

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 7 anno XVIII del 24 feb.-2 mar. 2015 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

Così la qualità diventa sostenibile

di **Giuliano Grazzini ***

Le complesse disposizioni nazionali ed europee che regolano il Sistema sangue hanno stabilito rigorosi requisiti tecnici di qualità e sicurezza, richiedendo che, a garanzia dell'efficace e conforme applicazione delle norme e standard qualitativi previsti, ogni struttura trasfusionale sia ispezionata ogni 2 anni. Il tutto a tutela del cittadino che circola liberamente sul territorio della Ue.

I requisiti relativi ai prodotti del sangue, in ragione del rischio biologico e della variabilità tipici dei prodotti di origine umana, richiamano esplicitamente le regole europee del farmaco (GMPs), la cui applicazione implica lo sviluppo di concettualità complesse e "nuove" per il mondo dell'assistenza sanitaria (convalida dei processi, controllo statistico di processo, change control ecc.). L'affidabilità qualitativa, la standardizzazione e la sicurezza dei prodotti del sangue dipendono in buona parte dalla capacità del Sistema di saper dare completa applicazione a queste nuove regole, per essere in grado di consegnare al cittadino assistito standard di prodotto e di servizio certi, trasparenti e verificati con un adeguato livello di terzietà, al pari di quanto avviene nel sistema della produzione del farmaco.

Dal 2010, il Sistema trasfusionale italiano ha

CONTINUA A PAG. 2

SANGUE

La struttura è stata articolata in tre sedi, una per ciascuna Area vasta

Officina trasfusionale al via

Priorità a sicurezza, tracciabilità e integrazione tra i professionisti

In Toscana nasce l'officina trasfusionale, articolata in tre sedi, una per ciascuna Area vasta (Av), in cui verranno accentrate le fasi di lavorazione del sangue e della produzione degli emocomponenti. Un processo parte integrante di un progetto che punta a riorganizzare l'intero sistema trasfusionale della Toscana.

La Regione negli scorsi mesi ha stanziato 500mila euro per la realizzazione della sede dell'officina di Av Nord-Ovest, è stata bandita la gara per la progettazione ed esecuzione della sede dell'Av Sud-Est, è in corso di esame il progetto presentato dall'Av Centro. L'Officina trasfusionale Nord-Ovest ha sede all'interno del Presidio Cisanello della Aou di Pisa, in contiguità con le attività di maxi-emergenza, in quanto avrà anche la funzione di banca del sangue e, nel tempo, banca di gruppi rari. Si tratta di una struttura di 1.000 mq di superficie che conta 250 unità di sangue intero da lavorare ogni giorno, più di 95.000 donazioni l'anno, suddivise in 33.000 aferesi e 65.000 donazioni di sangue intero (dati 2013).

Nel mese di dicembre 2014 è iniziato il trasferimento delle attività di validazione immunoematologica per i sei servizi trasfusionali afferenti, a oggi completato: a gennaio sono stati processati 6.998 campioni per 28.695 esami, con un tempo medio di refertazione di 18 ore, che verrà migliorato una volta terminate le fasi di convalida del processo. La dotazione tecnologica, pur recuperando numerose apparecchiature idonee dalla periferia, viene rinnovata nei settori congelamento e conservazione, per garantire standard di prodotto di eccellenza.

Il sistema informativo progettato ad hoc per le attività dell'Officina trasfusionale è caratterizzato da elevata sicurezza e tracciabilità ed è interfacciabile con qualsiasi gestionale periferico in modo da garantire possibilità di back up in caso di criticità. Il trasferimento delle attività di lavorazione in programma nei prossimi mesi consentirà l'elevazione del livello qualitativo dell'inte-



INIZIATIVE

«Dialisi in vacanza» confermato nel 2015

Stanziate 140mila euro per le Asl che presenteranno i progetti entro marzo

Anche per l'estate 2015 la Regione finanzia il progetto "Dialisi vacanze", che consente ai pazienti nefropatici cronici che vivono in Toscana, nelle altre Regioni e anche all'estero, di andare tranquillamente in vacanza, con la sicurezza di trovare il servizio di dialisi nelle località di villeggiatura toscane.

Una delibera approvata stamattina dalla giunta conferma anche per il 2015 il finanziamento complessivo di 140.000 euro alle aziende sanitarie, che entro marzo dovranno presentare i progetti mirati a garantire l'assistenza sanitaria "straordinaria" ai pazienti in dialisi.

Le persone affette da insufficienza renale cronica sono il 3-4% della popolazione. Di questa percentuale, i pazienti che effettuano la dialisi sono circa il 13%. I cittadini in dialisi sono circa il 7 per 1.000 della popolazione, e ogni anno i nuovi casi che entrano in dialisi sono circa 1,3 per 1.000, e risultano in costante aumento.

La dialisi è continua e spesso la persona in trattamento è obbligata a restare nel luogo di residenza abituale per le sedute di dialisi, senza potersi spostare per vacanza o per altre necessità, se prima non viene fatta una programmazione del viaggio, con la messa in rete dei vari Centri dialisi.

ro sistema e il conseguimento di significative economie di scala, l'ottimizzazione nella distribuzione della risorsa sangue, in particolar modo nei momenti di criticità, e la gestione mirata di donatori e unità di gruppi rari.

Questa novità parte dai primi anni del 2000, quando la Regione Toscana avvia un percorso di razionalizzazione organizzativa finalizzato a un modello di sistema sanitario che valorizzi le eccellenze raggiunte in termini di qualità e sicurezza delle cure coniugandole all'esigenza di sostenibilità economica. Anticipando successivi indirizzi nazionali, dal 2004 realizza l'accettazione della diagnostica molecolare per la qualificazione biologica degli emocomponenti e per la donazione di organi e tessuti in 3 Centri di qualificazione biologica (Cqb) localizzati nelle aziende ospedaliere di ciascuna Area vasta. Nei 3 Cqb, nel 2008, vengono convogliati anche gli esami di sierologia dei donatori. Ciò ha creato la premessa per la definizione, nel 2014, di un'unica gara regionale per la qualificazione biologica.

La Toscana completa il disegno prevedendo un unico centro di lavorazione - Officina trasfusionale - articolato su 3 sedi di Av e viene infine approvato il progetto per la realizzazione della sede Nord-Ovest.

Questo complesso processo è stato possibile grazie alla attiva partecipazione e integrazione professionale di tutti i soggetti coinvolti: trasfusionisti, biologi, tecnici di laboratorio, infermieri, informatici, direttori sanitari, amministrativi, ingegneri, servizio qualità, servizio prevenzione e protezione, rischio clinico, in una stretta e proficua collaborazione con le ditte fornitrici, sistemi informatici, trasporti, attrezzature biomediche, con il coordinamento regionale svolto dal Crs. Alla luce dei risultati raggiunti, si ritiene che questa esperienza possa utilmente venire modellizzata a favore di altri settori del nostro sistema sanitario.

Valentina Molese
direttore Centro regionale sangue

CONTROCANTO

L'emoteca informatica dell'Av Nord-Ovest

di **Fabrizio Gemmi ***, **Domenico Russo ****, **Fabrizio Scatena *****

L'Officina trasfusionale dell'Area vasta Nord-Ovest ha avviato l'attività alla fine del 2014.

Dopo una fase di test, durante la quale la nuova struttura ha acquisito dai Servizi trasfusionali dell'Area vasta tutti gli esami d'immunoematologia per la validazione delle unità di sangue, è iniziata la lavora-

zione delle sacche prelevate dal Servizio trasfusionale dell'azienda ospedaliero-universitaria Pisana, agguagliando progressivamente le Aziende Asl di Pisa, Versilia, Massa, Lucca, Livorno. Il processo si completerà dal prossimo mese di marzo.

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI E DELIBERE

▼ Ricerca: acque minerali e termali

La giunta regionale ha approvato alcune modifiche al decreto sulle norme per la disciplina della ricerca, della coltivazione e dell'utilizzazione delle acque minerali, di sorgente e termali. Modificati molti punti come metodi di analisi e trasporto dei campioni. Le modifiche rispondono e si adeguano dopo alcune sentenze della Corte costituzionale e leggi regionali, che hanno reso opportuna anche una revisione del testo per adeguarlo a mutamenti organizzativi intervenuti recentemente nelle strutture aziendali preposte al controllo ufficiale. (Delibera n. 69 del 02/02/2015)

▼ Accordo Don Carlo Gnocchi onlus

Anche per il 2015 la Regione conferma l'accordo tra Regione Toscana e Fondazione don Carlo Gnocchi onlus, per il triennio 2012/14, e assegna per l'anno in corso un volume economico massimo riconosciuto 2014, comprensivo di tutte le tipologie di prestazioni. La Fondazione don Carlo Gnocchi Onlus si occupa di percorsi riabilitativi integrati e lo sviluppo di sinergie di rete con le altre realtà regionali del settore della riabilitazione intensiva ad alta specializzazione nella completa integrazione della Fondazione con le sfide della sostenibilità economica del Ssr. (Delibera n. 77 del 02/02/2015)

ALL'INTERNO

La scuola si fa in corsia

A PAG. 2

Ricerca: focus malattie renali

A PAG. 3

Neonati «al sicuro»

A PAG. 4-6

MODELLI

Dal 2005 al pediatrico di Firenze 600 bambini hanno studiato in corsia



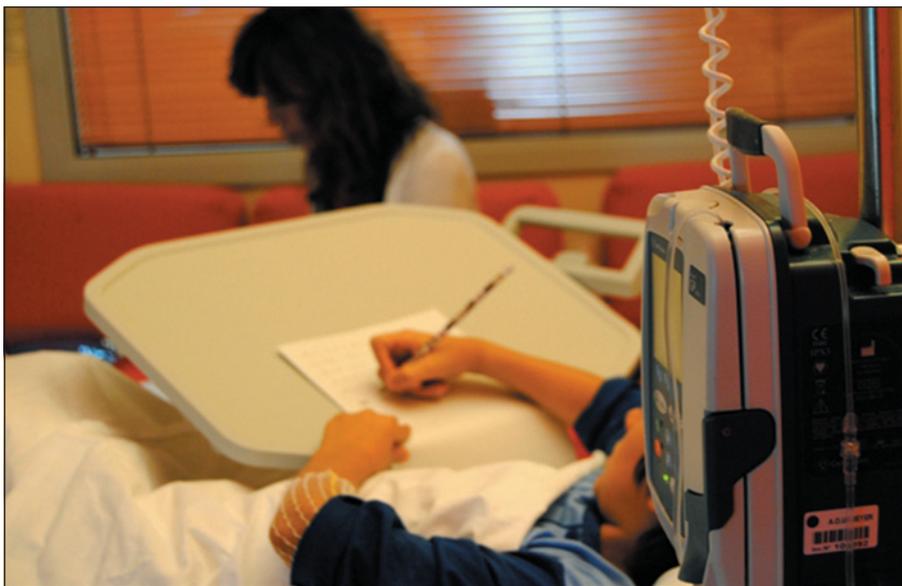
La scuola entra in ospedale

E per i fratelli dei pazienti fuori sede il progetto «Vengo anch'io»

Sono quasi seicento i bambini e gli adolescenti che dal 2005 a oggi hanno usufruito della "Scuola in Ospedale", il servizio che garantisce il diritto allo studio dei pazienti ricoverati o seguiti durante le cure all'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze impossibilitati a frequentare la scuola di appartenenza.

L'esperienza di primaria importanza, che permette a tanti alunni di non interrompere il percorso educativo a causa della malattia, recentemente si è rinnovato grazie alla firma del protocollo d'intesa tra il Meyer, l'Asl 10 di Firenze, l'Ufficio scolastico regionale di Firenze, la Fondazione Meyer, il Gruppo insegnanti volontari dell'Associazione Amici del Meyer. Oltre ad assicurare il diritto allo studio al paziente-studente evitando che possa interrompere i processi di apprendimento, tra gli obiettivi del protocollo ricordiamo il mantenimento - laddove è possibile - del rapporto con i docenti, i coetanei e l'ambiente scolastico nel suo complesso, l'impegno a favorire percorsi personalizzati anche mediante forme di istruzione a distanza sia in ospedale, sia a domicilio, la promozione di forme di innovazione didattica e organizzativa per garantire quanto più possibile il successo formativo a favore degli studenti e promuovere forme di apertura e incontro con le scuole e il territorio.

Infine, anche se le procedure sono estremamente complesse, il protocollo garantisce - come avvenuto peraltro con successo - non solo l'espletamento dell'esame di Stato in ospedale, ma anche il suo accompagnamento. Sotto questo profilo segnaliamo che negli ultimi tre anni sono ben 9 i ragazzi che hanno sostenuto e



superato la maturità, mentre 7 sono gli alunni che hanno affrontato l'esame conclusivo del primo ciclo di istruzione. Un team composto da un insegnante a tempo pieno per le scuole elementari, cinque insegnanti per le scuole medie inferiori, e un docente coordinatore per le scuole medie superiori, in collaborazione con le scuole di appartenenza e con i medici dell'ospedale, hanno permesso di realizzare percorsi di studio differenti per ogni paziente.

Il progetto appena confermato, nato oltre 15 anni fa con la creazione della prima classe

elementare, nel tempo si è consolidato e allargato. Dopo la scuola primaria, sono state istituite le medie e, nel 2000, le superiori. Nell'Ospedale pediatrico fiorentino ora sono attive la scuola primaria, la scuola secondaria di primo grado e la scuola secondaria di secondo grado.

La Scuola ospedaliera si avvale di 48 insegnanti volontari riuniti nell'Associazione Amici del Meyer e sostenuti dalla Fondazione Meyer. Il servizio assicura una continuità didattica tra la realtà scolastica da cui il bambino proviene e quella ospedaliera. Mentre per scuo-

la primaria e secondaria di primo grado la formula è quella classica della sezione interna, per la scuola secondaria di secondo grado è attivo un modello "diffuso" che coinvolge una rete di scuole superiori fiorentine (22 gli istituti che aderiscono), in grado di assicurare interventi nelle diverse aree disciplinari e nei diversi indirizzi di studio.

Una rete dove il ruolo anche degli insegnanti volontari è importante: questi sono infatti professori, in ruolo o in pensione, che dedicano gratuitamente parte del loro tempo per integrare l'azione educativa svolta dalla rete a favore dei ragazzi. Questo modello, innovativo sotto più profili, ha permesso di rispondere all'evoluzione che negli anni ha cambiato l'Ospedale, orientato a ridurre le degenze ricorrendo maggiormente alle cure domiciliari. Una esperienza che anche l'Oms ha riconosciuto dedicandole una pagina sul proprio sito cogliendo l'importanza e la novità del progetto che si iscrive nella promozione della salute del bambino e della famiglia. Inoltre è nato di recente "Vengo Anch'io", il nuovo servizio didattico fornito anche a favore dei fratelli e delle sorelle dei piccoli pazienti del Meyer quando questi sono costretti a lasciare la città di appartenenza e quindi anche la scuola. Il progetto consente di dare un sostegno sia agli studenti già seguiti dalla "Scuola in Ospedale", sia dai fratelli e sorelle dei bambini ricoverati e alloggiati nella rete di appartamenti e case di accoglienza del Meyer.

Roberta Rezoalli
ufficio stampa
Aou Meyer, Firenze

MALATTIE RARE: APPUNTAMENTO IL 28 FEBBRAIO A FIRENZE

Al centro l'alleanza tra professionisti dei servizi e pazienti

Lo slogan per la Giornata mondiale delle malattie rare 2015 ha suggerito al Gruppo di coordinamento regionale di dare voce alle "alleanze" che sul nostro territorio hanno promosso buone pratiche di ricerca e assistenza: le alleanze tra professionisti dei servizi, i pazienti e le loro associazioni. Sono alleanze che hanno riconosciuto come l'ascolto delle necessità dei malati deve essere alla base della ricerca di soluzioni.

