

Un strumento che aiuta a programmare

di Sabina Nuti *

Il Sistema di valutazione della salute in carcere della Regione Toscana, messo a punto dal Laboratorio management e Sanità della Scuola S. Anna, è giunto al suo secondo anno, con la pubblicazione dei risultati 2013. E quest'anno, per la prima volta, i dati raccolti sono stati valutati, introducendo anche per gli Istituti penitenziari lo strumento del bersaglio, ormai ben noto a tutti gli altri attori del sistema.

Quando, nel 2011, la Regione Toscana chiese al Laboratorio Mes di definire un sistema per la valutazione delle performance della sanità penitenziaria, questa ci apparve subito come una sfida significativa. Il Dpcm dell'1/04/2008 aveva sancito, tre anni prima, il passaggio della responsabilità in materia di tutela della salute dei detenuti dal ministero della Giustizia al ministero della Salute. Già molte azioni erano state intraprese in questa direzione a livello regionale: ma quello della sanità penitenziaria restava un ambito radicalmente diverso da quelli in cui il Laboratorio Mes era abituato a operare. Le difficoltà più significative riguardavano infatti l'assenza di un sistema informatizzato per la raccolta dei dati sanitari, condizione che rendeva particolarmente impegnativo lo sviluppo di un set di indicatori.

Il Laboratorio Mes, con il sostegno della Regione e seguendo quella

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

Dal Mes-Sant'Anna il "bersaglio" sugli indicatori di cura in carcere

Quale salute per i detenuti

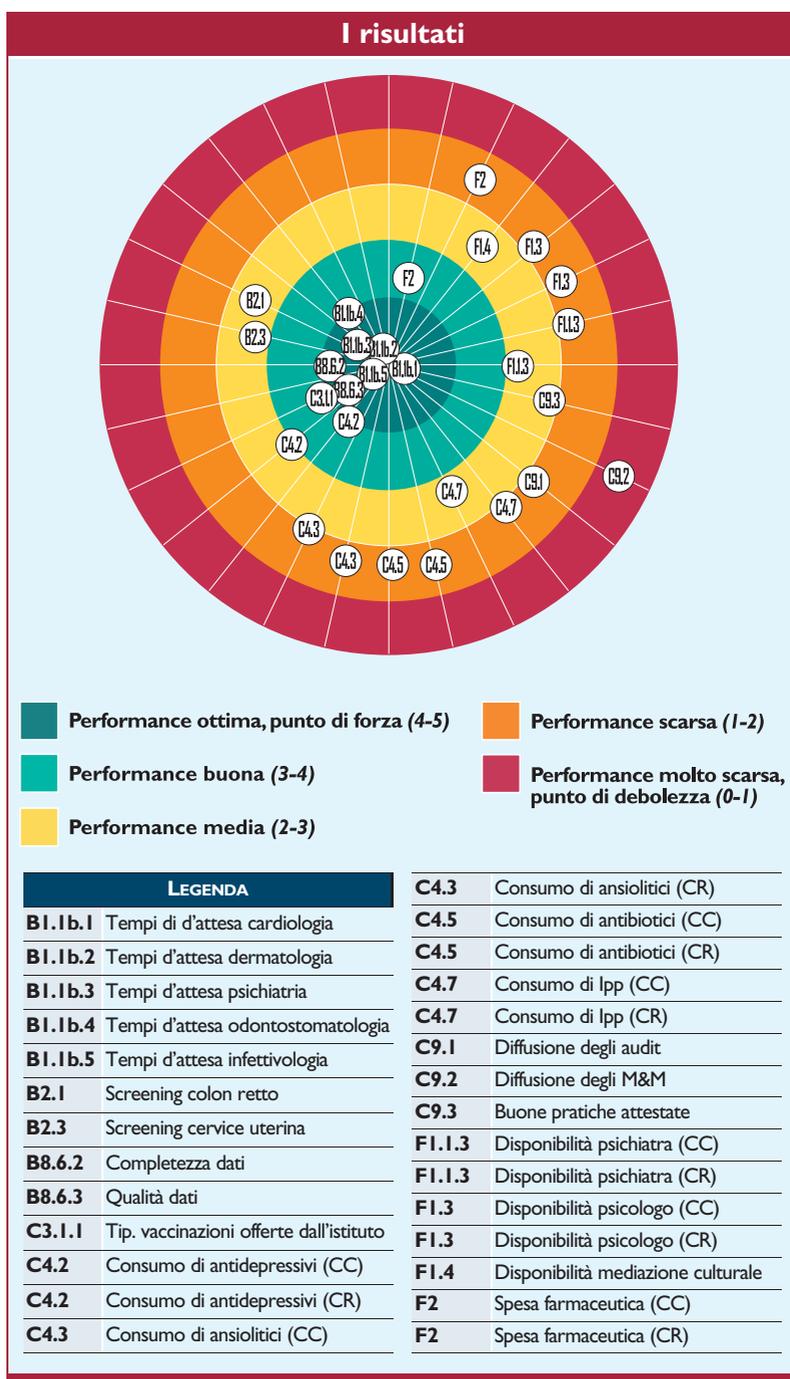
Screening e vaccinazioni da potenziare - Antidepressivi, allarme consumi

Anche la sanità penitenziaria toscana da oggi ha i suoi "bersagli". È stato pubblicato il Report 2013 sul Sistema di valutazione della Salute in carcere della Regione Toscana, messo a punto dal Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che per la prima volta introduce la valutazione in benchmarking tra gli Istituti penitenziari regionali.

Sul territorio toscano si contano 5 case di reclusione, 12 case circondariali, un Ospedale psichiatrico giudiziario, 2 Istituti penali minorili. In questo contesto, gli indicatori messi a punto hanno cercato di dar conto della complessità della presa in carico dei detenuti, persone con profili di salute spesso fragili, esposte a un ambiente fortemente patogeno per condizioni di promiscuità e sovraffollamento.

Quali sono i risultati della valutazione 2013? Le performance migliori a livello regionale, pur con qualche criticità in alcuni Istituti, si sono registrate nei tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale. Sono stati calcolati solo per le prestazioni di cardiologia, dermatologia, psichiatria, odontostomatologia, infettivologia effettuate internamente al carcere, con performance complessive sempre superiori al 90%. I tempi di attesa sono però stati calcolati a 30 giorni, e non a 15, come avviene per la popolazione libera, in considerazione del fatto che in molti Istituti l'accesso degli specialisti avviene mensilmente.

Da migliorare, invece, l'offerta di screening oncologici, soprattutto per quanto riguarda lo screening del colon-retto: in molti Istituti si registrano percentuali troppo basse di detenuti in fascia di età a rischio invitati a effettuare gli appositi esami, con una media regionale che non arriva al 43% e con situazioni particolarmente critiche a Porto Azzurro, Livorno e Siena. Non va dimenticato invece che la detenzione può rappresentare un'inaspettata occasione di salute per persone che altrimenti quasi certamente sfuggirebbero, per condizioni socio-economiche e sti-



le di vita, alle attività di prevenzione. Da aumentare anche l'offerta di vaccinazioni (Epatite A, Epatite B, Tetano, Influenza), che a oggi risulta molto difforme tra i vari Istituti senza che se ne ravvisino ragioni di tipo epidemiologico. E va intensificato il lavoro sulla gestione del rischio clinico: gli indicatori sono in fascia rossa nella maggior parte delle strutture considerate.

I numeri sul consumo di farmaci meriterebbero un capitolo a sé. I dati raccolti dal flusso Fes (gli unici del sistema a provenire da un flusso amministrativo regionale) descrivono consumi estremamente elevati per antidepressivi, ansiolitici, antibiotici, Inibitori della pompa protonica (Ipp), pure se con sensibili differenze tra case circondariali e case di reclusione e anche all'interno della stessa tipologia di Istituti. Il consumo di antidepressivi e di Ipp in alcuni Istituti di pena arriva a valori anche quattro volte superiori a quelli relativi alla popolazione libera. Lo stesso dicasi per gli antibiotici: il valore regionale riferito alle case circondariali è 84,20 Ddd (Defined daily dose), a fronte delle 22,55 Ddd riferite alla popolazione libera. Questi dati confermano quanto presente in letteratura, ma devono comunque spingere a una riflessione sull'attività prescrittiva all'interno delle carceri.

Il sistema di valutazione ha dunque messo in luce alcune criticità specifiche, e ha in generale fatto emergere una notevole variabilità tra gli Istituti anche negli indicatori non valutati (dai volumi della specialistica ambulatoriale alle visite di base, al ricorso al pronto soccorso). Per questo confidiamo che, anche grazie alla preziosa collaborazione dei referenti e degli operatori della salute in carcere, possa essere un utile strumento per la programmazione regionale in un ambito così complesso e sfidante.

Giulia Capitani e Nicola Iacovino
Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore S. Anna

CONTROCANTO

Le ricette per garantire pari dignità

di Franco Corleone *

Il Report di valutazione dello stato di salute nelle carceri toscane testimonia la volontà della Regione di mettere a punto la maggiore efficacia della "macchina" per garantire alle persone detenute il diritto universale alla tutela della salute in modo equiparabile alla popolazione libera.

Questo assunto che afferma un principio di

uguaglianza, cozza contro una situazione oggettiva e soggettiva di differenza abissale tra i reclusi e i cittadini liberi. Lo Stato ha una responsabilità assoluta verso i corpi prigionieri e la salvaguardia della vita e la promozione della salute devono essere garantite in misura maggiore ri-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI E DELIBERE

▼ **Personale, eccedenze nel mirino**

La giunta regionale ha fornito alle Aziende ed enti del Ssr, nella prospettiva della riorganizzazione degli assetti complessivi del Sistema, gli indirizzi per l'avvio di un percorso di analisi per la verifica di eventuali eccedenze di personale. Scelta dettata dalla legge di stabilità per l'anno 2015, che prevede, unitamente a importanti interventi di razionalizzazione e revisione dei modelli nei diversi ambiti degli assetti istituzionali, un'ulteriore contrazione delle risorse destinate alle Regioni che incide inevitabilmente sulla spesa sanitaria. (Delibera n. 932 del 27/10/2014)

▼ **Fondi a progetti di pediatri e Asl**

La Regione sosterrà i progetti pediatrici relativi agli "Screening per la valutazione dello sviluppo della comunicazione e della relazione" e "Percorso assistenziale per il bambino in eccesso ponderale" con 400mila euro. Che serviranno per coprire gli oneri derivanti dallo svolgimento, da parte dei pediatri convenzionati, delle attività previste dai progetti. Con successivi decreti si daranno alle Asl finanziamenti sulla base del numero dei follow-up eseguiti dopo il bilancio di salute del 10° anno e degli screening della comunicazione e della relazione effettuati al "bilancio" del 18° mese. (Delibera n. 975 del 10/11/2014)

ALL'INTERNO

Lotta al fumo senza confini

A PAG. 2

Il Meyer va al restyling

A PAG. 3

Contro la Tbc a tutto campo

A PAG. 4-5

PARTENARIATI Il toscano Ispo guida un progetto tra sette Paesi del Mediterraneo



Lotta senza confini al fumo

Giovani protagonisti: l'obiettivo è diffondere buone pratiche preventive

Per la prima volta un progetto di partenariato che vede coinvolti i Paesi dell'area del Mediterraneo studia le politiche di contrasto al fumo nei giovani. L'obiettivo del progetto, che vede come capofila per l'Italia un gruppo di ricercatori dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze, è quello di selezionare e diffondere buone pratiche per la prevenzione del consumo di tabacco negli adolescenti.

Quattro le aree di valutazione individuate dal progetto: campagne mediatiche anti-tabacco, etichettatura dei pacchetti di sigarette con immagini ad alto impatto emotivo, regolamenti scolastici di divieto di fumo, interventi per l'adozione di case e auto libere dal fumo. Le buone pratiche selezionate saranno diffuse in 6 Paesi del Mediterraneo, oltre l'Italia: Turchia, Egitto, Libano, Marocco, Tunisia e Kuwait. La diffusione avverrà tramite un report di raccolta delle buone pratiche prescelte dai ricercatori e l'organizzazione di un workshop finale a cui parteciperanno gli

addetti ai lavori dei Paesi coinvolti che si terrà nella primavera del 2015 presso il ministero della Salute. Una preziosa occasione di confronto su un tema di importante prevenzione primaria.

I ricercatori Ispo, che sono al lavoro dallo scorso gennaio, hanno ottenuto un finanziamento del ministero della Salute nell'ambito del Programma Euromed, che coinvolgerà una serie di operatori da tutto il Mediterraneo. Lo scopo di questo lavoro condiviso è anche quello di creare una rete di esperti del tabagismo nell'area del Mediterraneo, in modo da facilitare, nei prossimi anni, gli scambi su interventi e politiche messe in campo dai singoli Paesi. Il report del primo semestre dello studio è stato illustrato

nei giorni scorsi da Giuseppe Gorini, ricercatore Ispo ed esperto di tematiche legate al tabagismo, nel corso di un convegno organizzato a Roma dal ministero della Salute e che rientra tra le iniziative organizzate nell'ambito del semestre di Presidenza italiana dell'Unione europea.

Quattro le aree di valutazione scelte dai ricercatori



«L'avvio di questo progetto che ha beneficiato di un finanziamento del ministero della Salute - spiega Gianni Amunni, direttore generale di Ispo - rappresenta la conferma che i nostri ricercatori hanno ormai maturato una competenza riconosciuta anche a livello internazionale. La lotta al tabagismo è uno dei filoni principali nell'ambito della prevenzione primaria, che da sempre costituisce una delle principali attività del nostro Istituto». «Sono convinto - spiega Gorini - che uno dei punti di forza dello studio sia quello di permettere agli esperti di sviluppare più agevolmente interventi che non sono ancora stati adottati, facendo tesoro dell'esperienza degli altri».

L'allarmante primato delle ragazze italiane. Nei

Paesi che stanno partecipando allo studio ci sono 32,5 milioni di fumatori di sesso maschile, di cui la maggior parte proviene dalla Turchia, dall'Egitto e dall'Italia. Le fumatrici sono 10,7 milioni: la maggior parte di loro risiede in Italia, Turchia e Libano. Secondo l'inchiesta Global Youth Tobacco Surveys, l'Italia ha un primato decisamente negativo tutto al femminile: la prevalenza più alta di fumatrici è stata registrata dalle ragazze italiane (22%), seguite dai coetanei maschi del Kuwait (20%), Italia (19%) e Libano (18%).

Ambienti senza fumo. Secondo i dati del Rapporto Mpower, in tutti i Paesi partecipanti, a eccezione della Tunisia, è vietato fumare in strutture educative: in Kuwait, Tur-

chia, Marocco e Italia il divieto di fumare a scuola si estende alle aree esterne (cortili e parcheggi), mentre in Tunisia, Libano ed Egitto il divieto riguarda solo le aree indoor della scuola.

Etichettatura dei prodotti da tabacco. Secondo i dati Mpower, in Egitto, Turchia e Kuwait sono già stati introdotti pittogrammi di avvertenza nei pacchetti di sigarette, mentre il Libano e l'Italia hanno avvertenze sanitarie solo in formato testo di grandezza media, senza immagini che illustrano i danni da fumo e malattie fumo-correlate con testimonial. L'Italia ha introdotto nuove avvertenze di testo nel 2003 con gli altri Paesi della Comunità europea, ma sul fronte delle immagini, è in ritardo rispetto a Regno Unito, Irlanda, Belgio, Francia, Danimarca, Spagna e Romania.

Campagne mediatiche anti-tabacco. Le migliori campagne mediatiche - con almeno sette caratteristiche positive previste da Mpower - sono state sviluppate in Turchia, Tunisia, Kuwait ed Egitto. Le cam-

pagne mediatiche organizzate in Italia hanno solo due caratteristiche adeguate. Meglio, comunque, del Marocco che non ne ha mai fatta una. Nel Belpaese dal 2004 in poi sono andate in onda circa cinque campagne per un massimo di due mesi l'anno. I temi principali sono stati l'introduzione del divieto di fumo nel 2005 e la prevenzione tra i giovani.

Il controllo del tabacco è sotto-finanziato. Una caratteristica è condivisa da tutti i Paesi partecipanti al progetto: il controllo del tabagismo non è finanziato adeguatamente dai governi. A esempio, in Ita-

lia ogni anno vengono raccolti circa 14 miliardi di euro attraverso la tassazione delle vendite di tabacco, mentre solo 1,25 milioni di euro vengono spesi per lo svi-

luppo di misure di contrasto al tabagismo. In Egitto la situazione è ancora peggiore: ogni anno il Governo raccoglie circa 16 miliardi di dollari spendendo solo 30mila dollari per la prevenzione.

Maria Vittoria Giannotti
ufficio stampa Ispo

Vantaggi attesi dallo scambio di buone pratiche

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Ospedali promossi a pieni voti da Agenas e Cittadinanzattiva

Ospedali toscani promossi a pieni voti quanto a umanizzazione, con un punteggio superiore alla media nazionale. È quanto emerge dal Progetto nazionale "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", condotto da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) insieme alle Regioni e all'Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva. I risultati sono stati presentati pochi giorni fa a Roma.

A livello nazionale, erano coinvolti nel progetto 287 ospedali, la Toscana ha partecipato con 27 ospedali, di cui 21 pubblici e 6 privati. Il punteggio finale complessivo

è stato di 7,6, rispetto a una media nazionale di 6,5. Le voci prese in considerazione per la valutazione del grado di umanizzazione dell'assistenza ospedaliera erano ben 144, articolate in quattro gruppi: processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; accessibilità fisica, vivibilità e comfort della struttura; accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza; cura della relazione e della comunicazione tra i professionisti e l'utente/paziente.

«Siamo molto contenti di questo ulteriore riconoscimento che ci viene da Agenas - è il commento dell'assessore al diritto alla Salute Luigi Marroni -. Il Programma

Nazionale Esiti aveva dato un'ottima valutazione sulla qualità delle nostre cure ospedaliere. Ora questa indagine, condotta in collaborazione con le associazioni dei cittadini, rivela che nei nostri ospedali c'è anche un buon livello di attenzione alla relazione con il paziente. Anche di questo, ringrazio tutti gli operatori della nostra sanità».

Le visite sono state effettuate in un arco di tempo che va dal novembre 2013 a metà febbraio 2014, dopo una specifica formazione delle équipe miste composte sia da professionisti che da cittadini. Sono state coinvolte 27 équipe aziendali e 36 associazioni di cittadini, per un totale di



circa 150 persone. Nell'allegato qui sotto, l'elenco delle strutture toscane, sia pubbliche che private, coinvolte nel progetto.

Agenzia Toscana Notizie

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

spetto a coloro che hanno libertà di scelta.

Il sistema sanitario di fronte alle "mancate traduzioni", cioè a visite mediche o prestazioni annullate per indisponibilità della scorta non può limitarsi a indicarla come una questione organizzativa di competenza dell'Amministrazione penitenziaria.

Alcuni dati sono impressionanti. Non solo i suicidi, ma soprattutto i tentati suicidi, ben 131 e i 5.595 atti di autolesionismo. Altrettanto indicativo di uno stato di sofferenza diffuso è il dato dei consumi di antidepressivi e ansiolitici. Viene confermato il quadro offerto dalla Agenzia regionale di Sanità che ha rilevato nel 2012 che solo il 27% dei detenuti toscani risulta sano.

Lo sforzo di investimenti deve essere accompagnato da scelte di contenuto. Ne elenco alcune: rendere effettiva la cartella sanitaria informatizzata; rafforzare progetti che garantiscano la continuità terapeutica all'uscita dal carcere; garantire le cure odontoiatriche e le protesi; favorire l'apertura di sportelli salute coinvolgendo detenuti con funzioni di "pari" per l'informazione sui servizi e sull'educazione all'uso dei farmaci e sull'opportunità dei test; predisporre una politica di riduzione del danno per i tossicodipendenti assicurando un trattamento metadonico a mantenimento per evitare il rischio di overdose all'uscita dal carcere; prevedere il diritto del detenuto a essere seguito dal medico di fiducia.

Una attenzione particolare merita il capitolo riguardante i tossicodipendenti che sono tanti in cifra assoluta e in percentuale; desta una certa perplessità la differenza tra la percentuale di detenuti in carico al Sert tra istituto e istituto, con punte macroscopiche tra il 4,43% di Pisa e il 42,86% di Empoli.

Anche i dati di invio di detenuti tossicodipendenti in comunità o in misura alternativa mostrano differenze stratosferiche e comunque cinquecento soggetti che avrebbero titolo restano in carcere. L'abbattimento del sovraffollamento e quindi dell'emergenza, può consentire un modello qualitativamente più alto.

* Garante dei diritti dei detenuti

Uno strumento che aiuta... (segue dalla prima pagina)

che ormai è una sua prassi abituale, la collaborazione con i professionisti, ha allora iniziato un percorso con i referenti aziendali per la salute in carcere: sia per la definizione degli indicatori da calcolare (quali le aree più critiche da monitorare? Quali i problemi di salute emergenti in contesto detentivo?), che per la costruzione di una metodologia il più possibile robusta, ma anche realisticamente applicabile per gli operatori della sanità penitenziaria.

Il risultato, costruito nel tempo e in continua evoluzione, è il nuovo sistema di valutazione. L'obiettivo è che questo innovativo strumento possa contribuire significativamente alla programmazione regionale in materia di sanità penitenziaria, evidenziando

do i margini di miglioramento su cui è necessario lavorare e integrandosi con il più ampio sistema di valutazione delle Aziende sanitarie. In una prospettiva che riconosce a pieno titolo gli Istituti penitenziari come presidi sanitari territoriali.

Di sicuro un primo, importante traguardo è già stato raggiunto: gli operatori della sanità penitenziaria, a lungo separati dal sistema sanitario regionale, hanno collaborato con sempre maggiore entusiasmo e convinzione alla definizione del sistema, accettando il confronto e dimostrando volentieri di contribuire al cambiamento.

* Direttore Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore S.Anna di Pisa

SSR AI RAGGI X Ampliati gli spazi, nuova sala d'attesa «osservata» e il triage si fa in tre

Restyling del Ps al Meyer



Un ambulatorio per il Codice Rosa e zona filtro per patologie infettive

Mai più i bambini in attesa nel corridoio. L'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze ha inaugurato un nuovo pronto soccorso per dedicare una maggiore attenzione ai 45mila piccoli pazienti che, ogni anno, varcano le sue porte. Per loro il personale del servizio di emergenza, dopo aver ascoltato le famiglie, ha pensato a inedite soluzioni, ad iniziare dalla nuova sala di attesa osservata, dove su comode poltroncine arancioni e sui lettini blu i bambini non gravi riceveranno assistenza immediata, così da stare subito un po' meglio e ridurre la loro permanenza in pronto soccorso, senza stazionare nei corridoi.

Anche il triage si fa in tre, ovvero triplica le postazioni, per rendere più fluido l'accesso al servizio, con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa. Ma c'è di più. Il nuovo pronto soccorso del Meyer non solo amplia gli spazi interni per i piccoli, ma destina un ambulatorio al progetto del Codice Rosa e una nuova zona filtro per i bambini con patologie infettive. Il tutto, senza dimenticare la dimensione del gioco che invade tutte le

sale di attesa e le nuove aree di cura dentro al pronto soccorso. Queste alcune delle novità del servizio di emergenza che, nella sua nuova veste, è stato inaugurato da Luigi Marroni, Assessore regionale per il Diritto alla Salute, Alberto Zanobini, Commissario dell'Ospedale pediatrico Meyer e da tutto il personale protagonista. Sono stati proprio loro, medici e infermieri del pronto soccorso, a illustrare



Ambienti di accoglienza al pronto soccorso dell'ospedale pediatrico fiorentino



come è cambiato alla presenza di Stefano Masi, responsabile del pronto soccorso, Emiliano Talanti, infermiere del servizio di emergenza e Francesco Pugelli, medico della Direzione sanitaria che ha seguito il progetto e Franco Berti, coordinatore consiglio direttivo Associazioni dei genitori.

Il miglioramento nasce dagli infermieri. Proprio dal personale che quotidianamente lavora in pronto soccorso è nata l'idea del miglioramento complessivo del Servizio di emergenza. Gli infermieri e il personale sanitario front-line si sono po-

sti il problema di pensare a percorsi differenti per agevolare i flussi dei pazienti all'interno del pronto soccorso. È qui che si è dato vita a un vero e proprio team ("Gestione e innovazione del pronto soccorso" il suo nome) composto da 7 infermieri, 3 medici, dal responsabile del pronto soccorso e da un coordinatore infermieristico. Ognuno con il compito di curare e sviluppare un particolare aspetto: c'è chi - a esempio

si è occupato di analizzare i dati di accesso al servizio e chi invece ha analizzato le strutture, come la sala d'attesa. Nell'ultimo anno e mezzo il team si è riunito una volta al mese e il risultato è stato un progetto per migliorare l'organizzazione del lavoro partendo da un ripensamento dei percorsi, degli spazi e dell'accoglienza. Il progetto è stato presentato alla direzione del Meyer ed è subito entrato nel vivo della fase organizzativa. I lavori si sono svolti molto rapidamente, senza creare eccessivi disagi e disservizi anche grazie al supporto di tutti i magnifici volontari che lavorano al Meyer. E oggi il pronto soccorso, in gran parte rinnovato, si apre ai bambini e alle famiglie.

Cosa cambia. Il nuovo pronto soccorso dispone di ben tre postazioni di prima valutazione, dove l'infermiere insieme al medico offriranno una immediata presa in carico dei casi in attesa, decidendo il percorso assistenziale che il bambino dovrà fare. Altra grande novità è la nascita di una sala di attesa osservata, cioè presidiata dall'operatore sanitario dove il bambino, clinicamente già inquadrato, può sostare per quei trattamenti

che possono consentirne la dimissione in tempi brevi, senza dover attendere nei corridoi del pronto soccorso. Il bambino viene così preso in carico immediatamente, in un ambiente attrezzato, confortevole e protetto, con sette postazioni (4 poltrone e 3 lettini) dove all'occorrenza può cominciare da subito le prime cure. Infine una nuova sala sarà dedicata all'accoglienza dei "codici rosa", nell'ambito del progetto regionale che prevede un percorso di accesso riservato per tutte le vittime di violenza.

«La nuova organizzazione - come ha illustrato Stefano Masi, responsabile del pronto soccorso - risponde ai criteri regionali più innovativi e alle più moderne impostazioni organizzative nei flussi dei pazienti in urgenza. L'obiettivo è quello di ridurre il più possibile i tempi di attesa, anche attraverso una riorganizzazione del lavoro attentamente pianificata, per poter, ad esempio, identificare subito i bambini che avranno bisogno di una consulenza di uno degli specialisti del Meyer e separare il loro percorso da quello di chi invece può essere dimesso al termine della visita».

I numeri del pronto soccorso. Nel 2013 il pronto

soccorso del Meyer ha registrato 42.722 accessi. Di questi 4.646 erano codici gialli, 25.300 verdi, 12.541 erano codici bianchi e 235 rossi, i più gravi. Ogni anno, poi, oltre 1.000 bambini visitati in pronto soccorso ricevono interventi chirurgici urgenti. Al pronto soccorso del Meyer è inoltre collegato il Trauma Center, struttura unica nel suo genere in Italia e centro di riferimento regionale a cui vengono indirizzati i bambini con traumi maggiori e minori, provenienti da tutta la Toscana. Il pronto soccorso, dal 2007, porta avanti un innovativo programma di simulazioni e pediatrica, che non ha eguali nel nostro Paese, per formare il personale sanitario ad affrontare emergenze reali utilizzando manichini ad alta fedeltà e ricreando, con l'ausilio della tecnologia, scenari di intervento (da quelli routinari a quelli più rari e alle emergenze).

Le performance del pronto soccorso. Ecco alcuni numeri che racchiudono le performance del servizio di emergenza del Meyer: 98% pazienti con

codice giallo visitati entro 30 minuti; 86% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora; 91% pazienti con codice verde con tempo di permanenza <4ore; 93% di utenti che si ritengono adeguatamente informati al momento della dimissione dal pronto soccorso; solo 2% di abbandoni.

Il Meyer pronto a fronteggiare Ebola. Nel nuovo pronto soccorso è stata realizzata una nuova zona filtro che permette di gestire in sicurezza i pazienti con malattie infettive contagiose, come per esempio Ebola. La nuova zona è stata testata durante la simulazione organizzata al Meyer la scorsa settimana che ha consentito a tutto il personale sanitario coinvolto di prendere dimestichezza con le procedure da adottare e il kit di protezione personale in caso di arrivo di sospetto caso di Ebola. La prova si è dipanata lungo tutto il percorso: dall'arrivo dell'ambulanza al pronto soccorso dove è collocata la nuova zona filtro, al reparto di Pediatria dove vi sono 4 camere dotate di zona filtro e, infine, alla Rianimazione dove vi sono spazi simili, anch'essi con filtro per far fronte a bambini con questa patologia. La simulazione è servita per sincronizzare l'organizzazione complessiva e ha consentito l'immediata verifica dell'operatività di strutture e operatori sul fronte dell'emergenza. Il Meyer è pronto ad affrontare anche questa emergenza.

a cura di
Roberta Rezoalli
e Giulia Righi
 ufficio stampa
 Aou Meyer Firenze

Ogni anno
45mila piccoli
 pazienti

L'obiettivo:
 ridurre i tempi
 d'attesa

CASI IN CONTINUO AUMENTO IN ETÀ PEDIATRICA

Fare luce sul diabete per contrastare l'epidemia tra i bambini

Un'epidemia chiamata diabete in età pediatrica. Crescono ogni anno di più i piccoli pazienti seguiti dal Centro regionale per la diabetologia pediatrica del Meyer. Il che conferma come questa malattia, nelle sue varie forme, sia una presenza rilevante nella vita di tanti bambini e adolescenti.

Da qui l'importanza di sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema, come è avvenuto nel corso della Giornata mondiale del diabete celebrata all'Ospedale pediatrico fiorentino con iniziative capaci di sensibilizzare le famiglie, le istituzioni, le scuole e le associazioni. Tra le iniziative realizzate ricordiamo l'accensione della luce blu che ha illuminato la facciata e tutto lo spazio della Hall Serra con l'invito di "fare luce sul diabete".

Durante la tavola rotonda a cui ha partecipato come testimone il giocatore Viola

Borja Valero, sono emersi il quadro complessivo della malattia e l'impatto che ha sulla vita di tanti bambini e quindi famiglie toscane.

«Il diabete è una presenza sempre più assidua tra i nostri bambini - spiega Sonia Toni, responsabile del Centro regionale -. Ricordo che sono circa 110 i nuovi casi di diabete di tipo 1 che ogni anno registriamo. Si tratta del diabete di tipo 1: la forma insulino-dipendente, vera e propria malattia cronica frequente in età pediatrica, dovuta alla distruzione delle cellule che producono insulina. È una patologia in progressivo aumento quantificabile in circa il 3,6% di casi in più ogni anno e con una progressiva diminuzione dell'età alla diagnosi».

Ma la vera e propria emergenza è il diabete di tipo 2, un tempo relegato alla sola età adulta e associata a scorretti stili di

vita, quali obesità e sovrappeso.

«Questa forma di diabete sta avendo un'espansione esponenziale in tutto il mondo, tanto che si parla di diabetosi - prosegue Sonia Toni -. Un termine quest'ultimo che lascia intendere sia l'associazione fra obesità e diabete tipo 2, sia la diffusione mondiale del problema. Ebbene nel nostro Centro ogni anno contiamo 4-5 nuove diagnosi. Un numero elevato, troppo».

«Per questa patologia molto si può fare con la prevenzione - continua la responsabile del centro regionale diabete - migliorando gli stili di vita (innanzitutto alimentazione corretta e lotta alla sedentarietà). Si stima che nel mondo siano oltre 250 milioni le persone con diabete di tipo 2 e che per ogni soggetto diagnosticato ce ne siano almeno altri 2 che non sanno di averlo. È importante diagnosticare precocemente il

diabete tipo 2 perché il semplice miglioramento dello stile di vita può permettere la risoluzione del quadro clinico. Va ricordato che il diabete mellito tipo 2 è gravato da complicanze anche molto invalidanti e proprio per questo all'ospedale pediatrico Meyer sono in corso studi su nuovi farmaci per ridurre il rischio».

Non è tutto. Si osserva una crescita anche per le diagnosi di diabete monogenico, conosciuto anche come Mody, una forma di diabete di tipo ereditario. Anche su questo fronte, purtroppo, il Centro di Diabetologia pediatrica dell'ospedale Meyer registra ogni anno 10-12 nuovi casi. «È più che mai importante - conclude Sonia Toni - avere consapevolezza di questa malattia e dei suoi sintomi, perché con il diabete è anche possibile convivere. A patto però di conoscerlo».

DOCUMENTI

Ecco la delibera della Giunta per aumentare i controlli sulla tubercolosi nell'Area Vasta Centro della Regione



Tbc, scatta il potenziamento dei controlli

Trend in crescita: negli ultimi anni sono registrati 8,43 casi ogni 100mila abitanti - Prato l'area più critica

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Reportiamo il testo della Delibera n. 948 del 3 novembre 2014, che ha per oggetto l'Approvazione del progetto di "Potenziamento della sorveglianza e controllo della tubercolosi nell'Area Vasta Centro Toscana" predisposto dalle Aziende UsL 4, 10, 11, 3 e prenotazione delle risorse.

LA GIUNTA REGIONALE

... (omissis) ...

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il progetto della durata di 36 mesi denominato: "Potenziamento della sorveglianza e controllo della tubercolosi nell'Area Vasta Centro Toscana" predisposto e condiviso dalle Aziende UsL 4, 10, 11 e 3, e allegato sotto la lettera A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per la cui realizzazione è richiesta la somma complessiva pari a € 900.000,00;

2. di prenotare, per la realizzazione delle attività indicate nel progetto di cui all'Allegato A) al presente provvedimento, la somma complessiva di € 900.000,00 come di seguito specificato:

- € 196.000,00 sul capitolo n. 26051 del bilancio gestionale 2014 - fondo sanitario indistinto - che presenta la necessaria disponibilità;
 - € 352.000,00 sul corrispondente Cap. 26051 - fondo sanitario indistinto del bilancio pluriennale 2014-2016, annualità 2015;
 - € 352.000,00 sul corrispondente Cap. 26051 - fondo sanitario indistinto del bilancio pluriennale 2014-2016, annualità 2016;
3. di ripartire tra i Dipartimenti di prevenzione delle Aziende UsL 4, 10, 11 e 3, la somma complessiva

va pari a € 900.000,00 per la realizzazione delle attività indicate nel progetto richiamato al precedente punto, come di seguito specificato (tabella 1);

4. di impegnare le Aziende UsL 4, 10, 11 e 3, a fornire al termine di ciascun anno di attività, la relazione delle attività svolte e delle spese sostenute per la realizzazione delle attività contenute nel progetto;

5. di dare mandato alla competente struttura della Direzione generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale di provvedere all'espletamento dei successivi atti per l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento.

ALLEGATO A

PROGETTO:
Potenziamento della sorveglianza e controllo della tubercolosi nell'Area Vasta Centro Toscana

SOGGETTI PROPONENTI
Aziende UsL 4, 10, 11, 3

SCHEMA DI PROGETTO

Potenziamento della sorveglianza e controllo della tubercolosi nell'Area Vasta Centro Toscana
Dati generali
Soggetti proponenti:
Aziende UsL 4, 10, 11 e 3

Responsabili gestionali:

- Direttori Dipartimenti di Prevenzione
- Direttori Uu.Ff. Cc. Igiene pubblica e nutrizione

Altri soggetti coinvolti:

- Regione Toscana
- Direzioni Sanitarie
- Uu.00. Malattie infettive
- Uu.00. Radiodiagnostica
- Uu.00. Laboratorio di analisi
- Medici di famiglia
Pediatri di libera scelta
Università di Firenze

.....
Mediazione culturale.

Durata del progetto:

36 mesi
I bisogni rilevati che hanno por-

tato alla progettazione dell'azienda:

● incidenza della malattia tubercolare nell'Area Vasta centro Toscana pari nel 2012 a 9,4/100.000 ab. e nel 2013 a 9/100.000 ab., che nell'area pratese sale in ambedue gli anni a 15,3/100.000 ab., in confronto a una media toscana rispettivamente pari a 7,5 e 7/100.000 ab.;
● proporzione rilevante di casi in soggetti nati in Paesi stranieri, in accordo a quanto osservato anche a livello nazionale (salita in Toscana dal 32,9% dei casi nel 2002 al 59,3% nel 2012);
● marcata prevalenza di Paesi ad alta endemia tubercolare come luogo di origine delle comunità straniere (Pakistan, Bangladesh, Cina, Perù, Senegal, Nigeria, ...);
● necessità di un intervento integrato di Sanità Pubblica con il coinvolgimento di diversi servizi sanitari ospedalieri (Malattie infettive, Radiodiagnostica, Laboratorio analisi) e non ospedalieri, in particolare medici di famiglia e pediatri di libera scelta, nonché mediazione culturale, in relazione con le comunità di riferimento;

● necessità di garantire percorsi di prevenzione, diagnosi e cura efficaci ed efficienti, centrati sull'appropriatazza, finalizzati alla tutela della salute del singolo e della collettività.
Descrizione del progetto

Come già osservato l'incidenza della Tbc in Toscana negli ultimi anni si è attestata intorno a 7 casi ogni 100.000 abitanti e rappresenta perciò un rilevante problema di sanità pubblica per diversi motivi:
- il trend secolare di progressiva diminuzione della incidenza si è arrestato, dalla fine degli anni '80 anche in Italia;
- la crescente immigrazione da Paesi ad alta endemia tubercolare aggiunta alle precarie condizioni di vita (a partire dal sovraffollamento abitativo) ha creato i presupposti per l'aumento della circolazione dell'agente batterico, con la selezione di ceppi resistenti ai farmaci comunemente diffusi;
- diagnosi di tubercolosi può essere

fatta in ritardo per problemi di accesso ai servizi sanitari, per la presenza di barriere culturali e linguistiche, per un basso sospetto diagnostico, per una ridotta percezione del rischio o per il timore di conseguenze negative sul posto di lavoro;
- la probabilità di guarigione o di completamento della terapia può essere ridotta nei pazienti immigrati, in carenza di una rete sociale di sostegno, o in altri gruppi a rischio. Ciò aumenta il rischio di abbandono del trattamento e selezione di ceppi resistenti ai farmaci antitubercolari.

La situazione pratese è resa ulteriormente critica dall'alto numero di casi notificati; nel 2011, infatti, circa 2 casi su 10 in Toscana sono stati notificati a Prato e il relativo tasso è stato di 23,42 per 100.000 contro 8,43 per 100.000 della Toscana. Nella Asl 10 si è raggiunto il 9% (incidenza più alta dopo Prato) con il 60% di coinvolgimento dei soggetti immigrati e di numerose collettività scolastiche e non.

Come conseguenza l'attività di sorveglianza e controllo, prevista dalle linee guida nazionali e dal recente protocollo di sorveglianza approvato dalla Regione Toscana comporta per ciascun caso sospetto l'effettuazione dell'inchiesta epidemiologica, lo screening dei contatti con l'esecuzione dei test di Mantoux, la radiografia del torace in caso di positività con esame culturale dell'escreato, il possibile in-vio alla consulenza infettivologica per Tbc conclamata o infezione latente, la sorveglianza dell'esito del trattamento e l'effettuazione del sopralluogo di valutazione dell'idoneità dell'isolamento domiciliare.

Tutto ciò ha un impatto rilevante sui carichi di lavoro degli operatori dedicati.
In particolare risulta difficoltoso assicurare un'attività di sorveglianza continuativa, non solo per l'osservazione dei contatti per il periodo previsto (controlli al tempo 0 e a due mesi), ma anche per il reclutamento allo screening degli esposti in situazioni di particolare rischio.

Criticità che devono essere superate:
- reclutamento dei soggetti emarginati, produzione di informazioni e di messaggi educativi leggibili;
- screening finalizzato a diagnosi precoce;
- cura dei casi accertati;
- individuazione e sorveglianza sui contatti dei malati, per evitare la diffusione ulteriore della malattia;

- sorveglianza degli esiti;
- vaccinazione dei nuovi nati nei gruppi a rischio.
Articolazione progetto:
- Reclutamento dei soggetti emarginati
Organizzare forme di intervento proattivo, mediante azioni di perlustrazione sociale, da effettuare nei contesti maggiormente emarginati al fine di avvicinarne i componenti e coinvolgerli in azioni di prevenzione primaria e di screening finalizzato a una diagnosi precoce.

A questo riguardo lo sviluppo del progetto straordinario per il lavoro sicuro nell'Area vasta del centro Toscana costituisce una fa-

carezza di personale, in particolare di assistenti sanitari e medici in concomitanza con l'aggravamento del carico di attività per i servizi, in particolare di Igiene pubblica, derivante dall'incremento del fenomeno migratorio e dei profughi.

Sintesi del contenuto del progetto
- Adozione del Protocollo regionale mediante azioni di progetto dedicate
1) potenziare ed estendere la sorveglianza della malattia tubercolare all'anno, che equivalgono a circa 300-400 persone controllate per il possibile contagio. Circa il doppio sono state controllate nella Asl 10 di Firenze. I test rilevano in media fra i contatti il 10-15% di Mantoux positivi, una parte dei quali sarebbero casi di malattia tubercolare conclamata, se non individuati e avviati agli approfondimenti clinici e al trattamento farmacologico profilattico dell'infezione tubercolare latente.
L'esecuzione del test è, infatti, una priorità indicata sia dall'Oms che dal protocollo del ministero della Salute (Gu n. 32 del 7/2/2013-Suppl. ordinario n. 9), ribadito anche nella Conferenza di consenso di Roma (2008), nonché dal Protocollo regionale toscano di recente approvazione.

Una parte fondamentale di queste operazioni, sotto la guida del medico di Igiene e Sanità pubblica è propria dell'assistente sanitario e costituisce la base dell'integrazione fra ospedale e territorio nella lotta alle malattie infettive contagiose, a protezione della salute della collettività. L'azione congiunta e coordinata di medico e assistente sanitario è indispensabile per la lotta alla tubercolosi sia per individuare con le inchieste epidemiologiche i contatti a rischio e contenere la diffusione ulteriore della malattia sia per il controllo dell'esito del trattamento.

In tale contesto generale va considerata la complessità e la peculiarità dell'Area vasta del centro Toscana, caratterizzata da particolari modalità produttive-residenziali dei lavoratori immigrati che possono agevolare la trasmissione della tubercolosi.

- Attività di prevenzione primaria
In aggiunta ad attività di informazione e di educazione mirata alla salute, è raccomandata la vaccinazione ai neonati e ai bambini di età inferiore a 5 anni appartenenti a comunità a elevato rischio.
- Azioni:
Per il potenziamento di queste attività è indispensabile il superamento delle attuali carenze di organico dedicate, in particolare di medici e assistenti sanitari, così da poter assicurare:
- un migliore accesso ai servizi per le persone immigrate, tramite la produzione di informazioni

chiave con l'utilizzazione di operatori adeguatamente preparati al front-office dei servizi (personale formato per la mediazione culturale);
- il follow up dei casi di tubercolosi polmonare trattati per evitare l'interruzione dei trattamenti;
- la sensibilizzazione degli operatori sanitari al fine di accrescere la capacità di individuare tempestivamente i casi di malattia e ridurre la proporzione di persone con tubercolosi polmonare diagnosticata tardivamente (> 60 giorni dalla comparsa dei sintomi);
- una progettazione concertata tra i vari attori sanitari e sociali delle strategie più adeguate per il controllo della malattia e la presa in carico dei pazienti;
- la collaborazione nell'offerta attiva di informazioni nei luoghi di lavoro e di incontro;
- un sistema di relazione con le comunità più coinvolte per sensibilizzarle alla rilevazione dei sintomi utile a una diagnosi precoce.

- Studiare il livello di diffusione dell'infezione tubercolare nella popolazione generale
I processi di mutamento del contesto e dei riflessi epidemiologici suggeriscono l'opportunità di avviare percorsi di confronto e di approfondimento scientifico al fine di meglio valutare la diffusione dell'infezione tubercolare nella popolazione generale prendendo spunto da popolazioni più facilmente accessibili come quelle scolastiche, su cui sviluppare azioni di sorveglianza e di conoscenza da definirsi con i soggetti scientifici accreditati.

Risorse necessarie
Adeguate delle risorse di personale e attraverso l'assunzione di operatori
(vedi tabella 2)
Dettaglio del contributo fornito alle Ausl dalla Regione nei tre anni di vigenza del piano (1 assistente sanitario = 40.000 euro/anno). Laddove le assunzioni abbiano una durata superiore o siano a tempo indeterminato i relativi oneri saranno a carico delle rispettive Ausl
(vedi tabella 3)
Valutazione
● Monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento del progetto,
● numero operatori coinvolti nella formazione on job (standard pari al 100% degli operatori assunti),
● numero incontri con comunità straniere/materiali mediati linguisticamente e culturalmente disponibili,
● offerta di vaccinazione nei neonati e nei bambini <5 anni nei gruppi a più alto rischio,
● relazione sui risultati dell'indagine di sorveglianza della malattia tubercolare,
● organizzazione workshop di presentazione risultati.

informazione ad hoc e vaccini per i bimbi under 5

Informazione ad hoc e vaccini per i bimbi under 5

Informazione ad hoc e vaccini per i bimbi under 5

Informazione ad hoc e vaccini per i bimbi under 5

Informazione ad hoc e vaccini per i bimbi under 5

Informazione ad hoc e vaccini per i bimbi under 5

Informazione ad hoc e vaccini per i bimbi under 5

(segue da pagina 4)

volevole opportunità per l'affiancamento di operatori preposti a queste azioni in occasione dei controlli che saranno svolti nei luoghi di lavoro con la partecipazione di mediatori culturali.

Potenziamento attività di sorveglianza e controllo: individuazione, ricerca e studio dei contatti dei malati

Attualmente a fronte dei casi che si manifestano nella realtà pratese si eseguono una media di 500-800 test tubercolinici (Mantoux) all'anno, che equivalgono a circa 300-400 persone controllate per il possibile contagio. Circa il doppio sono state controllate nella Asl 10 di Firenze. I test rilevano in media fra i contatti il 10-15% di Mantoux positivi, una parte dei quali sarebbero casi di malattia tubercolare conclamata, se non individuati e avviati agli approfondimenti clinici e al trattamento farmacologico profilattico dell'infezione tubercolare latente.

L'esecuzione del test è, infatti, una priorità indicata sia dall'Oms che dal protocollo del ministero della Salute (Gu n. 32 del 7/2/2013-Suppl. ordinario n. 9), ribadito anche nella Conferenza di consenso di Roma (2008), nonché dal Protocollo regionale toscano di recente approvazione.

Una parte fondamentale di queste operazioni, sotto la guida del medico di Igiene e Sanità pubblica è propria dell'assistente sanitario e costituisce la base dell'integrazione fra ospedale e territorio nella lotta alle malattie infettive contagiose, a protezione della salute della collettività. L'azione congiunta e coordinata di medico e assistente sanitario è indispensabile per la lotta alla tubercolosi sia per individuare con le inchieste epidemiologiche i contatti a rischio e contenere la diffusione ulteriore della malattia sia per il controllo dell'esito del trattamento.

In tale contesto generale va considerata la complessità e la peculiarità dell'Area vasta del centro Toscana, caratterizzata da particolari modalità produttive-residenziali dei lavoratori immigrati che possono agevolare la trasmissione della tubercolosi.

- Attività di prevenzione primaria
In aggiunta ad attività di informazione e di educazione mirata alla salute, è raccomandata la vaccinazione ai neonati e ai bambini di età inferiore a 5 anni appartenenti a comunità a elevato rischio.
- Azioni:
Per il potenziamento di queste attività è indispensabile il superamento delle attuali carenze di organico dedicate, in particolare di medici e assistenti sanitari, così da poter assicurare:
- un migliore accesso ai servizi per le persone immigrate, tramite la produzione di informazioni

chiave con l'utilizzazione di operatori adeguatamente preparati al front-office dei servizi (personale formato per la mediazione culturale);
- il follow up dei casi di tubercolosi polmonare trattati per evitare l'interruzione dei trattamenti;
- la sensibilizzazione degli operatori sanitari al fine di accrescere la capacità di individuare tempestivamente i casi di malattia e ridurre la proporzione di persone con tubercolosi polmonare diagnosticata tardivamente (> 60 giorni dalla comparsa dei sintomi);
- una progettazione concertata tra i vari attori sanitari e sociali delle strategie più adeguate per il controllo della malattia e la presa in carico dei pazienti;
- la collaborazione nell'offerta attiva di informazioni nei luoghi di lavoro e di incontro;
- un sistema di relazione con le comunità più coinvolte per sensibilizzarle alla rilevazione dei sintomi utile a una diagnosi precoce.

- Studiare il livello di diffusione dell'infezione tubercolare nella popolazione generale
I processi di mutamento del contesto e dei riflessi epidemiologici suggeriscono l'opportunità di avviare percorsi di confronto e di approfondimento scientifico al fine di meglio valutare la diffusione dell'infezione tubercolare nella popolazione generale prendendo spunto da popolazioni più facilmente accessibili come quelle scolastiche, su cui sviluppare azioni di sorveglianza e di conoscenza da definirsi con i soggetti scientifici accreditati.

Risorse necessarie
Adeguate delle risorse di personale e attraverso l'assunzione di operatori
(vedi tabella 2)
Dettaglio del contributo fornito alle Ausl dalla Regione nei tre anni di vigenza del piano (1 assistente sanitario = 40.000 euro/anno). Laddove le assunzioni abbiano una durata superiore o siano a tempo indeterminato i relativi oneri saranno a carico delle rispettive Ausl
(vedi tabella 3)
Valutazione
● Monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento del progetto,
● numero operatori coinvolti nella formazione on job (standard pari al 100% degli operatori assunti),
● numero incontri con comunità straniere/materiali mediati linguisticamente e culturalmente disponibili,
● offerta di vaccinazione nei neonati e nei bambini <5 anni nei gruppi a più alto rischio,
● relazione sui risultati dell'indagine di sorveglianza della malattia tubercolare,
● organizzazione workshop di presentazione risultati.

Per le motivazioni espresse in narrativa:
1. di prendere atto del regolamento approvato nella seduta del 9 settembre 2014, il regolamento di funzionamento delle sezioni del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica (Cer) e del suo Ufficio di Presidenza, come contenuto nell'allegato A, parte integrante del presente atto;
2. di incaricare le Aziende ospedaliere-universitarie sedi delle sezioni del Cer di adottare tutte le misure necessarie a consentire l'effettiva applicazione;
3. di affidare al competente Settore della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale la realizzazione di un monitoraggio a livello regionale su base annuale al fine di rilevare il corretto funzionamento del Cer;
4. di disporre che successivi eventuali aggiornamenti delle appendici al regolamento siano oggetto di atti dirigenziali del competente Settore della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
5. di adottare entro 30 giorni un successivo atto con cui vengono definite le modalità per la riduzione dei tempi di autorizzazione allo svolgimento delle sperimentazioni cliniche.

SPERIMENTAZIONE CLINICA

Comitato etico regionale: varato il regolamento attuativo

Le Aou saranno responsabili del funzionamento delle diverse sezioni del Cer

Di seguito la delibera n. 418/2013, approvata il 3 novembre 2014 dalla Giunta regionale e finalizzata alla creazione e regolamentazione del «Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica (Cer): presa d'atto del regolamento di funzionamento».

LA GIUNTA REGIONALE

... (omissis) ...

A voti unanimi

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa:

1. di prendere atto del regolamento approvato nella seduta del 9 settembre 2014, il regolamento di funzionamento delle sezioni del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica (Cer) e del suo Ufficio di Presidenza, come contenuto nell'allegato A, parte integrante del presente atto;
2. di incaricare le Aziende ospedaliere-universitarie sedi delle sezioni del Cer di adottare tutte le misure necessarie a consentire l'effettiva applicazione;
3. di affidare al competente Settore della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale la realizzazione di un monitoraggio a livello regionale su base annuale al fine di rilevare il corretto funzionamento del Cer;
4. di disporre che successivi eventuali aggiornamenti delle appendici al regolamento siano oggetto di atti dirigenziali del competente Settore della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
5. di adottare entro 30 giorni un successivo atto con cui vengono definite le modalità per la riduzione dei tempi di autorizzazione allo svolgimento delle sperimentazioni cliniche.

ALLEGATO A
Regione Toscana
Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica
Regolamento di funzionamento

... (omissis) ...
Articolo 1 - Oggetto del regolamento
1. Il presente regolamento disciplina il funzionamento del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica della Regione Toscana (di seguito indicato come Cer).
Articolo 2 - Costituzione
1. Il Cer, articolato in 4 sezioni, è istituito ai sensi della Dgrt n. 418/2013 in attuazione del disposto legislativo nazionale costituito dal Dl n. 158/2012 convertito, con modificazioni, in L. 189/2012 e in conformità ai requisiti minimi definiti nel Decreto del ministero della Salute del 12/05/2006 poi modificato ed integrato dal decreto del ministero della Salute dell'8/2/2013.
2. Il Cer opera per la valutazione etica, scientifica e metodologica dei protocolli di ricerca clinica applicando la normativa vigente in materia e il suo parere è vincolante per la realizzazione di ogni studio clinico sull'uomo.
I principali riferimenti normativi per l'attività del Comitato etico regionale sono riportati nell'Appendice 1 parte integrante del presente regolamento.
3. Il Cer si ispira al rispetto della vita umana, così come indicato nelle Carte dei Diritti dell'Uomo, nei codici di deontologia medica e infermieristica nazionale (nelle versioni più aggiornate) e internazionale e in particolare nella Dichiarazione di Helsinki (nella versione più aggiornata) e nella Convenzione di Oviedo del 04/04/1997, ratificata con Legge 28/03/2001, n. 145 (Gu n. 95 del 24/04/2001). Costituiscono un riferimento, ove applicabili, anche le raccomandazioni del Comitato nazionale per la bioetica, istituito con Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri del 28/03/1990.
4. Il principale criterio ispiratore del presente regolamento è costituito dal costante perseguimento della missione assegnata al Cer in termini di tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti nella sperimentazione. A tale criterio deve sempre ispirarsi l'azione di tutti i componenti del Cer e dei membri delle segreterie, nei diversi ruoli e nei diversi momenti nei quali si trovano ad agire, anche qualora si trovassero privi di specifiche indicazioni all'interno di questo regolamento o delle sue procedure operative standard.
5. Per garantire tale obiettivo, uno degli aspetti principali è rappresentato dalla indipendenza delle sezioni del Cer

... (omissis) ...
Articolo 3 - Inseadimento
1. L'Ufficio risulta validamente insediato nel momento in cui i presidenti delle singole sezioni del Cer, non appena nominati, si riuniscono ed eleggono a maggioranza il Presidente del Comitato etico regionale e il vicepresidente, che cura le funzioni del Presidente in caso di sua assenza o momentanea indisponibilità.
Articolo 4 - Normativa e durata in carica del presidente del Comitato Etico Regionale
1. Il Presidente viene nominato dai membri dell'Ufficio di Presidenza, come da art. 3, dura in carica 18 mesi e viene poi sostituito nella carica dal vicepresidente. Allo scadere dei 18 mesi dovrà essere nominato il nuovo vicepresidente secondo un principio di rotazione.
2. Le sue funzioni sono quelle di:
a) presiedere alle riunioni dell'Ufficio di Presidenza e curarne i lavori;
b) rappresentare il Cer nei vari ambiti ed occasioni istituzionali di livello regionale, nazionale ed internazionale, nei gruppi e nei tavoli di lavoro che ne richiedano la presenza.
Articolo 5 - Attribuzioni
1. L'Ufficio di Presidenza del Cer esercita tutte le funzioni previste dalle linee di indirizzo di cui alla Dgrt 418/2013 «Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Toscana per la riorganizzazione dei Comitati etici toscani per la sperimentazione clinica», ovvero funzioni di supervisione, coordinamento e indirizzo delle attività delle sezioni di Area vasta e pediatrico, mediante:
a) formulazione dei criteri organizzativi e funzionali e delle metodologie di lavoro in base alle quali operano i comitati di area vasta e pediatrico, ivi compresa la redazione delle linee guida per la stesura del regolamento e delle procedure operative standard;
b) valutazione della operatività dei singoli comitati e, in caso di impossibilità per sopraggiunti impedimenti al funzionamento di uno di essi, fornire i supporti necessari a garantire la continuità delle funzioni demandate al comitato, per il tempo strettamente necessario alla riattivazione dello stesso;
c) monitoraggio delle attività sperimentali svolte dalle singole strutture del Servizio sanitario regionale;
d) indirizzo e proposte per la formazione in materia di sperimentazione clinica dei componenti dei comitati e degli operatori del Servizio sanitario regionale;
e) proposte alla Giunta regionale di azioni ed interventi volti a migliorare la qualità e l'efficienza del servizio svolto dal Cer nei confronti delle persone sottoposte a sperimentazione clinica e delle strutture sanitarie che la effettuano;
f) attivazione di progetti o forme diverse di collaborazione con altri Enti o Istituzioni pubbliche per lo sviluppo e il potenziamento del ruolo e delle capacità di servizio del Cer;
g) promozione di iniziative a sostegno e supporto della crescita culturale e organizzativa sia dei componenti del Cer che delle strutture sanitarie coinvolte sui temi di propria competenza.

... (omissis) ...

... (omissis) ...
*** Il testo integrale del documento, può essere consultabile tra gli atti della Regione al sito www.regione.toscana.it**

... (omissis) ...
... (omissis) ...
... (omissis) ...
... (omissis) ...

... (omissis) ...

... (omissis) ...
... (omissis) ...
... (omissis) ...
... (omissis) ...



direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO
vice direttore
ROBERTO TURNO
comitato scientifico
Valterre Giovannini
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli
Versione Pdf dell'Allegato al n. 44 del 2-8 dicembre 2014 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
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

ACCOGLIENZA Tra spiritualità e innovazione le nuove strategie per la Via Francigena



La via che porta agli ospitali

Puzzle di strutture laiche e religiose per una ricettività sostenibile

C'è un sogno che si sta realizzando in modo compiuto, un sogno condiviso da molti che riguardano l'antica Via Francigena, che attraversa l'Europa e taglia anche la Toscana da nord a sud. I tanti pellegrini e viandanti diretti a Roma, sempre di più a dire il vero, che ogni giorno la attraversano, a piedi soprattutto, ma anche in bicicletta o a cavallo. Trovano sul loro cammino, giorno dopo giorno, tappa dopo tappa, luoghi dove ricevono l'accoglienza di un pasto semplice, ma caldo, di un letto, di un sorriso. Per poi ripartire la mattina fino alla tappa successiva e a un nuovo luogo di ristoro. Questi luoghi si chiamano con un termine vecchio di secoli «ospitali», e la radice linguistica la dice lunga, perché nacquerò come luogo di ricovero, di ospitalità per sani e in altri casi per malati.

Dopo molte buone intenzioni, nel 2009 la Regione Toscana redasse un master plan della Via Francigena, senza alcun dubbio una nuova fase nell'approccio verso la creazione di un vero prodotto turistico legato a forti aspetti culturali. Ma è stato il piano regionale 2012-2014, legato a un'idea di rilancio europeo dello storico percorso, che ha consentito di rendere il tratto toscano della Via Francigena, prodotto di grande fascino. Per farlo si è puntato sulla sua fruibilità attraverso interventi di messa in sicurezza, di ingegneria naturalistica per la sua valorizzazione, la creazione di aree di sosta attrezzate, di punti di approvvigionamento di acqua potabile, segnaletica efficace, diffusa e facilmente riconoscibile e, più in generale, la creazione di servizi dedicati. Come

Progetto di recupero condiviso con il territorio



Percorso antica Via Francigena

proposto e deliberato nel 2012, le azioni previste individuavano il coinvolgere tutti i soggetti e gli attori che contribuiscono a determinare il sistema turistico Via Francigena, attraverso occasioni costanti e strumenti di confronto e analisi delle problematiche legate al fenomeno turistico e a un equilibrio sviluppo commerciale. Ma anche a portare a termine il sistema infrastrutturale dei percorsi, qualificare le strutture ricettive e l'offerta

commerciale e di servizi intorno al percorso, al fine di rispondere alle esigenze dei turisti-pellegrini.

Strategia di sviluppo concordata. Sempre nel 2012 fu prevista anche la realizzazione di sistemi territoriali e di prodotto, coinvolgendo Comuni e sistemi di imprese, rispondenti a specifici requisiti di eccellenza espressamente riferiti alle caratteristiche innovative della nuova offerta turistica della Via Francigena. A questo si è aggiunto il coinvolgimento di operatori pubblici e privati dei settori del turismo e del commercio, della cultura, delle produzioni agroalimentari e artigianali, definendo

criteri per la definizione di eventi e attività economiche "funzionali" al percorso da promuovere o sostenere, precisando le distanze tra il percorso escursionistico e l'attività, che per raggiungerle si possono percorrere strade in bicicletta, a cavallo, a piedi o in auto, e raggiungere servizi utili al pellegrino come lavaggio e asciugatura abiti, kit medicazione, materiale informativo, previsioni meteo aggiornate e altri servizi facoltativi.

Tutti elementi che hanno rappresentato un risultato decisivo per rendere fruibile oggi il tracciato per tutti i potenziali utenti. La forte spinta di governo del progetto a livello

regionale, il controllo e, talvolta, l'imposizione di alcuni interventi ha significato un momento di radicale cambiamento rispetto alle azioni realizzate dai diversi soggetti operanti in materia. Questi ultimi, comunque coinvolti in un processo concertato e generalmente condiviso di decisioni, hanno potuto realizzare soltanto interventi strettamente funzionali al tracciato, prescindendo dalle priorità che di volta in volta emergevano a livello locale. Il

Obiettivo messa in sicurezza dei percorsi

finanziamento integrale da parte della Regione Toscana di tutti gli interventi di messa in sicurezza del tracciato, ovviamente, ha dato particolare forza al suo ruolo decisionale.

Ma l'altro punto cruciale nella percezione dei pellegrini, spesso oggetto di impietosi confronti con il più celebre Cammino di Santiago de Compostela, è sempre ruotato intorno alla presenza e alla frequenza di strutture di ospitalità dedicate ai pellegrini: ostelli o "ospitali", con l'antica denominazione. La Regione ha previsto la realizzazione di sedici nuove strutture pubbliche di ospitalità, equamente distribuite sull'intero tratto toscano e capaci di incrementare in modo significativo l'offerta già esistente dedicata ai pellegrini. Oltre a queste, a seguito di un censimento delle strutture ricettive ufficiali situate nel raggio di un chilometro dal percorso, è stato individuato un certo numero di imprese ricettive che sono risultate idonee a fornire ospitalità ai viandanti, non necessariamente alla ricerca di alloggi contraddistinti da estrema frugalità e prezzo molto contenuto.

Così per quanto riguarda l'ospitalità sulla Via Francigena, in Toscana si evidenzia una diversificazione tra offerta ricettiva e ospitalità povera. Viene, quindi, segnalata l'ospitalità povera con la premessa che tali strutture si differenziano dall'offerta ricettiva regolamentata dalla legge regionale (la numero 42 del 2000 per la precisione) in quanto l'ospitalità offerta dalla Chiesa risulta gratuita salvo libere offerte degli utenti.

a cura di
Dario Rossi
Agenzia Toscana Notizie

LA RIAPERTURA DELLE DIMORE RICETTIVE

Dall'anno del Giubileo a oggi il rilancio dell'antico cammino

Fu la Conferenza Episcopale Toscana nel 2008 a ispirare un progetto di riapertura di un sistema di «ospitali» lungo la via Francigena in Toscana.

Obiettivo recupero. Lo spirito di tutto il progetto risiedeva nell'idea di recuperare vecchie chiese, canoniche in disuso, conventi vuoti, e affidarli a comunità di vario tipo (di religiosi, di laici, di famiglie). La tradizione del pellegrinaggio a Roma era stata rilanciata dal Giubileo del Duemila. Da allora in Toscana erano già aperti alcuni punti di ospitalità per i pellegrini come il «Tau» di Altopascio, altri a Pietrasanta, San Quirico d'Orcia, Gambassi Terme, Radicofani. La Via Francigena era stata considerata in grado di attrarre perché Roma è una meta importante per la cristianità e non solo; e perché, a partire dalla Toscana, la strada attraversa terre di grande fasci-

no. L'altra faccia della questione è il recupero di strutture di grande pregio storico e architettonico.

La Via Francigena viene nominata per la prima volta in un antico documento storico dell'876 che era conservato nell'Abbazia di S. Salvatore del Monte Amiata. In questo testo si cita la strada nel suo passaggio nella zona della Val D'Orcia, nella valle ove ora transita la via Cassia nel tratto sotto Radicofani: "... per fossatu descendente et ueque in via Francisca". Si parla di via Francisca, via Francigena. Con questo atto i monaci del monastero danno in affitto a tal Gisalprando un podere che ha come confine un fossato che scende fino alla Via Francigena. Da sempre, per chi si occupa di storia, la prima citazione di qualcosa è importante; è quasi un atto di nascita, il primo manifestarsi. Già nell'876

quindi si sapeva che quella via veniva dalla Francia e portava viandanti e pellegrini fino a Roma e poi oltre, fino a Gerusalemme o nell'altra direzione fino a Santiago de Compostela. La strada era già viva e conosciuta, chiamata con il nome che ancora le diamo. Per il pellegrino moderno la Via Francigena riserva oggi molte sorprese. È possibile camminare su bellissimi tratti e incontrare luoghi e persone straordinarie.

La Via Francigena è storicamente la via che viene dalle "France". Il tracciato tradizionale della Via Francigena è quello che Sigerico, Arcivescovo di Canterbury, descrisse nel 994 tornando da Roma alla sua diocesi. La strada attraversa la Francia ed entra in Italia da Aosta. Dopo aver toccato il Piemonte e l'Emilia, la prima tappa in Toscana è Pontremoli. Quindi il per-

corso attraversa Aulla, Sarzana, Luni, Massa, Pietrasanta, Camaiore, Lucca, Altopascio, San Miniato, Castelfiorentino, Gambassi, San Gimignano, Monteriggioni, Siena, Monteroni d'Arbia, Buonconvento, San Quirico d'Orcia, Radicofani. Anticamente, e ancora prima di Sigerico, con tale nome è stato chiamato il cammino che partiva dai confini ovest dell'Italia.

I rami principali attualmente utilizzati sono due. Uno è quello usato dai pellegrini che vanno e vengono dal Cammino di Santiago, dalla Spagna e dal sud della Francia: entrando dal Passo del Monginevro si percorre la Val di Susa e passati per Torino si arriva a Vercelli. L'altro è quello che percorrono i pellegrini che vengono dal Nord della Francia e dall'Inghilterra che passando dal Passo del Gran S. Bernardo e Aosta arrivano anch'essi a

Vercelli. La strada da Vercelli diventa unica e si sviluppa lungo l'itinerario che passa da Pavia, Piacenza, Fidenza, Passo della Cisa, Pontemoli, Lucca, Siena, Bolsena, Viterbo, Roma.

A questo si può aggiungere la via che percorre la costa ligure partendo da Ventimiglia e che raggiunge il tracciato della Via Francigena a Sarzana, al confine con la Toscana. Proseguendo poi oltre Roma, nel 2007 è stata individuata anche la via del sud che conduce fino ai porti d'imbarco per la Terra Santa: Bari e Brindisi, poi Otranto e termina a Santa Maria de Finibus Terrae, a Leuca.

Si ringrazia per il contributo: Giovanni D'Agliano, Andrea Carubi, Toscana Oggi, Associazioni Europea e Toscana delle Vie Francigene, Federazione Europea Itinerari Storici Culturali Turistici.

GROSSETO

Un mix di misure per abbattere i tempi su alcune visite ed esami

Piano contro le liste d'attesa



Acquistate 4 Rmn e previsti incentivi ai sanitari per aumentare l'orario

All'Asl di Grosseto quattro nuove macchine per la risonanza magnetica, esami eseguiti in orario notturno e aumento di quelli effettuati con la risonanza mobile; incentivi ai professionisti per incrementare l'orario di servizio e fare di conseguenza più visite. L'obiettivo è abbattere le liste di attesa per alcuni esami e per alcune visite specialistiche, sui quali si registra la maggiore difficoltà a contenere i tempi entro quelli previsti dalle linee guida nazionali.

Insomma, se non si sono rivelati sufficienti i criteri di priorità introdotti dalla Regione o la spinta sull'appropriatezza prescrittiva, la direzione aziendale è passata ad altre contromisure, in risposta al "richiamo" della Regione (delibere 75 e 694/2014), che ha previsto anche il sostegno economico ai progetti di riduzione dei tempi di attesa promossi dalla varie aziende.

In primo luogo, è stato dato mandato di acquistare altre quattro risonanze: una "total body" che sarà installata al-

l'ospedale Misericordia, e tre settoriali, che saranno installate a Massa Marittima, Casteldel piano e Pitigliano, in aggiunta alle altre tre macchine (una total body e due settoriali) già presenti a Grosseto e a Orbetello. In questo modo l'azienda potrà dare una risposta definitiva al problema dei tempi di attesa per questo esame, finora contenuti con soluzioni provvisorie, benché molto efficaci, come la convenzione con un'azienda privata per una risonanza mobile, in funzione dall'inizio di ottobre, che già

esegue 107 esami alla settimana. L'investimento per l'acquisto delle macchine e per la ristrutturazione di alcuni dei locali che dovranno ospitarle è di circa 3 milioni di euro.

Nel frattempo, è stata approvata e appena pubblicata la delibera aziendale 539/2014, relativa agli incentivi al personale per l'orario di servizio aggiuntivo, che saranno sperimentati per alcuni mesi su visite quali quelle cardiologiche, ortopediche e visite per le malattie della tiroide, nonché su esami come

risonanza magnetica, ecodoppler cardiaco e vascolare, ecografie internistiche, esami endoscopici.

