, nonché la struttura ospedaliera fanno conto su di noi e sul nostro supporto».

Durante il percorso di formazione ci si soffermerà, tra le altre cose, sulla scelta con la struttura ospedaliera, sull'approccio al paziente, sul rapporto con la struttura ospedaliera, sulla sofferenza del malato e sul ruolo del volontario in ospedale. I partecipanti al corso, alla fine del ciclo di lezioni, se si sentiranno pronti per perfezionare il ciclo formativo inizieranno un tirocinio in ospedale affiancati da volontari già esperti.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

SIENA

Comitato attivo di partecipazione nell'Aou per "ascoltare" i cittadini

È stato istituito presso l'azienda ospedaliero-universitaria senese il Comitato permanente di partecipazione delle associazioni di volontariato e di tutela, un valido aiuto per l'ospedale per migliorare la qualità dei servizi offerti e il rapporto con i cittadini. Il Comitato, che incontrerà periodicamente la direzione aziendale per un percorso conduttivo e costruttivo, è costituito dai rappresentanti delle Associazioni che assicurano il rispetto del diritto di partecipazione sociale alla programmazione sanitaria locale, la tutela dei diritti dei cittadini e la valutazione della qualità dei servizi, nell'ottica di un rapporto dialettico e fiduciario tra utenza e ospedale, sempre più forte.

Obiettivo: migliorare il rapporto con i cittadini

«Il nostro è un organismo consultivo - spiega Dafne Rossi, presidente del Comitato - che dispone, periodicamente e preventivamente, pareri obbligatori ma non vincolanti su determinati argomenti tra cui Carta dei servizi e Conferenza dei servizi, qualità e quantità delle prestazioni erogate, relativa rispondenza ai bisogni degli utenti, efficacia e adeguatezza delle informazioni fornite all'esterno e ogni altra tematica attinente ai diritti dei cittadini».

Tra le sue funzioni, il Comitato si occupa anche del monitoraggio delle condizioni di accesso e fruibilità dei servizi sanitari, può proporre azioni di miglioramento e suggerire interventi strategici correttivi, conseguenti all'analisi e alla valutazione dei processi aziendali che generano insoddisfazione negli utenti.

«Il Comitato è un valido aiuto - aggiunge Pierluigi Tosi, direttore generale Aous -, un orecchio in più per ascoltare i cittadini.

Come in ogni sistema complesso, anche in un ospedale possono verificarsi problemi a vari livelli e, proprio attraverso il dialogo e il confronto, possiamo intervenire in modo più tempestivo e costruttivo». Le associazioni di volontariato e di tutela, infatti, aiutano a individuare priorità, strumenti e risorse adeguate da impiegare in modo efficiente. Lo stesso Piano sanitario regionale ricorda e ribadisce il ruolo determinante delle associazioni di volontariato e di tutela per il raggiungimento di obiettivi di efficacia, appropriatezza dei servizi offerti e umanizzazione delle prestazioni.

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou Siena

IN BREVE

LIVORNO

Il Dipartimento della prevenzione dell'Asl 6 Livorno ha organizzato tre incontri a Livorno, Rosignano Solvay e Piombino per informare i piccoli imprenditori delle nuove normative sulla prevenzione nei luoghi di lavoro. «L'iniziativa - spiega Marco Battaglini, direttore del Dipartimento della prevenzione dell'Asl - fa parte di un progetto regionale di informazione e assistenza per l'igiene e la sicurezza del lavoro alle cosiddette microimprese. L'obiettivo è fornire ai datori di lavoro strumenti utili per la gestione consapevole del sistema della prevenzione in azienda, per poter usufruire dei servizi di informazione esistenti e del supporto degli operatori della Unità funzionale per la prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro».

PISA

C'è lo "zampino" di Pisa nelle linee guida della società scientifica Esgar (European society of gastrointestinal and abdominal radiology), per eseguire un esame di colonscopia virtuale. È stato pubblicato sulla rivista European radiology, il 2nd Esgar Consensus statement on CT colonography, coordinato da Emanuele Neri, ricercatore in Radiologia del Dipartimento di Ricerca traslazionale e delle nuove tecnologie in Medicina e chirurgia dell'Università di Pisa e in servizio nella Uo di Radiodiagnostica I dell'Aou. L'articolo fornisce linee guida sulla preparazione intestinale, l'insufflazione del paziente, l'acquisizione Tac e le fasi di elaborazione-refertazione, indispensabili per il medico e utili anche ai clinici che indicano l'esame ai loro pazienti.

PISA/2

Farmacie comunali e ospedale Lotti di Pisa insieme contro l'osteoporosi. Sono 224 le donne che hanno partecipato allo screening, che si è svolto in ottobre presso le farmacie comunali di Ponsacco, Santa Maria a Monte e Capannoli, sulla prevenzione dell'osteoporosi post-menopausa. Le pazienti risultate al di sotto della norma sono state 34 che sono state prese immediatamente in carico da Riccardo Cecchetti, responsabile dell'ambulatorio di reumatologia e del centro per la diagnosi e cura delle malattie osteometaboliche. L'iniziativa, già sperimentata con successo nel 2011, testimonia come la collaborazione tra ospedale e territorio attraverso la farmacia dei servizi sia un tassello importante nella medicina di iniziativa.

CALENDARIO



FIRENZE

«Politiche sanitarie e politiche di genere. In Toscana, tutti uguali e tutti diversi con la salute di genere» è il titolo del Workshop che si terrà al Centro di Formazione dell'Asl fiorentina "Il Fuligno". Si parlerà della determinante genere nella politica sanitaria e nello sviluppo. Info: 055 6938423; laura.ammannati@asf.toscana.it



FIRENZE/ I

L'Accademia internazionale di Laser Medicina organizza il 26° Congresso internazionale «Laser Florence 2012» presso l'Auditorium di Sant'Apollonia. Scopo è rimarcare vantaggi, limiti e controversie di diagnosi laser, terapia e chirurgia mettendo in relazione pionieri, giovani ricercatori e medici. Info: 05539069632; ialms@laserflorence.org



PISA

Presso il Green Park Resort a Calambrone si terrà il 15° Congresso mediterraneo di ventilazione non invasiva con esperti delle Nazioni che si affacciano sul Mediterraneo. Tra gli argomenti, un aspetto particolare sarà rappresentato dalle applicazioni "insolite" della Niv in varie condizioni diagnostiche e terapeutiche. Info: 050 989310, info@dgmip.it

**Per tua figlia
che cresce
meglio
il vaccino
oggi
che l'HPV
domani.**



numero verde 800 556060
www.regione.toscana.it/iointantomivaccino



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana