

Toscana

Poste Italiane
Sped. in A.P. D.L. 353/2003
conv. L. 46/2004, art. 1, c. 1, DCB Roma

Supplemento al n. 26 anno XVIII
del 7-13 luglio 2015
www.24oresanita.com

La cultura del lavoro di squadra

di Riccardo Tartaglia *

Le attività del Centro Grc per il miglioramento della sicurezza delle cure si sono svolte nel 2014 in uno scenario del servizio sanitario in rapida evoluzione organizzativa e il Centro, già da due anni, opera sulle tre aree vaste mediante coordinamenti per la gestione del rischio clinico e dei risarcimenti.

I fondamentali del rischio clinico, come si può desumere dai risultati della performance della Scuola Sant'Anna, sono soddisfacenti rimanendo però ancora lontani, non solo nel nostro Paese, dalle aspettative. La cultura della sicurezza continua comunque a svilupparsi mediante la pratica dell'audit clinico e delle rassegne di mortalità e morbilità, la sinistrosità non subisce incrementi e presenta una lieve riduzione, nonostante l'attuale sistema di gestione diretta dei sinistri abbia notevolmente facilitato ai cittadini la modalità di presentazione delle richieste di risarcimento.

Rispetto agli indicatori di "patient safety", è stata ottenuta in questi ultimi tre anni una riduzione del tasso di complicanze trombo-emboliche e il tasso di sepsi post-operatoria non ha subito riduzioni significative. Ulteriori sforzi dovranno essere compiuti relativamente all'applicazione delle pratiche per la sicurezza che ancora non hanno raggiunto i livelli di corretta applicazione auspicati. I sistemi sanitari evolvono molto velocemente e molte

CONTINUA A PAGINA 2

MODELLI

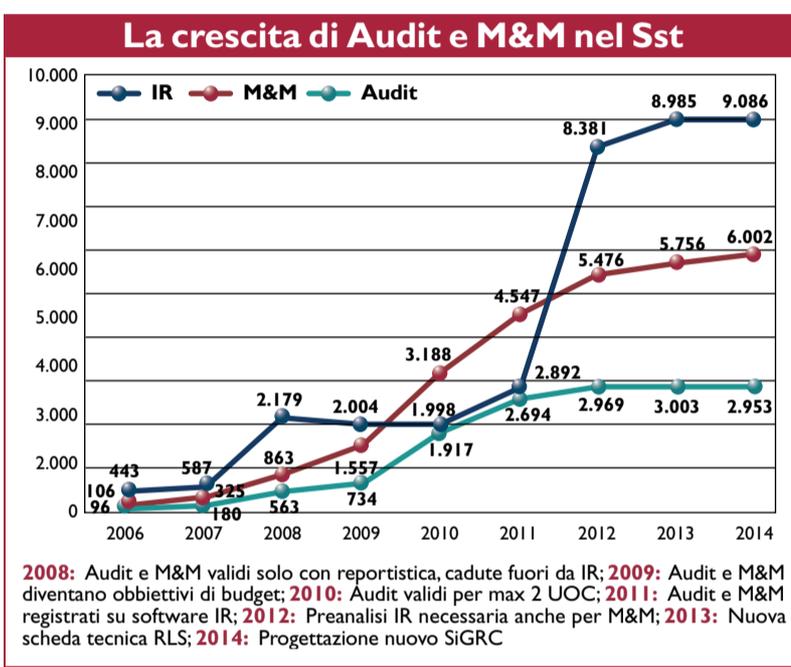
Il reporting and learning system, la rete Grc e il ruolo dei risk manager

Parola d'ordine è la sicurezza

Best practice dallo stoccaggio farmaci alla check-list emocomponenti

La sicurezza dei pazienti nel Servizio sanitario della Toscana è un impegno quotidiano per migliaia di operatori sanitari, tecnici e amministrativi. A dimostrarlo, anche quest'anno l'andamento del Reporting and learning system. Nonostante le difficoltà per il contenimento del turnover, il blocco dei contratti di lavoro e le riorganizzazioni dei servizi imposte dall'austerità, gli operatori della prima linea hanno continuato a riflettere sui problemi che si verificano nell'assistenza. Le oltre 9.000 segnalazioni e analisi sistemiche con audit e Morbidity & Mortality (M&M) hanno favorito l'apprendimento dei singoli e dell'organizzazione, mettendo in atto azioni di miglioramento a livello locale, aziendale e regionale.

Come esempi basti citare gli interventi Grc e Lean sul microsistema della medicheria per migliorare lo stoccaggio dei farmaci negli armadi e nei carrelli, aggirando gli ostacoli connessi con l'approvvigionamento e il cattivo design delle confezioni dei farmaci; oppure l'iniziativa regionale con il Centro regionale sangue per armonizzare la gestione degli emocomponenti con la checklist e la collaborazione strutturata tra servizio trasfusionale e medici e infermieri delle aree di degenza. Questa vitalità degli operatori è sostenuta dalla rete dei facilitatori e dei risk manager, che grazie all'organizzazione regionale e di area vasta del Centro gestione rischio clinico (Grc) sono costantemente in contatto per la gestione delle crisi, l'implementazione delle pratiche per la sicurezza e dei requisiti di accreditamento, la condivisione di esperienze con la formazione in aula e sul campo. I facilitatori sono operatori sanitari con una formazione specifica di 40 ore sulla sicurezza e la qualità delle cure, quelli attivi sono più di 1.500, cioè due per ciascuna struttura operativa ospedaliera e territoriale. I risk manager sono una comunità professionale forte e relativamente strutturata di circa 60 operatori, con funzioni di clinical risk manager ricoper-



te da chi ha esperienza di prima linea, a garanzia delle attività di analisi dei casi clinici, e di patient safety manager per i profili più manageriali, che monitorano gli indicatori e sostengono l'implementazione delle pratiche sicure. Il valore della Rete Grc, costruita in 12 anni di lavoro, è davvero rilevante ai fini del mantenimento dei livelli di sicurezza e della riorganizzazione dei servizi prevista dalla Legge Regionale 28 del 2015, che apre la sfida e la possibilità di mettere la sicurezza dei pazienti al primo posto in tutte le scelte, così come chiedono i cittadini. La collaborazione del Centro Grc con il Gruppo accademia del cittadino della Regione Toscana (Gart), fa emergere che le persone assistite sono disponibili a sostenere i cambiamenti, quando sono concordati e discussi senza scendere al di sotto della soglia della sicurezza delle cure.

La rete dei facilitatori potrà offrire le pratiche per la sicurezza e l'analisi degli eventi significativi per armonizzare il lavoro nei gruppi omogenei di strutture dei nuovi dipartimenti di area vasta. La comunità professionale dei risk manager ha competenze specialistiche variegate, visione e metodi di ampio respiro per ridisegnare i percorsi in area vasta favorendo l'integrazione inter-dipartimentale tra Asl e Aou. Tutto questo, potrebbe trovare spazio e avere maggiore forza con la costituzione di un dipartimento manageriale di area vasta della sicurezza, qualità e garanzie per il cittadino, raccogliendo le competenze delle strutture esistenti che già collaborano attivamente da anni.

Al livello centrale, il Centro Grc continuerà a svolgere le sue funzioni di broker delle conoscenze per la pianificazione e il supporto alla rete da un lato, per l'innovazione e la ricerca applicata dall'altro, coordinandosi con le altre strutture tecnico-scientifiche regionali auspicabilmente in una casa comune.

Tommaso Bellandi
dirigente Centro Gestione Rischio

SANITÀ PENITENZIARIA

Carceri: fondi per l'assistenza psicologica

Assegnato alle Asl un finanziamento di 300mila euro per il 2015-2016

Prosegue anche per il 2015 e 2016 il sostegno della Regione Toscana per l'assistenza psicologica in carcere. In una delle ultime sedute della precedente giunta regionale è stato deliberato, per il biennio 2015-2016, un finanziamento di 300 mila euro, che verranno distribuiti tra tutte le aziende sanitarie toscane in cui sono presenti istituti di detenzione (tutte le Aziende sanitarie locali, tranne la 12 di Viareggio); in Toscana ci sono 18 istituti per adulti e 2 per minori.

Ogni Azienda sanitaria sede di istituto penitenziario dovrà presentare un progetto specifico per aumentare le ore complessive di assistenza psicologica assicurate nell'istituto penitenziario di competenza, per contrastare, con azioni mirate anche in relazione alla tipologia di detenuti presenti, il disagio psicologico indotto dalla detenzione.

La decisione arriva dopo aver considerato la vulnerabilità psicologica della popolazione ristretta e le presenze effettivamente registrate, il processo di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario e le richieste di implementazione presentate dalle Asl durante le sedute dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria.

Sia nel biennio 2011-2012 che nel 2013-2014 sono stati finanziati progetti di assistenza psicologica in carcere, che hanno avuto ricadute positive sullo stato di salute della popolazione detenuta. Per questo la Regione ha deciso di continuare a sostenere progetti specifici di assistenza psicologica.

CONTROCANTO

L'anello mancante è l'empowerment

di Dafne Rossi *

In Toscana alcuni cittadini esperti, riuniti nel Gart (Gruppo regionale accademia del cittadino), stanno facendo da 6 anni un percorso di conoscenza e di collaborazione con il Servizio sanitario regionale, in primis con il Centro Grc. La conoscenza favorisce la capacità di analizzare e giudicare i percorsi e le strategie adottate, ma bisogna

andare avanti, accettando e favorendo la partecipazione dei cittadini anche alle decisioni e alle scelte.

La loro provenienza da associazioni di pazienti e di tutela li rende esperti dei problemi esistenti sul territorio e negli ospedali, delle cause di disservizi e criticità in ambito alla sicurezza,

CONTINUA A PAGINA 2

LEGGI E DELIBERE

Data center unico per i servizi

La giunta regionale ha deciso di chiedere a Estar di procedere alla progettazione dell'evoluzione del TIX per la definizione del Data Center unico per la realizzazione di un Sistema dei servizi digitali della Toscana e realizzare il processo di convergenza delle tecnologie informatiche e un piano pluriennale per il trasferimento presso il Data Center unico delle infrastrutture informatiche delle Asl toscane. La Toscana si pone l'obiettivo di realizzare un sistema integrato e fortemente innovativo di interventi per i cittadini, le imprese e i servizi della pubblica amministrazione. (Delibera n. 500 del 07/04/2015)

Cooperazione e fondi al Meyer

Prosegue il progetto di cooperazione internazionale "Saving Children - salviamo i bambini, la medicina al servizio della pace". La giunta regionale ha approvato il rifinanziamento al progetto per assicurare la continuità del sostegno regionale agli interventi dell'organizzazione no-profit per l'anno 2015 dando atto che, in continuità con gli anni precedenti, il soggetto attuatore sarà l'Azienda ospedaliera-universitaria "Meyer" di Firenze, per conto della Regione Toscana. Il progetto rientra nella Strategia regionale di cooperazione sanitaria internazionale. (Delibera n. 501 del 07/04/2015)

All'interno

In calo gli eventi avversi

A PAG. 2-3

A scuola con i salvavita

A PAG. 6

Siena informa le mamme

A PAG. 7

MODELLI

I progetti di ricerca e le linee guida del Centro gestione rischio clinico



SST
Servizio
Sanitario
della
Toscana

Il focus è sulla patient safety

La buona comunicazione riduce fino al 30% errori e potenziali danni

Il Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente porta avanti e promuove progetti di ricerca applicata alla sicurezza e alla qualità delle cure. Il Centro è impegnato nel tradurre in pratica linee guida e raccomandazioni proposte a livello internazionale ed europeo, testandone l'efficacia e riadattandole al contesto toscano.

La sicurezza nasce da attività ben progettate e che non espongono i lavoratori e i pazienti a rischi, a partire dalle evidenze della Health service research.

Sono molte le attività di ricerca promosse dal centro per la sicurezza del paziente in collaborazione con i principali centri di ricerca nazionali e internazionali che vanno in questa direzione. In collaborazione con Inail il centro analizza l'impatto del carico di lavoro sulle équipe che si trovano a fare i conti con carenze di organico e compiti di gestione amministrativa sempre più onerosi. Lo sviluppo di competenze comunicative rende i gruppi di lavoro uniti e flessibili. Una buona capacità comunicativa può fornire soluzioni a una sempre maggiore pressione sul sistema sanitario. La ricerca sulla comunicazione riveste sempre di più un ruolo di primo piano in sanità, tant'è che il Centro Grc ha avviato collaborazioni importanti con l'Università della Svizzera Italiana, l'Istituto di Linguistica computazionale del Cnr e la società scientifica Iscome. In collaborazione con le tre aree vaste della regione, il Centro Grc ha attivato dei progetti di ricerca per la sperimentazione della pratica sulla sicurezza per il



passaggio di consegne.

Una schema comunicativo per la comunicazione delle notizie clinico assistenziali adattato alle realtà locali può ridurre del 30% errori e potenziali danni al paziente aumentando la qualità della documentazione sanitaria e riducendo la perdita di informazioni importanti per la cura. Una migliore comunicazione con il paziente e le cure primarie riducono il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere. Nell'ambito della sicu-

rezza della terapia è fondamentale coinvolgere il farmacista ospedaliero nel processo e fornire al paziente e ai familiari tutte le informazioni necessarie per usare bene i farmaci a casa. Questa tipologia di interventi si è dimostrata efficace nel ridurre fino al 50% le imprecisioni presenti nelle prescrizioni con un impatto positivo sulle reazioni avverse e le ammissioni evitabili in ospedale. Per questo il Centro Grc collabora a due progetti di ricerca MedRec con la Fondazione Monaterio

e Cared con Aouc per la sperimentazione di soluzioni innovative nella riconciliazione terapeutica e nella prevenzione delle riammissioni in ospedale. Saper comunicare all'interno di un gruppo è una competenza che si acquisisce. Si tratta di una competenza strategica in ambito sanitario.

Simulare incidenti e casi critici è una tecnica formativa che permette di potenziare molto le capacità di risposta del gruppo di lavoro a una situazione di emergenza, in sala operatoria ad esempio, ed è ampiamente utilizzata dal centro gestione rischio clinico per formare i clinical risk manager a gestire in maniera efficace le situazioni di crisi, con una collaborazione con il Laboratorio MeS che va avanti da 10 anni. La co-progettazione è una ulteriore modalità di intervento nei contesti operativi che aumenta l'impatto della ricerca applicata. Si basa sulla partecipazione di tutte le figure professionali coinvolte alla progettazione delle attività di ricerca. Ricerca e formazione procedono necessariamente insieme. Tutti gli operatori possono apprendere molto oltre che dall'analisi degli errori anche dalle attività di ricerca applicata che puntano ad incorporare nella pratica clinico assistenziale attività sicure ed in linea con le necessità di miglioramento, per questo Audit e M&M sono parte integrante della formazione continua.

Giulio Toccafondi
Centro Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del paziente

L'ACCADEMIA DEL CITTADINO

Condividere con i pazienti conoscenze e competenze

Ricevere cure sicure è un'esperienza personale. La centralità del paziente – e del cittadino – nel processo di cura e assistenziale è un aspetto imprescindibile in un sistema sanitario moderno che vuole garantire qualità e sicurezza dell'assistenza. È questa la convinzione di fondo che alimenta il programma formativo periodico "Accademia del Cittadino", progettato e realizzato per formare i rappresentanti delle principali associazioni di pazienti e di tutela sui temi della qualità e sicurezza, con l'obiettivo di far apprendere ai cittadini quali sono gli strumenti per orientarsi in un'assistenza sanitaria sempre più necessariamente complessa, oltre che a trasferire la consapevolezza

che la medicina non è una scienza esatta: il rischio di incorrere in errori e problemi diminuisce laddove il cittadino-paziente partecipa alla sicurezza delle cure.

Fin dalla prima edizione del corso è emerso il desiderio di conferire un ruolo ai partecipanti, per cui – con Dgr. 46/2012 – la Regione Toscana ha istituito il Gart (Gruppo Accademia del cittadino della Regione Toscana), un gruppo di cittadini competenti che porta il punto di vista del paziente nei gruppi di lavoro istituzionali, dove contribuisce alla definizione di interventi nell'ambito della formazione, della comunicazione e della valutazione. Grazie a un'adeguata formazione, i

membri del Gart sono coinvolti nella partecipazione ad alcuni audit clinici per eventi significativi e partecipano alle visite dei gruppi itineranti per la sicurezza delle cure (sinora hanno partecipato a 28 patient safety walkaround), visite per la valutazione della sicurezza del paziente nelle strutture delle aziende sanitarie volte a fare emergere le maggiori criticità, stabilendo assieme le possibili soluzioni di miglioramento.

I componenti del Gart partecipano ogni anno al "Safety adn Quality Day" della Regione Toscana e al "Fourm Risk Management", l'appuntamento che da dieci anni raduna ad Arezzo i professionisti della gestione del

rischio clinico provenienti da tutta Italia.

Un apporto significativo è stato inoltre dato da alcuni partecipanti all'Accademia del Cittadino nella realizzazione dei prodotti multimediali per la formazione degli operatori sanitari, strumenti progettati affinché i contenuti formativi fossero aderenti alle reali situazioni critiche che operatori e pazienti incontrano durante le attività di cura. Fondamentale inoltre è stata la collaborazione per l'ideazione, la realizzazione e la valutazione dei quattro prodotti multimediali in forma di cartoon ("Cartoon per la sicurezza dei pazienti", disponibili su YouTube) pensati proprio per la sensibiliz-

zazione del cittadino ai temi della sicurezza e al suo coinvolgimento come parte attiva per il miglioramento della sicurezza nel processo di cura. La finalità è quella di creare pratiche terapeutiche più sicure, tutti i giorni, anche mediante il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti.

Chiedere spiegazioni se ci sono dei dubbi o delle preoccupazioni, far conoscere le proprie abitudini, controllare i dati della propria salute e prendere nota delle indicazioni dei sanitari, conoscere le terapie da seguire sono solo i passi principali che il paziente può compiere per contribuire a ricevere e gestire in modo più sicuro le terapie e le

scelte che riguardano la propria salute. Tra i progetti di collaborazione con il Gart, oltre al consolidamento delle attività avviate tra cui la terza edizione dell'Accademia del Cittadino, ci sono iniziative che vedono il coinvolgimento degli studenti, la produzione di cartoni animati per la promozione dell'informazione e formazione in ambito pediatrico e tutta una serie di progetti volti ad aumentare una partecipazione impegnata dei pazienti e dei loro familiari, un fondamentale elemento di trasformazione dei sistemi sanitari che guardano al futuro.

Elena Beleffi
Centro Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente,
Regione Toscana

▶ CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

alla qualità delle cure e ai rapporti con i pazienti, causa questa di molti contenziosi legali. Rivedere l'approccio, anche culturale fra paziente e curante è indispensabile, occorre rispettarne la dignità e dividerne le scelte. È necessario passare dalla logica che parcellizza il corpo umano in uno spezzatino di organi gestiti da super specialisti, al ritorno all'essere umano nella sua interezza e fragilità, che deve essere accolto con rispetto ed educazione, ascoltato e accompagnato nel percorso della malattia, senza calpestarne mai la dignità.

I cittadini devono stare nei luoghi in cui si decide non solo da uditori, ma con pari possibilità di intervenire, di essere ascoltati e di fare proposte. La partecipazione deve essere compiuta, altrimenti è

una medaglia senza valore. L'autoreferenzialità che permea il mondo sanitario, costituisce un ostacolo, valutare la qualità dei servizi erogati non può essere appannaggio degli stessi che li erogano. I cittadini devono intervenire dove si parla della sicurezza e della qualità dei servizi, nei paesi avanzati essi sono considerati un aiuto importante per le istituzioni. Quello del rapporto fra i professionisti, che non parlano fra loro, che amministrano e difendono il loro orticello e che si allontanano sempre più dalla vita reale e dalle difficoltà dei loro pazienti, è un ulteriore problema da risolvere.

Affiancare il Grc nelle visite agli ospedali e parlare con gli operatori, è stato un passo importante, se però non si compie il

passo ulteriore, cioè verificare se i rilievi hanno portato a una correzione dei problemi, si vanifica il lavoro fatto. I cittadini sovvenzionano la sanità con le tasse e con sempre maggiori partecipazioni alla spesa di farmaci, esami e visite. E' ora quindi che possano decidere sulle scelte da fare, che vengano ascoltati e interpellati sulle decisioni che riguardano la loro vita e la loro salute. Liste di attesa, ticket sempre più gravosi, disservizi, burocrazia e spersonalizzazione dei percorsi stanno minando il nostro servizio pubblico a favore del privato, rischiando di distruggere quella che è stata una delle maggiori conquiste della nostra società.

* Gruppo Accademia del cittadino, Regione Toscana

▶ La cultura del... (segue dalla prima pagina)

delle sfide che nel decennio passato potevano essere affrontate con una migliore preparazione di singole unità particolarmente esposte al rischio, adesso richiedono sforzi integrati e corali.

Gli sforzi del Grc hanno ricevuto un riconoscimento importante non solo a fronte del lavoro svolto a livello regionale ma direi nazionale e internazionale: il Responsabile dell'unità di patient safety e quality improvement del Who, che ci ha proposto di diventare "collaborating Centre" dell'organizzazione mondiale della sanità.

A livello regionale intanto guardiamo al futuro e tra i filoni principali dell'attività ci sarà l'integrazione, per fornire un'assistenza sanitaria più sicura e di valore privilegiando il lavoro di

squadra che incrementa la scienza. Ma anche la comunicazione, la gestione diretta dei rischi – da implementare con l'introduzione di un sistema premiante per chi controlla e contiene la sinistrosità – e la manutenzione del sistema e Ricerca, la vera questione da cui dipende il successo della qualità e sicurezza delle cure.

Ci auguriamo che il nuovo assessore utilizzi al massimo le potenzialità del Centro Grc facendo proprio un principio che non appartiene solo alla professione medica "Primum non nocere" ma che riguarda tutti coloro che con le loro scelte e decisioni possono fortemente influenzare la qualità e sicurezza delle cure.

* Direttore Cgrc

MODELLI

Compensazione degli eventi avversi dopo 5 anni di governo diretto



Leggera discesa per i sinistri

Formazione specifica per i componenti dei Cgs - Il monitoraggio MeS

Negli ultimi anni quasi tutti i Sistemi sanitari regionali o singole Aziende si sono organizzati per valutare e pagare in tutto o in parte con risorse interne le richieste danni avanzate nei confronti degli erogatori pubblici, escludendo il ricorso alle assicurazioni per tali sinistri o, più spesso, limitando l'intervento delle assicurazioni alle ipotesi economicamente più gravose (cosiddetti danni catastrofali), attraverso polizze con franchigie per sinistro pari a euro 500mila euro o superiori. La Regione Toscana ha adottato, a livello centralizzato, un modello di gestione diretta dei sinistri in sanità: dal 1° gennaio 2010, tutte le fasi della gestione e liquidazione dei sinistri sono state internalizzate, con copertura da parte del fondo sanitario regionale finanziato dal ministero della Salute.

Dai dati a disposizione del Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana, il nuovo modello non ha determinato un aumento nel numero delle richieste, che appare stabile negli anni e, anzi, con una tendenza di lieve flessione. In ciascuna azienda e a livello di area vasta la gestione è effettuata dai Comitati gestione sinistri (Cgs), organismi multidisciplinari e multiprofessionali responsabili della trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri (preferibilmente in via transattiva), i cui componenti sono stati



specificamente formati con un corso regionale promosso dal Centro Grc, al fine di sviluppare e armonizzare le competenze in materia di responsabilità civile e penale, valutazione e quantificazione del danno. La tempestività dei Cgs aziendali nella definizione dei sinistri è monitorata annualmente da un indicatore del Sistema di valutazione delle performance della Regione Toscana elaborato dal Laboratorio MeS, e rappresenta anche uno specifico obiettivo per l'incentivazione dei direttori generali. L'indicatore è dato dal rapporto fra le richieste di risarcimento danni definite e il numero complessivo di richieste in gestione diretta

giunte nel lasso di tempo considerato (12 mesi).

L'attività dei Cgs comporta la reiezione di circa la metà delle richieste avanzate. A livello centralizzato è fornito un supporto ai Cgs dal Comitato regionale valutazione sinistri (Crvs), al quale le Aziende sottopongono i casi più complessi o per i quali si prevedono risarcimenti di notevole entità, anche al fine di uniformare i criteri di liquidazione. Il ruolo del Crvs non è limitato alla trattazione degli aspetti economici dei casi, poiché mira a dare maggior forza e coerenza al sistema, con raccomandazioni tese a migliorare la gestione del rischio. In

particolare, la recente delibera Grt n. 62/2014 prevede l'obbligatorietà del ricorso al Crvs per i sinistri valutati di importo uguale o superiore a 500mila euro e discrezionale per quelli superiori a euro 100mila euro. Il parere espresso dal Crvs è consultivo e non vincolante, non comporta tempi aggiuntivi rispetto a quelli previsti per la trattazione e definizione dei sinistri e avviene nella fase istruttoria del caso o in previsione di una offerta formale al danneggiato.

I primi anni di applicazione del nuovo modello mostrano una generale soddisfazione da parte degli operatori coinvolti nella gestione dei sinistri. La Regione, dal canto suo, crede nel nuovo modello che, oltre a un possibile contenimento dei costi, è in linea con la cresciuta sensibilità nei confronti dei pazienti e della sicurezza delle cure, la maggiore consapevolezza della prevenibilità degli eventi avversi, la volontà di trattare le informazioni ricavabili dai sinistri per elaborare azioni di miglioramento della qualità e sicurezza delle cure e, non ultimo, per recuperare il rapporto di fiducia fra gli erogatori pubblici dell'assistenza sanitaria e i danneggiati.

Elisabetta Flore
Centro Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

ACCESSO APERTO A TUTTI GLI OPERATORI SANITARI TOSCANI

Al via l'applicativo web centralizzato per amministrare tutto il clinical risk

Il Centro gestione rischio clinico per la sicurezza del paziente ha lavorato nell'ultimo anno per conto della Regione Toscana all'ideazione e progettazione del nuovo Sistema integrato per la gestione del rischio clinico (Si-Grc), on line dal 22 giugno scorso. Un applicativo web centralizzato, accessibile a tutti gli operatori sanitari toscani.

Si-Grc si propone di fornire utili strumenti di supporto alle attività degli operatori, di condividere esperienze e competenze e non per ultimo realizzare un applicativo regionale che gestisca tutte le varie tipologie di dati riguardanti la sicurezza e qualità delle cure con un approccio sistemico e integrato. In particolare, l'applicativo si compone dei seguenti moduli: modulo per la segnalazione e gestione degli eventi avversi - reporting&learning system - (near miss/eventi avversi, eventi sentinella e cadute) permettendone la classificazione, la gestione e il monitoraggio; modulo per la gestione delle richieste di risarcimento; modulo per la gestione delle pratiche di sicurezza del paziente, permettendone il monitoraggio e la valutazione della loro applicazione nei diversi contesti aziendali con il relativo rilascio di attestati.

Sono in previsione, inoltre, l'integrazione del sistema di accreditamento istitu-

zionale e la gestione delle segnalazioni degli eventi correlati agli emoderivati grazie a una collaborazione con il Centro regionale sangue.

L'ideazione e la progettazione del Si-Grc è nata da un gruppo di lavoro multidisciplinare, che ha visto coinvolti non solo profili tecnici, ma anche analisti di processo, esperti di ergonomia e soprattutto molti referenti aziendali come rappresentanti delle tante figure professionali come futuri utenti finali dello strumento: clinical risk manager, facilitatori, referenti degli affari generali e legali, referenti del Dipartimento tecnico. Questi gruppi di operatori sono stati intervistati e coinvolti nella rilevazione dei requisiti degli utenti dei singoli moduli.

Lo sviluppo è proceduto con rilasci successivi dei singoli moduli, i quali sono stati testati da un punto di vista funzionale. Il test di usabilità ha coinvolto non solo utenti esperti, ma anche gli operatori, in modo da permettere dei cicli iterativi di rilascio e integrazione nei singoli moduli sulla base dei feedback, delle aspettative ed esigenze rilevate.

Le funzionalità innovative sono tante: nel nuovo modulo di reporting&learning, la più significativa riguarda la classificazione degli eventi avversi secondo la tassonomia dell'Organizza-

zione mondiale della sanità, possibile grazie alla partecipazione del Centro Grc al progetto congiunto dell'Oms e dell'Unione europea per la messa a punto della versione sintetica della tassonomia denominata «Icps Minimal Information Model»; nel modulo per le richieste di risarcimento, la collaborazione e integrazione di tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della pratica per la richiesta di risarcimento permetterà di confrontare l'efficacia gestionale e amministrativa, monitorando in maniera puntuale tutti gli aspetti economici, le comunicazioni e gli scambi informativi con la controparte, le trattative.

Oltre alle funzioni specifiche dei moduli suddetti, gli utenti finali avranno anche a disposizione funzioni trasversali quali: scadenario attività e flusso di lavoro, gestione messaggistica integrata, archivio documentale, motori di ricerca. La sfida adesso è quella di supportare gli operatori nell'apprendere a sfruttare al meglio le potenzialità dello strumento, che ci porta all'avanguardia in Italia e in Europa, continuando a monitorare le necessità e le aspettative ancora non soddisfatte che dovranno comunque essere integrate e sviluppate.

Michela Tanzini
Centro Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

IN ARRIVO UN CORSO ITINERANTE PER GLI OSPEDALI

Con le nuove pratiche per la sicurezza la priorità spetta ai bambini ricoverati

La sicurezza delle cure è un elemento strategico dell'attività clinico-assistenziale anche in ambito pediatrico. Esistono pochi dati ed evidenze a livello internazionale e nazionale rispetto all'incidenza degli eventi avversi e all'efficacia delle soluzioni applicate sulla sicurezza del bambino.

La necessità di confrontare esperienze esistenti e soluzioni applicate in contesti organizzativi differenti è quindi molto elevata. Sin dal 2001 le maggiori associazioni internazionali di pediatria hanno sottolineato la necessità di sviluppare pratiche per la sicurezza specifiche per il paziente pediatrico. Le soluzioni proposte a livello internazionale per l'adulto, per poter essere realmente applicate al mondo dei bambini devono essere declinate con requisiti specifici tenendo in considerazione tutte le peculiarità dell'assistenza che deve ricevere. Ne è un esempio chiaro, la gestione del dolore in cui è necessario l'adattamento delle scale di valutazione del dolore alle capacità comunicative specifiche del bambino, oppure la valutazione del rischio di caduta, che di solito è collegata alle problematiche dell'età avanzata e che invece nel caso del bambino si deve relazionare a patologie specifiche dell'età pediatrica. In regione Toscana, dal 2013, è stato sottoscritto un accordo tra Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente e Azienda ospedaliero-universitaria Pediatrica Meyer, finalizzato a sviluppare la sicurezza delle cure per il paziente pediatrico.

Una delle linee di attività principali è la messa a punto e contestualizzazione di innovative pratiche per la sicurezza quali l'identificazione del deterioramento precoce del paziente pediatrico (Pews), la prevenzione del rischio di caduta e la gestione appropriata del passaggio di consegna (Handover). Inizialmente pensate per il setting ospedaliero e per il paziente adulto, le pratiche di sicurezza sono state sottoposte a un processo di revisione che ha coinvolto società scientifiche di riferimento, esperti e professionisti di prima linea di comprovata esperienza e cittadini rappresentanti delle associazioni di tutela e dei pazienti. Ogni pratica per la sicurezza messa a punto è caratterizzata da un'icona e da materiale di supporto alla sua applicazione, adottati nei reparti in cui accedono bambini e adolescenti.

Le nuove pratiche per la sicurezza in pediatria sono promosse nel network delle pediatrie di tutte le aziende sanitarie toscane e sono diffuse fra i professionisti e i cittadini grazie a interventi di formazione e informazione. All'interno del network le pratiche si stanno sperimentando grazie a studi pilota per validarne il valore scientifico a livello nazionale e internazionale. L'esperienza promossa dal Centro gestione rischio Clinico e dall'Ospedale Meyer non si ferma però al solo contesto regionale. Per garantire equità nell'accesso alle cure e crescente omogeneità negli standard di qualità e sicurezza su tutto il territorio nazionale, si è deciso di costruire una rete per la

sicurezza in pediatria che coinvolge i principali ospedali che si occupano della cura del bambino. Dalla rete ha preso avvio un percorso con l'Aopi, Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani, volto a promuovere una progettualità comune rispetto a soluzioni e pratiche per la sicurezza in pediatria. L'esperienza della Regione Toscana ha creato i presupposti per l'attivazione di una rete nazionale con collegamenti europei e internazionali con l'obiettivo di innescare un circolo virtuoso di promozione e diffusione di quanto già esistente nelle diverse realtà. Il progetto ha il patrocinio Ministero della Salute e di Agenas, oltre ad Aopi.

Provare a rendere tutto il sistema sanitario nazionale più sicuro e garantire che ogni bambino, ovunque nasca e viva, abbia la possibilità di accedere a servizi sanitari più sicuri, è l'idea che anche nel 2014 ha orientato il lavoro del Centro gestione rischio clinico. Per il prossimo triennio, il centro Grc insieme all'Aopi ha lanciato un programma di formazione itinerante a livello nazionale al fine di rendere omogeneo il livello della formazione degli operatori e favorire l'allineamento degli standard di sicurezza degli ospedali pediatrici italiani.

Sara Albolino
Dirigente
Centro Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del paziente

Giulia Dagliana
Centro Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del paziente

DOCUMENTI Definiti gli ambiti di collaborazione e fissati i criteri per decidere i volumi de



Mobilità, rinnovata l'intesa Um

L'obiettivo è azzerare le differenze tariffarie, eliminare i tetti di spesa, avvi

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la bozza di accordo quadro tra la Regione Toscana e la Regione Umbria per la gestione della mobilità sanitaria che definisce gli ambiti di collaborazione e fissa i criteri per la determinazione dei volumi di attività con particolare riferimento alle prestazioni di degenza ospedaliera e specialistiche.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il D. Lgs. 502/1992 che all'art. 8 sexies, comma 8 prevede che "Il Ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale";

Vista l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (provvedimento del 10 Luglio 2014, repertorio atti n. 82/CSR) che al comma 3 dell'articolo 9 "Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie" recita "Dalla data della stipula del presente atto gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'art. 19 del precedente patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori.

Considerato che le Regioni Toscana e Umbria hanno da tempo promosso politiche collaborative volte a regolarizzare gli scambi di prestazioni attraverso l'integrazione dei servizi e la regolamentazione dei rapporti finanziari, nonché ad affrontare le problematiche specifiche delle aree di confine;

Vista la DGR n. 236 del 15 marzo

2004, con la quale veniva approvato lo schema di accordo quadro tra la Regione Toscana e la Regione Umbria per la gestione della mobilità sanitaria;

Vista la DGR n. 443 del 31 marzo 2010, con la quale è stato rinnovato lo schema di accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Umbria e la Regione Toscana e tenuto conto che, sulla base di tale accordo, sono stati successivamente concordati e definiti i Piani di attività a riferimento annuale;

Ritenuto di procedere, in considerazione della maturata esperienza di confronto e collaborazione con la Regione Umbria e della sopravvenuta stipula dell'accordo per la gestione della mobilità sanitaria con la Regione Emilia Romagna, ad aggiornare l'Accordo allineando i criteri e le modalità attuative ad un medesimo schema operativo valido per entrambe le Regioni e prevedendo altresì l'ampliamento temporale, da annuale a triennale, della programmazione operativa delle attività;

Preso atto che:

- l'Accordo è stato predisposto in conformità ai principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del SSN il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio,

- ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi,

- fondamentalmente, gli obiettivi che entrambe le Regioni intendono perseguire attraverso l'accordo sono la gestione programmata della mobilità e la qualificazione dell'offerta.

Atteso che nell'Accordo viene determinato l'ambito della collaborazione, vengono individuati i principi generali ed i compiti di ciascun ente sottoscrittore nonché gli ambiti di lavoro relativi alla determinazione dei volumi di attività e dei relativi corrispettivi, rimandando ad un Piano triennale di attività la definizione analitica del programma di collaborazione che rende operativo l'Accordo stesso;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

Ritenuto, pertanto, di approvare lo schema di Accordo triennale per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Toscana e la Regione Umbria così come risulta nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, e rinviare ad atto successivo della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale la definizione del Piano triennale di attività;

A voti unanimi,

DELIBERA

1) di approvare lo schema di Accordo triennale per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Umbria e la Regione Toscana così come risulta nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2) di incaricare il Direttore Generale della DG Diritti di cittadinanza e coesione sociale di definire il Piano

triennale di attività previsto dall'Accordo di cui al precedente punto 1).

ALLEGATO A

Accordo triennale 2015-2017 Per la gestione della mobilità sanitaria fra le Regioni Toscana e Umbria

PREMESSA

Il quadro istituzionale

Il D.Lgs. 502/92 e successive integrazioni e modifiche, al comma 8 dell'art. 8 sexies prevede che le Regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

L'accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza, al punto 10, stabilisce che:

"Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei Livelli Essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse, in caso di mobilità sanitaria, dovrà avvenire sulla base di

- un accordo quadro interregionale, che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità

- eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate".

Il Patto per la Salute 2010-2012 siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa. Inoltre, per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, viene data indicazione alle Regioni, di individuare adeguati strumenti di Governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;

- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

Il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (provvedimento del

10 Luglio 2014, repertorio atti n. 82/CSR) che al comma 3 dell'articolo 9 "Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie" recita "Dalla data della stipula del presente atto gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'art. 19 del precedente patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori.

Le linee dell'accordo

La Regione Toscana e la Regione Umbria hanno sottoscritto nel 2004 un accordo quadro per la gestione della mobilità sanitaria con il quale sono stati definiti gli ambiti di collaborazione e sono stati fissati i criteri per la determinazione dei volumi di attività con particolare riferimento alle prestazioni di degenza ospedaliera e specialistiche.

I risultati dell'analisi effettuata sui dati di attività a partire dal 2004 hanno evidenziato che i criteri indicati hanno introdotto stimoli coerenti con le finalità prefissate dall'accordo.

Inoltre, nell'ambito dell'accordo quadro fra la Regione Toscana e la Regione Umbria, l'Azienda Ospedaliera Meyer, centro di riferimento della rete regionale Toscana dei servizi pediatrici e la Rete Regionale Umbra dei servizi pediatrici hanno condiviso un Protocollo d'Intesa con l'obiettivo di garantire il più elevato

livello di accessibilità alle cure neonatologiche e pediatriche, promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni e la qualità dei trattamenti. La collaborazione e l'integrazione fra le due reti regionali, attraverso la condivisione di esperienze, conoscenze e buone pratiche, si propone di migliorare l'accessibilità, l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza pediatrica nelle due Regioni.

Sempre nello spirito di collaborazione e di integrazione fra le strutture delle due regioni, è stata avviata una collaborazione

- per l'utilizzo da parte delle strutture dell'Umbria della Banca del sangue cordonale presso l'AOU Careggi.

- per la valutazione esterna di qualità dei laboratori di analisi cliniche.

Le Regioni, tenuto conto dei risultati raggiunti, intendono rinnovare la stipulazione dell'accordo.

GLI OBIETTIVI

Gli obiettivi delle Regioni Toscana e Umbria

La Regione Toscana e la Regione Umbria hanno scambi di mobilità sanitaria per l'attività di ricovero e specialistica ambulatoriale con valori reciprocamente pari a circa 30 ml. di € e 14 ml. di € - dati 2013, ultimo anno consolidato.

La stipulazione dell'accordo avviene nel rispetto dei principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del SSN il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio.

Gestione della mobilità

Con il presente accordo, le Regioni intendono definire i principi e le modalità per regolare le attività che caratterizzeranno, nel periodo di vigenza, i rapporti tra loro.

Qualificazione dell'offerta

Il rapporto strutturato tra le Regioni, comporta altresì l'assunzione di responsabilità dirette in merito alla qualità e appropriatezza delle cure, in termini sia di qualità dei servizi offerti sia di qualità percepita dall'utenza.

Ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi.

Le Regioni intendono stipulare l'accordo definendo linee di collaborazione con particolare riferimento alle attività erogate nelle zone di confine.

Si condivide di collaborare nelle seguenti linee di sviluppo:

- programmare tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate, programmando anche l'attività delle strutture private;

- eliminare progressivamente le eventuali differenze tariffarie, prevenendo aggiornamenti puntuali;

- condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata e di valutazioni dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni erogate;

- prevedere eventuali misure di penalizzazione degli effetti distorsivi (superamento tetti, ricoveri inappropriati, ricoveri ripetuti o troppo brevi);

- definire livelli essenziali di assistenza comuni (concordanza della esclusione di peculiari prestazioni e condivisione dei criteri di accesso).

Ambiti di lavoro dell'accordo

L'accordo si articola nei seguenti ambiti di lavoro:

a) Analisi dei fenomeni di mobilità ospedaliera

Si ritiene che il fenomeno della mobilità per essere governato debba essere ben conosciuto e quindi si propone di approfondire le problematiche specifiche degli scambi tra le due Regioni individuando le diverse tipologie di domanda a cui il fenomeno risponde e l'eventuale livello di inappropriata.

b) Mobilità specialistica ambulatoriale

Si condivide la criticità determinata dalla disomogeneità dei criteri di accesso e/o delle indicazioni volte al miglioramento della appropriatezza, si intende, inoltre, promuovere un lavoro per la condivisione di un Nomenclatore tariffario comune per la Specialistica ambulatoriale.

c) Problematiche specifiche delle Aree di confine

E' il tema di maggior interesse, poiché le aree di confine costituiscono l'ambito ove sperimentare concretamente l'idea di un federalismo solidale.

Si condivide la necessità di appro-

(continua a pag. 5)

SSN Servizio Sanitario Nazionale
Sanità Toscana

direttore responsabile
 ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore
 ROBERTO TURNO
 comitato scientifico
 Valtere Giovannini
 Paolo Ciampi
 Lucia Zambelli

Supplemento a
 Il Sole 24Ore - Sanità
 reg. Trib. Milano n. 679
 del 7/10/98

Stampa: Il Sole 24 Ore
 Via Tiburtina Valeria (Ss 5) km 68,700
 67061 Carsoli (Aq)

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

ell'attività di degenza ospedaliera e specialistica

Umbria - Toscana

are un piano di monitoraggio comune

(segue da pag. 4)

fondire la possibilità di definire accordi relativi a tali aree finalizzati a garantire la miglior qualità e continuità assistenziale in un sistema funzionalmente integrato di servizi che sappia valorizzare le opportunità presenti in un'ottica di ottimizzazione complessiva delle risorse impegnate.

Validità dell'accordo

Il presente accordo resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2015.

Ad esso verrà data attuazione attraverso specifici piani di attività definiti in base ai criteri di seguito indicati.

Piano di attività

Il piano di attività definisce, per il triennio 2015 -2017, i volumi e le tipologie di prestazioni oggetto dell'accordo: le parti, di comune accordo, possono aggiornare il piano di attività, per specifiche esigenze di committenza o di produzione.

Gli ambiti di attività oggetto dell'accordo sono:

- prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che day-hospital;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il tetto di riferimento è il dato 2013 per l'attività ospedaliera e il dato 2014 per la specialistica, come risultanti dagli accordi, con possibilità di rivalutazione per gli anni successivi al primo.

Le parti si impegnano inoltre ad effettuare il monitoraggio dell'attività e qualora, in particolari aree, emergano eventuali scostamenti rispetto all'andamento atteso, ad intervenire al fine di eliminare le criticità.

Per quanto riguarda l'attività della Banca sangue cordone e la valutazione esterna di qualità dei laboratori saranno definiti i termini del rapporto e le specifiche determinazioni operative tramite apposito accordo/convenzione anche direttamente stipulato fra le Aziende interessate.

Ricoveri Ospedalieri

Vengono definite le categorie di prestazioni:

- DRG di alta specialità
- DRG ad alto rischio di inappropriata,
- Restanti RG
- Attività di riabilitazione

Per ciascuna categoria di ricovero viene definito un "tetto di attività complessivo", le tariffe e le regole di determinazione dei volumi finanziari corrispondenti. Per ciascuna classe di DRG individuata verranno stabiliti:

- il volume programmato dell'attività attesa;
- le tariffe da applicare;
- gli abbattimenti da applicare alle tariffe per la valorizzazione dei casi che superano i volumi programmati.

Specialistica ambulatoriale

Verranno individuate le tariffe e le regole di determinazione dei volumi finanziari. In particolare verrà definito l'elenco delle prestazioni sottoposte a particolari regole di contenimento dei volumi di attività e/o di spesa.

Per ciascuna categoria di prestazioni individuate verranno stabiliti:

- il volume programmato dell'atti-

vità attesa;

- le tariffe da applicare;
- gli abbattimenti da applicare alle tariffe per la valorizzazione dei casi che superano i volumi programmati.

Trasferimento del Piano triennale di attività nella programmazione aziendale

Per le attività definite dal Piano triennale di attività, le Aziende Sanitarie dovranno adottare misure, all'interno della programmazione della propria attività e dei rapporti che intercorrono con le strutture private del proprio territorio, che garantiscano la coerenza con quanto definito dal Piano, così da mantenere i flussi di attività entro i volumi programmati.

Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate.

Modalità di gestione e monitoraggio dell'accordo

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti stabiliscono di scambiarsi i dati di attività relativi ai ricoveri e alla specialistica ambulatoriale, come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dal Testo Unico e comprensivo di importo.

Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio - 6 mesi di attività - entro il 31 agosto;
- II invio - 9 mesi di attività - entro il 31 dicembre;
- III invio - attività dell'intero anno - entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dal Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

I tecnici delle due Regioni firmatarie si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione. Degli incontri viene stilato un verbale che resta agli atti dei rispettivi Assessorati.

Entro il mese di aprile di ogni anno viene inoltre definita la chiusura dell'anno precedente e vengono pertanto certificati i volumi economici da porre in mobilità. Tali volumi costituiranno il dato economico che definirà la matrice degli addebiti dell'anno di competenza.

Infine, tenuto conto che già nell'ambito del gruppo tecnico della mobilità interregionale sono stati condivisi i criteri di appropriatezza dei ricoveri, formalizzati anche nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, le due Regioni si impegnano a rispondere alle segnalazioni eventualmente ricevute e ad approfondire specifiche problematiche che dovessero emergere dalle analisi effettuate e/o dal monitoraggio delle attività di cui al presente accordo. Le due Regioni si impegnano anche a fornire reciprocamente ulteriori informazioni richieste per tutti gli approfondimenti ritenuti utili. ●

ASSISTENZA

Autorizzati i puntatori oculari e le tecnologie «eye tracking»

La fornitura di ausili è finalizzata a facilitare comunicazioni e autonomia

Pubblichiamo la delibera che conferma la fornitura di ausili ad alto contenuto tecnologico per la facilitazione della comunicazione e delle autonomie personali, tra i quali i «puntatori oculari» o le tecnologie «eye tracking».

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PS-SIR) 2012/2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5 novembre 2014, che al punto 2.3.4.3 "La riabilitazione: dal totale recupero della funzionalità alla valorizzazione dell'autonomia residua" stabilisce che per ogni persona con disabilità debba essere definita la proposta di un percorso riabilitativo integrato nei vari setting terapeutici e assistenziali;

Considerato che la programmazione sanitaria sviluppata ed attuata dalla Regione Toscana prevede che la "presa in carico dell'utente" si concretizzi nella erogazione di interventi secondo definiti programmi all'interno di uno specifico Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), finalizzato a consentire il miglior recupero possibile delle funzioni lese e, conseguentemente, la migliore qualità di vita e comprensivo sia delle prestazioni sanitarie di riabilitazione che, ove necessario, di quelle di assistenza protesica;

Preso atto che la Giunta Regionale, a partire dal 2008, ha stabilito che tra gli interventi che si configurano quali prestazioni di assistenza protesica siano da ricomprendere anche quelli relativi alla fornitura di ausili ad alto contenuto tecnologico, tra i quali i "puntatori oculari" o tecnologie "eye tracking", con l'obiettivo di agevolare e incentivare la comunicazione interpersonale e la possibilità di mantenere una soddisfacente vita di relazione anche nelle fasi più acute e invalidanti della patologia;

Rilevato che il settore degli ausili tecnologici si caratterizza per la complessa articolazione e complementarietà delle soluzioni, la loro rapida evoluzione, la costante necessità di specifica personalizzazione e che in tale contesto assume rilievo fondamentale l'operato dei vari professionisti che collaborano per la valutazione del bisogno, la programmazione e l'attuazione dell'intervento;

Preso atto che in Toscana esistono esperienze aziendali consolidate nel campo della "assistive technology", allocate principalmente presso i laboratori ausili aziendali istituiti presso le Aziende USL di Firenze, Prato, Livorno, Pistoia, Pisa, Arezzo, Massa e Grosse-

to, che hanno sviluppato specifiche competenze nel settore degli ausili elettronici ed informatici per la comunicazione, l'apprendimento e il controllo ambientale;

Constatato che i suddetti laboratori assicurano, tramite il lavoro di un'equipe multidisciplinare, una competente valutazione dei bisogni inerenti agli ausili ad alta tecnologia da erogare ai soggetti affetti da gravi patologie, ed operano, anche con riferimento di area vasta, in raccordo con i servizi dell'Azienda USL di residenza dell'utente, che garantisce comunque la presa in carico complessiva dello stesso;

Preso atto delle relazioni presentate annualmente dalle Aziende USL relativamente agli interventi attuati dai suddetti laboratori ausili, dalle quali emerge la necessità di proseguire il sostegno a tale livello di assistenza, al fine di consentire alle persone con disabilità percorsi appropriati e personalizzati per l'accesso ad ausili ad alta tecnologia, caratterizza-

La decisione affonda le radici nelle scelte effettuate dal 2008

ti da qualità e condivisione;

Stabilito di confermare l'impegno regionale nel campo degli interventi di assistenza protesica finalizzati al raggiungimento delle autonomie e di destinare, sulla base delle relazioni presentate da ciascuna Azienda USL relativamente all'anno 2014, la somma complessiva di euro 350.000,00, per far fronte agli oneri derivanti dalla erogazione di ausili per la facilitazione della comunicazione ai cittadini toscani affetti da gravissime patologie per l'anno 2015;

Ritenuto pertanto di destinare alle Aziende USL della Toscana la somma complessiva di euro 350.000,00 a valere sull'impegno 7918/2014 assunto con DD 6698/2014 sul capitolo n. 26054 "Interventi di assistenza sanitaria riabilitativa, protesica, termale e sperimentazione progetti innovativi" (fondo sanitario indistinto) del bilancio regionale annuale 2015, gestione residui;

Considerata la necessità di monitorare gli interventi attivati presso ciascuna Azienda sanitaria, impegnando conseguentemente ciascuna Azienda USL a presentare alla Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale una sintetica relazione finanziaria relativa alle prestazioni erogate;

Vista la L.R. n. 87 del 29 dicembre 2014 "Bilancio di Pre-

visione per l'anno finanziario 2015 e Pluriennale 2015/2017";

Vista la delibera G.R. n. 12 del 12 gennaio 2015 "Approvazione Bilancio gestionale autorizzatorio per l'esercizio finanziario 2015 e Bilancio gestionale Pluriennale autorizzatorio 2015/2017";

A voti unanimi

DELIBERA

1. di confermare, in armonia con quanto stabilito dalla Giunta Regionale fin dall'anno 2008, che la fornitura di ausili ad alto contenuto tecnologico per la facilitazione della comunicazione e delle autonomie personali, tra i quali i "puntatori oculari" o tecnologie "eye tracking", è inserita tra gli interventi che si configurano quali prestazioni di assistenza protesica;

2. di confermare, ai fini della prescrizione degli ausili di cui al punto 1, il ruolo dei laboratori ausili aziendali per la comunicazione, l'apprendimento e il controllo ambientale istituiti presso le Aziende USL di Firenze, Prato, Livorno, Pistoia, Pisa, Arezzo, Massa e Grosseto, che assicurano, tramite il lavoro di un'equipe multidisciplinare, una competente valutazione dei bisogni inerenti agli ausili ad alta tecnologia da erogare e operano, anche con riferimento di area vasta, in raccordo con i servizi dell'Azienda USL di residenza dell'utente, che garantisce comunque la presa in carico complessiva dello stesso;

3. di destinare alle Aziende USL della Toscana, per l'attuazione degli interventi di cui al punto 1, la somma complessiva di euro 350.000,00 a valere sull'impegno 7918/2014 assunto con DD 6698/2014 sul capitolo n. 26054 "Interventi di assistenza sanitaria riabilitativa, protesica, termale e sperimentazione progetti innovativi" (fondo sanitario indistinto) del bilancio regionale annuale 2015, da ripartire secondo quanto relazionato da ciascuna Azienda USL;

4. di dare atto che l'impegno e l'erogazione delle risorse finanziarie coinvolte sono comunque subordinati al rispetto dei vincoli derivanti dalle norme in materia di pareggio di bilancio, nonché delle disposizioni operative stabilite dalla Giunta regionale in materia;

5. di stabilire che le Aziende USL debbano presentare alla D.G. Diritti di cittadinanza e coesione sociale una sintetica relazione finanziaria relativa alle prestazioni erogate, che specifichi tipologia e costo dei vari dispositivi erogati;

6. di incaricare il competente Settore della D.G. Diritti di cittadinanza e coesione sociale di porre in essere gli atti necessari per la realizzazione delle azioni contenute nel presente atto. ●

EMERGENZE Siglata l'intesa per somministrare le terapie direttamente nelle aule



A scuola i farmaci salvavita

Regione, Anci e istituti di formazione definiscono come intervenire

Accordo di collaborazione per somministrare, direttamente nelle scuole, farmaci indispensabili e farmaci salvavita agli studenti che ne abbiano necessità: lo sottoscrivono Regione Toscana, Ufficio scolastico regionale e Anci Toscana in attuazione di una delibera approvata dalla Giunta regionale, in una delle ultime sedute prima della legislatura precedente, su iniziativa congiunta degli assessori regionali alla Sanità e all'Istruzione.

L'accordo concerne le modalità per somministrare, nelle scuole toscane e in orario scolastico, farmaci definiti salvavita e farmaci ritenuti indispensabili a quegli studenti che ne hanno bisogno. Ci sono infatti, nella vita scolastica di tutti i giorni, casi che possono comportare episodi acuti per cui il mancato intervento tempestivo nella sommi-

nistrazione del farmaco potrebbe risultare fatale all'alunno con conseguenze facilmente immaginabili. L'accordo, nello specifico, riguarda i piani terapeutici adottati dalle singole Aziende sanitarie locali per autorizzare la somministrazione di farmaci in orario scolastico, i piani di interventi personalizzati, le azioni che sono chiamati a svolgere dirigenti scolastici e insegnanti, i monitoraggi e le verifiche affinché possa essere garantito in massima sicurezza il tempestivo intervento, sia per l'alunno che per il personale scolastico che si è reso volontariamente disponibile.

Preceduto da numerose riunioni tecniche che hanno contribuito a sciogliere non pochi nodi problematici in una "matassa" non semplice di competenze, l'accordo riguarda anche l'inserimento, in ambito scolastico, dei

bambini con diabete: i dati dello specifico registro regionale sulle persone con diabete in età scolare stimano un soggetto ogni mille studenti, con un incremento annuo stimato attorno al 3,6%. Adesso tutti i soggetti interessati (famiglia, servizio sanitario regionale, scuole, associazioni) sanno cosa fare: per ogni attore (genitori, pediatri, medici di famiglia, responsabili distretti socio-sanitari, dirigenti scolastici, insegnanti e personale non insegnante, responsabili di associazioni) l'accordo, che ha valenza triennale, stabilisce i comportamenti finalizzati a garantire una accoglienza scolastica il più vicina possibile alla normalità e una permanenza, nelle aule, in condizioni di sicurezza.

Gli accordi sono stati redatti anche in armonia con i sindacati del comparto scuola con i quali si sono

svolti numerosi incontri anche in ragione di problematiche complesse, emerse in passato, su competenze e responsabilità del personale scolastico davanti a studenti che necessitano di farmaci salvavita.

I documenti approvati sostituiscono, integrano e migliorano quanto già contenuto in una precedente delibera approvata dalla Giunta regionale nel febbraio 2012. Già in seguito alla legge quadro sui diritti delle persone con handicap (la 104 del 1992) alcune associazioni di malati chiesero, con sempre maggiore frequenza, alla Regione Toscana che venisse regolamentata la somministrazione di farmaci nelle scuole ad alunni che ne avessero bisogno per la sicurezza della loro salute. Si ipotizzarono già da allora accordi fra amministrazione scolastica e Servizio sanitario regiona-

le per fornire indicazioni operative che permettessero agli alunni di continuare a frequentare le lezioni senza la necessità di doversi assentare, dall'orario scolastico, per assumere farmaci. Nel novembre 2005, in sede governativa nazionale, venne approvato un atto generale con specifiche «linee guida»: queste, pur prive di forza cogente, misero i dirigenti scolastici nelle condizioni di adottare prassi uniformi.

Si arriva quindi al 30 marzo 2009, data in cui venne avviata una «sperimentazione biennale» per somministrare farmaci a scuola e per «la gestione del bambino con diabete in ambito scolastico»: una sperimentazione che dette esito positivo e che condusse, appunto nel febbraio 2012, a due distinti «accordi di collaborazione», fra Regione toscana e Ufficio

scolastico regionale. Accordo di che adesso, anche perché scaduti, sono stati rinnovati e ulteriormente perfezionati anche per garantire un maggior livello di dettaglio, maggiori specificazioni di contenuto e un aggiornamento nella individuazione delle procedure.

Al secondo semestre 2009 (dati dal Registro regionale) i soggetti in età scolare con diabete erano 767, così distribuiti: 35 nella fascia di età 0-4 anni; 131 nella fascia 5-9 anni; 270 nella fascia 10-14 anni; 331 nella fascia compresa fra i 15 e i 19 anni. Si stima una prevalenza di un soggetto ogni mille studenti con un incremento annuo, stimato, sempre dai dati del Registro Ridi, del 3,6 per cento.

a cura di
Mauro Banchini
Agenzia Toscana Notizie

PIANO PER LE FAMIGLIE

Assistenza per i bambini colpiti dal diabete

La Regione Toscana ha anche sottoscritto, sempre insieme all'Ufficio scolastico e l'Associazione nazionale comuni italiani della Toscana per l'inserimento in ambito scolastico di un piano integrato di accoglienza/assistenza del soggetto con diabete in età evolutiva. Come concordato fra tutti gli attori interessati - famiglia, servizio sanitario regionale, istituzioni scolastiche, associazioni - ognuno di questi soggetti avrà un ruolo fondamentale per portare avanti l'accordo, di durata triennale.

Secondo quanto deciso la famiglia dovrà informare il personale scolastico della malattia del figlio, consegnando al Dirigente scolastico il piano individuale di trattamento diabetologico rilasciato dal centro specialistico di riferimento e relativi allegati integrativi, ma anche partecipare agli in-

contri a cui è convocata assieme al personale sanitario e scolastico. Così la famiglia, dando il materiale necessario alla scuola, comunica al personale scolastico coinvolto la presenza di eventuali problemi o criticità del figlio e/o aggiornamenti del Piano presentato e, nel caso in cui il bambino frequenti la mensa, fornisce all'ufficio di competenza lo schema alimentare personalizzato della dieta.

Al ruolo della famiglia si affianca il Servizio sanitario regionale che, operando in vari livelli, assicura la corretta informazione/formazione sanitaria agli operatori scolastici sui casi specifici, favorisce la comunicazione fra i soggetti coinvolti e pianifica e coordina le azioni necessarie, valutando e individuando le risorse

disponibili e concertando con i diversi interlocutori il percorso di risposta.

Nel particolare il servizio di diabetologia, che valuta tutti i casi, comunica tempestivamente l'insorgenza di un nuovo caso di diabete ai servizi sanitari e all'Usrt acquisito il consenso dei genitori fino alla maggiore età e, in caso di mancato consenso, informa i genitori dei rischi che ne derivano e si riserva di inviare la segnalazione alle autorità competenti. Inoltre il servizio fornisce al genitore o all'interessato, se maggiorenne, la lettera indirizzata al dirigente scolastico relativa alla certificazione di diabete, con informazioni chiare, stila e aggiorna il piano individuale di trattamento diabetologico e relativi allegati e fornisce al genitore o all'inter-

sato, se maggiorenne, il Piano individuale di trattamento diabetologico da consegnare al pediatra/medico di famiglia. Infine il servizio di diabetologia si rende disponibile per eventuali consulenze, richieste dagli operatori coinvolti nell'inserimento scolastico e per la formazione degli operatori sanitari e scolastici.

Grande importanza ricopre il pediatra/medico di famiglia che prende visione del Piano individuale di trattamento diabetologico e lo sottoscrive, collabora all'inserimento scolastico del proprio paziente con diabete, fornendo agli operatori coinvolti le informazioni sanitarie utili all'inserimento scolastico e valuta, con il Servizio di diabetologia pediatrica e con la famiglia, l'opportunità di richiedere l'intervento del Servi-

zio infermieristico distrettuale. Infine inoltra la suddetta richiesta al Servizio Infermieristico; collabora alla formazione degli operatori sanitari e scolastici.

In conclusione il Servizio sanitario si muove con il Responsabile del Distretto socio-sanitario di competenza che riceve le richieste di attivazione del Servizio infermieristico distrettuale dal pediatra e/o dal medico di medicina generale e dalla istituzione scolastica, promuove e coordina gli incontri fra le parti interessate e organizza la formazione specifica del proprio personale infermieristico, in accordo con il Servizio di diabetologia, e i successivi interventi. Il Sst termina il proprio compito, strettamente legato a quelli sopra descritti, con il servizio infermieristico che effettua la prestazione, attenendosi al Piano individuale di trattamento diabetologico.

ASSOCIAZIONI

Formazione ad hoc per integrazione e interventi

Nel progetto per l'inserimento in ambito scolastico di un piano integrato di accoglienza/assistenza del soggetto con diabete in età evolutiva, gli operatori scolastici svolgono un ruolo fondamentale per assicurare ai giovani studenti con diabete un'esperienza scolastica serena, sovrapprendendola in modo naturale a quella dei loro compagni. Affinché ciò si verifichi sono necessarie azioni ed interventi realizzati a diversi livelli. Ecco come si strutturano.

L'Ufficio scolastico regionale individua e sensibilizza i Referenti per l'Educazione alla salute presenti in ciascun Ufficio scolastico provinciale per costituire stabili punti di riferimento per le scuole sia per la problematica specifica, che più in generale, per i diversi argomenti di salute che riguardano i giovani.

Il Dirigente scolastico riceve dalla famiglia e dall'Usrt la segnalazione/certificazione del caso di diabete; consente l'informazione/formazione del personale scolastico

coinvolto, favorendone la partecipazione agli incontri organizzati per l'inserimento; facilita la relazione tra operatori scolastici, sanitari e genitori; garantisce la possibilità di una corretta conservazione del farmaco salvavita, presso la scuola; prende contatto con il responsabile del Distretto socio-sanitario di competenza per concordare le modalità di attuazione di eventuali servizi infermieristici all'interno della scuola.

Il personale scolastico docente e non docente invece deve favorire l'inserimento scolastico del bambino con diabete, partecipando alle riunioni organizzate per conoscere la malattia e le necessità legate al suo controllo; si adopera perché l'alunno possa partecipare a tutte le iniziative (uscite, giochi, feste scolastiche), tenendo presente le precauzioni del caso (sorveglianza, giusta dose di movimento, attenzione alla qualità e quantità di cibo); provvede alla corretta conservazione dei materiali e degli alimenti necessari per il controllo della glicemia; in-

dividua luoghi adeguati alle attività connesse al trattamento dell'alunno con diabete nel rispetto della privacy. Tra i compiti riservati a docenti e non docenti anche quello di consentire al bambino con diabete di assumere spuntini per prevenire o trattare un'ipoglicemia, usare il bagno e bere acqua, quando necessario, assentarsi da scuola per i controlli sanitari, considerando l'eventuale assenza giustificata da una dichiarazione della famiglia, anche senza ulteriori certificazioni mediche. Inoltre è necessario consentire allo studente che sia in grado di effettuare da sé le procedure della terapia e del controllo glicemico di provvedervi in forma autonoma. In caso di bisogno, e se fa parte del personale addetto, che ha dato la propria disponibilità e ha effettuato una specifica formazione, somministra il farmaco salvavita, secondo le indicazioni del Piano individuale di trattamento diabetologico. Infine il personale partecipa ai momenti di informazione/formazione or-

ganizzati per approfondire la conoscenza del diabete. La misurazione della glicemia e la somministrazione di insulina possono essere effettuate volontariamente dal personale scolastico. Resta comunque prescritto il ricorso al Ssn di Pronto soccorso nei casi in cui non sia possibile applicare il protocollo Terapeutico o questo risulti inefficace.

Le Associazioni, attraverso i propri consulenti tecnico-scientifici, forniscono alla scuola e alle famiglie degli studenti con diabete attività di consulenza e supporto per individuare e affrontare le criticità. Poi collaborano con la famiglia, il Servizio sanitario e le Istituzioni scolastiche e gli altri Enti coinvolti per la segnalazione di casi problematici e l'individuazione delle soluzioni e, infine, collaborano, preferibilmente con figure formate secondo la Dgrt 1275/2003, con il Servizio sanitario nell'ambito delle iniziative di formazione/informazione.

SIENA

Un progetto integrato per la salute materno-infantile nell'area senese

Informazioni per le mamme



Tre opuscoli multilingue su parto anonimo, lvg e immigrate irregolari

Massima attenzione alla salute di mamma e bambino nel progetto dicollaborazione tra l'Aou Senese, Asl 7 e Comune di Siena. Il lavoro è stato presentato durante la giornata di studio «Buone pratiche per il materno-infantile», che si è svolta all'ospedale Santa Maria alle Scotte di Siena. L'idea è nata nell'ambito della delibera n. 1227/2011 che prevede e dedica finanziamenti a progetti riguardanti buone pratiche per la salute delle mamme e dei bambini.

Tre opuscoli informativi. «Il progetto - spiega Lucia Rappuoli, responsabile Tutela dei minori Aous - è stato realizzato grazie a un gruppo multidisciplinare di professionisti dell'ospedale senese e del territorio, tra cui medici, infermieri, assistenti sociali, ostetriche ed educatrici, che insieme hanno definito linee guida e procedure socio-sanitarie ottimali, relative ai programmi assistenziali "Mamma Segreta", "Interruzione volontaria di Gravidanza" e "Gravidanza e Immigrazione",

attivati dall'Aou Senese in collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali, con lo scopo di realizzare protocolli integrati, creare percorsi condivisi e rafforzare l'integrazione socio-sanitaria».

Il progetto ha permesso anche la realizzazione di tre brochure multilingue, tradotte in inglese, francese e cinese, rivolte ai cittadini e contenenti informazioni chiare e semplici sui tre percorsi, con i riferimenti dei servizi territoriali e ospedalieri a cui rivolgersi

in caso di bisogno. Per il progetto «Mamma Segreta», un percorso che tutela - con la garanzia dell'anonimato - le madri che decidono di non riconoscere il proprio bambino e di partorire. I servizi ospedalieri e territoriali assicurano continuità socio-sanitaria alla madre e al figlio durante tutta la gravidanza e il parto. Nella brochure sono elencati i diritti che la mamma deve conoscere nel caso decida di intraprendere questo percorso, inclusa la possibilità di cambiare idea sulla sua scelta

entro 60 giorni dal parto. Un'altra brochure è dedicata all'Ivg e la terza brochure è rivolta alle donne incinte straniere e irregolari e contiene tutte le informazioni necessarie per ricevere cure mediche e supporto psicologico durante la gravidanza e richiedere un permesso di soggiorno temporaneo per maternità, valido fino ai sei mesi successivi al parto.

Claudia Barabesi
ufficio stampa Aou Senese

PISA

Sostegno alla disabilità in Palestina Un successo il «Ponte di mezzo»

Concluso il progetto promosso dalla Società della Salute della zona pisana e dall'Asl 5 di Pisa per il sostegno alla disabilità e il potenziamento delle competenze professionali del personale che opera nei centri per disabili in Palestina. Il progetto «Ponte di mezzo» - che ha previsto uno scambio di competenze e di esperienze e che si è concluso con la visita degli operatori palestinesi nelle strutture del territorio pisano - ha avuto come obiettivi l'aumento della capacità di presa in carico e la diffusione delle buone prassi in atto nei centri dedicati ai disabili, in particolare ai minori.

Il progetto, che si inserisce nel più ampio programma di cooperazione italo-palestinese promosso già dal 2004 dal ministero italiano degli Affari Esteri, ha visto la visita della delegazione pisana nei Comuni di Yatta e Somou, dove sono presenti due centri che svolgono tre tipi di attività rivolte a bambini con disabilità motorie gravi, a giovani con ritardo mentale e sindrome di down e a pazienti esterni che presentano esiti da patologie traumatiche o comunque con

decorso limitato nel tempo, o problemi di minore gravità.

In questi centri si è svolta, nel maggio scorso, l'attività di formazione da parte dei professionisti della Sds, della Asl 5 e dell'Aou di Pisa, che hanno lavorato per portare a termine il quarto e ultimo modulo formativo previsto e che aveva come obiettivo la formazione su nozioni utili all'organizzazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie e riabilitative sia in ambito ambulatoriale-domiciliare in fase intensiva, estensiva e cronica. Gli operatori si sono concentrati nel fornire le competenze necessarie a una classificazione delle casistiche trattate, sulla base di tre elementi: diagnosi, disabilità e contesto, così come previsto dall'Icf (International Classification of Functioning Disability and Health), la classificazione internazionale delle patologie.

Di queste missioni si è parlato nella conferenza conclusiva che si è svolta a metà giugno, e che ha di fatto concluso quest'importante esperienza.

Daniela Gianelli
ufficio stampa Asl 5 Pisa

PISTOIA

Record di solidarietà senza confini Crescono le donazione cordonali

Varca i confini nazionali la generosità delle mamme che hanno partorito nei punti nascita degli ospedali S.S. Cosma e Damiano di Pescia e San Jacopo di Pistoia: molte delle unità di sangue placentare, raccolte nel 2014, sono state trapiantate oltre che in Italia, anche all'estero, addirittura negli Stati Uniti e in Giappone.

«Ciò è possibile - spiega il coordinatore aziendale donazioni e trapianti dell'Asl 3, Eufrazio Girardi - perché il sangue, una volta raccolto nei nostri punti nascita, viene inviato alla Banca di Carreggi. Lì dopo i necessari controlli i dati genetici sono inseriti nella rete informativa visibile dai centri di tutto il mondo. Chi ha la necessità di effettuare un trapianto di cellule staminali può richiedere quella sacca farsela inviare e procedere al trapianto».

Anche le cellule staminali provenienti dagli ospedali pistoiatesi possono quindi essere utilizzate ovunque, per curare importanti malattie come le leucemie ed altre patologie ematologiche molto gravi, sia negli adulti che nei bambini.

Nel 2013 i punti nascita degli

ospedali della provincia pistoiatese si collocavano ai primi posti a livello regionale e nazionale con 485 donazioni; nel 2014 le sacche di sangue cordonale raccolte sono state addirittura 599: un record assoluto. La responsabile dell'area cellule del centro nazionale trapianti, Letizia Bombardini, oltre a complimentarsi con gli operatori, ha spiegato che rapportando il numero di abitanti che risiedono nel territorio della Asl 3 di Pistoia al numero di raccolte effettuate, otteniamo un risultato che colloca la generosità delle mamme pistoiatesi e il volume di attività svolto ai primi posti in Italia.

Il merito di questi risultati è certamente delle ostetriche: sono loro che «reclutano» e selezionano le potenziali donatrici: già durante i corsi di preparazione al parto, nei consultori e nei centri donna, propongono la donazione come atto di solidarietà. E sempre le ostetriche tutte formate ed esperte, effettuano il prelievo. La prima donazione di cordone ombelicale nella Asl 3 è avvenuta nel 2004 all'ospedale di Pescia.

Daniela Ponticelli
ufficio stampa Asl 3 Pistoia

SIENA

Un meccanismo rivela il «segreto» delle malattie autoimmuni mortali

Individuato il meccanismo che può causare la morte improvvisa nei pazienti affetti da malattie autoimmuni. L'importante risultato è frutto di uno studio tra l'Università di Siena, la State University di New York e l'Aou Senese, recentemente pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale «Circulation», a firma di Franco Laghi Pasini dell'Università di Siena, direttore del dipartimento di Medicina interna e specialistica dell'ospedale Santa Maria alle Scotte, insieme ai colleghi Pier Leopoldo Capecchi e Pietro Enea Lazzarini e Mohamed Boutjdir di New York.

«Alcune malattie autoimmuni - ha spiegato Laghi Pasini - tra cui il lupus, l'artrite reumatoide e il morbo di Sjogren, si associano alla possibile comparsa nel sangue di un particolare anticorpo, chiamato anti-Ro-SSA. In un gruppo di pazienti con tali caratteristiche sono state documentate alterazioni elettrocardiografiche correlate al rischio di morte improvvisa. Il nostro studio ha evidenziato come questo auto-anticorpo abbia la capacità di interagire sulle cellule cardiache con uno specifico canale ionico, che regola i movimenti del potassio, determi-

nando una specie di corto-circuito che può portare a un improvviso e fatale arresto cardiaco».

Lo studio ha quindi una grande importanza per le attività di prevenzione che possono essere svolte in questi pazienti.

«È quindi molto importante - aggiunge Laghi Pasini - individuare tempestivamente la presenza di questo anticorpo nei pazienti affetti da patologie autoimmuni e modulare le terapie in modo da prevenire eventuali crisi aritmiche fatali. Fondamentale sarà inoltre l'attività di counseling per i pazienti e i medici che li hanno in cura, allo scopo di far conoscere il rischio esistente e di evitare l'utilizzo di alcuni farmaci, anche di comune impiego in patologie intercorrenti, che possano potenziare l'effetto negativo dell'anticorpo e precipitare l'evento aritmico».

In occasione del congresso dell'American Heart Association, che si è svolto negli Stati Uniti, Lazzarini, a nome di tutto il gruppo di ricerca, è stato invitato a presentare i risultati di questo studio, che ha suscitato grande interesse.

Ines Ricciato
ufficio stampa Aou di Siena

IN BREVE

▼ LUCCA

Nell'Ospedale S. Luca di Lucca è stata inaugurata la mostra fotografica di beneficenza, in favore delle popolazioni del Nepal colpite dal terremoto, dal titolo "Namaste Nepal". Il via lo scorso 1° luglio. L'iniziativa si aggiunge a quelle inaugurate il 20 giugno nella zona commerciale della struttura, in concomitanza con l'incontro-dibattito, che si svolse nell'aula "Piera Sesti" del San Luca, a cui hanno partecipato operatori del Gruppo di Chirurgia d'Urgenza di Pisa che nei mesi scorsi si sono recati in Nepal per aiutare le popolazioni locali colpite dal terribile sisma. Lo scopo dell'iniziativa è far sapere cos'è successo in Nepal in quel tragico 25 aprile, le conseguenze del terremoto e l'encomiabile lavoro svolto dal Gruppo di Chirurgia d'Urgenza di Pisa, in cui opera anche un'ostetrica dell'Asl 2 di Lucca.

▼ GROSSETO

Sono 26 i bambini e i ragazzi diabetici che, accompagnati dai tutor e seguiti dal personale sanitario della Asl 9, hanno partecipato al 35° campo scuola per diabetici, in corso al camping Cielo verde di Marina di Grosseto, che si è tenuto fino al 27 giugno. Organizzato dalla Asl di Grosseto, in collaborazione con l'Associazione giovani diabetici (Agd), è finanziato dalla Regione Toscana ed è ormai diventato un appuntamento fisso per i ragazzi che soffrono di questa condizione. Non solo per i più piccoli, ma anche per quelli che, compiuti i 18 anni, continuano a collaborare al progetto in veste di tutor. Quest'anno i partecipanti arrivano da Firenze, Siena, Pisa, Massa Carrara, Roma e, naturalmente, Grosseto. Sono seguiti dai sanitari della Pediatria dell'ospedale Misericordia, in collaborazione con i professionisti di altri servizi e con i volontari dell'Agd, che offrono il proprio supporto per l'organizzazione.

▼ PISA

È nata l'Associazione dei chirurghi del piede diabetico. Fondata da Alberto Piaggi, direttore della Sezione dipartimentale «Piede diabetico» dell'Aou di Pisa, il neonato sodalizio, che riunisce chirurghi da tutto il mondo, è stato presentato nel corso dell'ultimo congresso internazionale sul piede diabetico (International Symposium on Diabetic Foot) svoltosi all'Aja, appuntamento quadriennale che ha riunito i massimi esperti della materia. A questo evento tutto lo staff pisano ha partecipato con ben 8 interventi, fra comunicazioni orali e poster, a testimonianza dell'alta casistica di attività e dell'esperienza ormai ultratennale che il centro pisano - di riferimento europeo per la cura di questa patologia - ha accumulato nel tempo, grazie alla peculiarità dell'approccio multidisciplinare con il contributo di tutti gli specialisti coinvolti.

▼ PISA/2

Alfonso Cristaudo, direttore dell'Unità operativa di Medicina preventiva del lavoro dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa, è stato nominato segretario nazionale italiano dell'Icoh (International Commission of Occupational Health), l'organizzazione scientifica internazionale della medicina del lavoro, nel corso del recente congresso di Seoul, in Corea, alla presenza di 2mila delegati. Fondata nel 1906, l'Icoh è presente in 93 paesi ed è riconosciuta all'Onu, all'Oms-Organizzazione mondiale della sanità e all'Ilo-Organizzazione internazionale del lavoro. Questo incarico si somma a quello di responsabile nazionale scientifico e della formazione della Simlii (Società italiana di medicina del lavoro e igiene industriale) e alla carica di presidente della sezione regionale toscana della stessa società scientifica.