Con l'applicazione del piano, per fare l'esempio della risonanza, e la possibilità di eseguire esami anche in orario notturno, si aggiungono ulteriori 24 sedute alla settimana, effettuate dai medici dell'azienda nelle strutture ospedaliere di Grosseto e Orbetello.

Lina Senserini

ufficio stampa Asl 9 di Grosseto

PISTOIA

Al S. Marcello apre l'ambulatorio per la cura delle malattie infettive

Aumenta ancora la presenza dei medici infettivologi nel presidio integrato ospedale e territorio di San Marcello pistoiese. Dallo scorso 7 novembre, a cadenza quindicinale, apre l'ambulatorio per la diagnosi e la cura delle malattie infettive, acute e croniche.

L'ambulatorio si trova al primo piano dello stabilimento, nell'area dedicata specialistica, dove sono già presenti altre attività specialistiche (geriatria, odontoiatria, pneumologia, otorinolaringoiatria, oculistica, ginecologica, dermatologica, ecc.). L'attività ambulatoriale di infettivologia si affianca a quella già incrementata, a partire dallo scorso anno, con la presenza settimanale (prima era ogni quindici

giorni) dei medici della unità operativa aziendale di malattie infettive all'interno del presidio montano: i medici specialisti sono, infatti, a disposizione per effettuare

sia le visite ai degenti presso il reparto di Medicina, sia per consulenza ai colleghi ospedalieri e in particolare sono in stretto rapporto con i medici di medicina generale - che all'interno del Piot hanno i loro ambulatori - per pareri e indicazioni sulle cure ai loro assistiti. Le consulenze degli

infettivologi vengono anche svolte per le strutture territoriali, soprattutto per gli ospiti delle Rsa (residenza sanitarie assistenziali). C'è anche il Totem multimediale. Sempre all'interno del Piot, all'ingresso, ormai da settimane è stato collocato il Totem multimediale. L'azienda invita i cittadini a sperimentare l'utilizzo, che risulta semplice, e soprattutto durante l'orario diurno (mattina e pomeriggio) potranno essere supportati dal personale, appositamente formato.

Il Totem consente, infatti, di effettuare diverse e numerose operazioni in alternativa agli sportelli: si utilizza con la carta sanitaria elettronica, attivata e in qualsiasi momento della giornata. Dalla stampa dei referti degli esami di laboratorio, alla verifica della propria fascia di reddito ai fini del pagamento del ticket sanitario fino alla visualizzazione del fascicolo sanitario elettronico con tutti i dati sanitari dell'assistito, il Totem consente ai cittadini di accedere direttamente e privatamente e autonomamente a molte funzioni amministrative.

Daniela Ponticelli

ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

Per i pazienti anche un Totem multimediale

EMPOLI

Con la fascia gonfiabile «Baby-birth» l'assistenza al parto diventa più facile

Presentato a Empoli il progetto «Fenarete». Si tratta di un modello di assistenza al parto, al momento sperimentato soltanto nell'Asl 11 di Empoli, che si avvale del dispositivo medico Baby-birth, costituito da una morbida fascia addominale gonfiabile, che accompagna le contrazioni uterine durante il parto. La fascia gonfiabile, a tre camere, è monouso e permette il corretto accompagnamento delle contrazioni uterine nella fase espulsiva del travaglio, in termini sia di direzione della spinta sia di corretta pressione esercitata sul fondo uterino.

«La fascia gonfiabile del sistema Fenarete non sostituisce l'assistenza dell'ostetrica e del medico, ma si aggiunge a queste figure supportandone le attività - ha dichiarato Marco Filippeschi, direttore del Dipartimento materno infantile dell'Asl 11 - . La fascia, pneumatica ed ergonomica, esercita una delicata e graduale pressione esterna sull'addome della partoriente. Il gonfiaggio ad aria è controllato dal sistema stesso, attivato e regolato dal personale medico e ostetrico. Pur indossando la fascia, la

partoriente può scegliere qualsiasi posizione la faccia stare più comoda e può anche camminare».

Fenarete è un sistema efficace nel garantire la sicurezza del parto vaginale perché riduce: l'affaticamento fisico e psicologico della partoriente, la durata della fase espulsiva del travaglio e le complicanze materno-fetali e neonatali al parto; inoltre agevola e velocizza il recupero nel post-partum.

Il sistema Fenarete può essere utilizzato: in partoanalgesia, travaglio spontaneo o indotto, nei casi di prolungamento del periodo dilatante e in quelli di affaticamento psicologico e/o fisico. La donna può chiedere maggiori informazioni sul sistema Fenarete in varie occasioni durante il percorso nascita, alla consegna del libretto regionale della gravidanza, in occasione dei vari controlli periodici, durante il corso di preparazione al parto e durante quello di partoanalgesia.

Maria Antonietta Cruciatà

ufficio stampa Asl 11 di Empoli

Si accompagnano le contrazioni durante l'espulsione

PRATO

Il servizio di immunoematologia conquista l'accreditamento pieno

Il gruppo di verifica regionale, nel corso di un sopralluogo, ha espresso parere favorevole per l'accreditamento del servizio di immunoematologia e trasfusione del sangue del Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano. Nessuna "non conformità" rispetto ai requisiti autorizzativi previsti dalle vigenti normative è stata registrata dal gruppo di verifica.

L'attività di controllo deriva da una normativa della Comunità europea a cui l'Italia si è adeguata per rendere uniformi e sicure le modalità di donazione, lavorazione e produzione di emoderivati. Il ministero della Salute con il Centro nazionale Sangue e le Regioni, hanno recepito la norma europea e hanno indicato i requisiti a cui i Centri trasfusionali e le Unità di raccolta (gran parte gestite dalle Associazioni di volontariato del settore) devono rispondere. L'attività di verifica è effettuata da un gruppo di verificatori di livello nazionale appositamente formati e inseriti nell'Albo ministeriale.

Il controllo ha riguardato molteplici aspetti: strutturali, tecnologici e organizzativi della struttura ospedaliera pratese

e del Centro trasfusionale. Sono stati verificati tutti i requisiti strutturali del Nuovo Ospedale, in particolare: protezione antisismica, prevenzione anti incendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, igiene dei luoghi di lavoro, condizioni microclimatiche.

Per quanto riguarda i requisiti tecnologici e organizzativi sono state verificate le conformità degli strumenti biomedicali, le procedure e la documentazione inerente alle buone pratiche assunte durante il processo di lavorazione del sangue (dalla donazione alla trasfusione); la valutazione delle competenze del personale sanitario impiegato, le risorse umane e gli spazi, risultati adeguati alla tipologia e ai volumi delle prestazioni erogate.

Il percorso di accreditamento e adeguamento alla normativa europea è iniziato da alcuni anni e ha coinvolto molte figure professionali. La Direzione aziendale dell'Asl 4 e la Regione Toscana esprimono soddisfazione per l'ottimo risultato raggiunto.

Il parere favorevole dal gruppo di verifica regionale

Vania Vannucchi

ufficio stampa Asl 4 di Prato

IN BREVE

▼ EMPOLI

Le attività del Centro diurno La Casa di Ventignano, interrotte a causa dei pesanti danni riportati dalla struttura in seguito al fulmine che l'ha colpita il 10 novembre scorso, hanno ripreso a pieno regime martedì 25 novembre nei locali del distretto sociosanitario di Fucecchio. Gli spazi individuati per ospitare i ragazzi sono stati reperiti, controllati, messi in sicurezza e adattati alle esigenze dei suoi giovani ospiti in tempi "record". «Abbiamo lavorato a pieno ritmo per garantire quanto prima la ripresa totale delle attività abilitative e di socializzazione interne ed esterne per tutti i 32 utenti - ha dichiarato il direttore dell'unità operativa neuropsichiatria infantile dell'Asl 11 Annalisa Monti - così come saranno garantiti i servizi mensa e trasporti».

▼ SIENA

Trent'anni sono trascorsi dall'istituzione della stanza per il parto naturale a Poggibonsi. Dal vecchio ospedale Burresi al nuovo di Campostaggia e della prospettiva di una nuova organizzazione del percorso nascita si è parlato lo scorso 22 novembre a Siena. Illustrata la storia del reparto di ostetricia e ginecologia di Poggibonsi e come le esperienze e il know how acquisiti negli anni potranno condurre a un nuovo modello organizzativo che preveda un percorso parallelo condiviso per le gravidanze fisiologiche. Nel triennio 2011-2013 i parti di Campostaggia sono stati in maggioranza proprio quelli naturali: si attestano intorno al 77 per cento contro il 23 per cento, circa, di cesarei.

▼ PISA

Uno specifico gruppo di lavoro istituito dal consiglio sanitario regionale della Toscana per il trattamento dei pazienti affetti da fibromialgia, del quale fa parte anche il responsabile della reumatologia dell'ospedale Lotti di Pontedera Riccardo Cecchetti, darà vita al 1° workshop sulla sindrome fibromialgica che si terrà a Firenze il prossimo 5 dicembre 2014. Nella giornata di lavoro medici ed esperti del settore si confronteranno su modalità diagnostiche, percorsi terapeutici condivisi e futuri scenari assistenziali per i pazienti affetti da questa sindrome che colpisce oltre un milione di italiani; nella sessione pomeridiana ci saranno anche testimonianze dirette e interventi di consiglieri regionali che hanno seguito la questione.

▼ FIRENZE

Premiata l'Unità funzionale dell'Azienda sanitaria di Firenze che si occupa di Prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro nell'ambito della manifestazione "Ambiente e lavoro" che si è svolta nel mese di ottobre a Bologna. In quel contesto si è infatti tenuto il 9° Concorso Inform@zione, un'iniziativa nazionale promossa dalla Regione Emilia Romagna, dall'Inail e dall'Azienda Usl di Modena, nel corso della quale sono stati presentati tre filmati realizzati dalla struttura della Asl 10 di Firenze diretta dal dottor Giuseppe Petrioli e dedicati rispettivamente alla sicurezza e salute nella raccolta delle olive, nel frantoio a ciclo continuo e nell'attività di vinificazione. I tre filmati hanno ricevuto il premio a tema Agricoltura.



Regione Toscana

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

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

Quasi a tutti.

Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde
800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.

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