Il 28 febbraio a Firenze, presso l'Auditorium del Cto dell'Aou Careggi, si terrà un convegno per dare spazio e per presentare una serie di progetti condivisi con le associazioni dei pazienti, confrontandoci non solo sui

risultati attesi e raggiunti, ma cercando di dividerne le modalità di realizzazione per dare nuovi spunti e nuovo impulso per ulteriori alleanze. Faremo il punto sullo stato dell'arte della nostra rete, del nostro Registro e dei servizi di informazione e sostegno che la Regione Toscana ha strutturato a favore dell'utenza (pazienti e professionisti).

Al 16 febbraio 2015, i dati presenti sul Registro toscano malattie rare (gestito, insieme al sito pubblico, dalla Fondazione Toscana Gabriele Monasterio) - che riguardano un totale di 35.756 casi seguiti presso 197 strutture toscane - comprendono 10.601 casi pediatrici e 11.944

casi che provengono da fuori Regione. Il 34,1% dei casi riguardano patologie del sistema nervoso e organi di senso, il 18,8% il sistema endocrino, della nutrizione e del metabolismo nonché i disturbi immunitari, il 16% le malformazioni congenite, e il 7% il sistema osteomuscolare e tessuto connettivo.

Sulla base dei dati è possibile tracciare le strutture che seguono i pazienti e procedere al regolare aggiornamento della rete dei presidi e al riconoscimento di specifici ruoli. Il sito pubblico regionale dedicato, attivo dal dicembre 2013, riporta oltre ai dati statistici anche una serie di informazioni sulla normativa, le

patologie e la rete dei presidi. È un sito in continua evoluzione che nel tempo si è adattato alle esigenze informative, di trasparenza e di servizio.

Il Centro di ascolto per le malattie rare ha accolto dal 1° luglio 2012 al 10 febbraio 2015, 1.492 utenti, gestendo 1.744 pratiche con un totale di 3.533 contatti con utenti e 248 contatti con i referenti della rete. La tipologia di richieste predominante riguarda le informazioni e l'orientamento su servizi e specialisti (785 pratiche). Il centro si avvale di una rete multidisciplinare di referenti appartenenti alle Aziende sanitarie regionali e ad associazioni (coordinatori

della rete dei presidi, delle Malattie rare, referenti unici aziendali, psicologi, assistenti sociali). Gli operatori, psicologi e psicoterapeuti, rispondono a bisogni, di pazienti, familiari e operatori, inerenti informazioni e orientamento rispetto a strutture specialistiche e servizi, con interventi di problem solving, ascolto e supporto emotivo-psicologico.

Durante il convegno del 28 febbraio l'aggiornamento sui lavori in corso sarà seguito da tre focus dedicati ad esempi di alleanze tra pazienti e servizi. Il primo sarà dedicato a presentare buone pratiche nei percorsi di ricerca e diagnosi, il secondo

alla strutturazione di percorsi aziendali e il terzo alla gestione della transizione da paziente pediatrico ad adulto. La condivisione delle modalità di collaborazione e dei risultati attesi e raggiunti sarà lo spirito che animerà gli interventi che, nel corso della giornata vedranno confrontarsi istituzioni, pazienti e professionisti per stimolare nuovi approcci, nuove alleanze, nuovi percorsi da intraprendere "mano nella mano".

Cecilia Berni
P.o. Assistenza materno-infantile e malattie rare e genetiche
Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

► **CONTROCANTO** (segue dalla prima pagina)

L'Officina trasfusionale (Ot) è la prima realizzata nella Regione Toscana, che prevede a regime la realizzazione di tre strutture, una per ciascuna Area vasta. Gli scopi della riorganizzazione attengono a due distinti obiettivi. Prima di tutto, il laboratorio potrà garantire il raggiungimento di standard europei nella produzione degli emocomponenti e del plasma da conferire all'industria, per la preparazione di emoderivati. Inoltre, l'assetto raggiunto consentirà di sviluppare un nuovo sistema di distribuzione delle unità di emoderivati ai Servizi trasfusionali degli ospedali, basato su una "emoteca informatica" visibile da tutti i servizi, al fine di prevenire le criticità delle scorte, favorendo la disponibilità equilibrata di sacche dei diversi gruppi sanguigni.

La costituzione dell'Ot è coerente con l'azione di riorganizzazione complessiva dei laboratori della Aou Pisana e dell'Area vasta Nord-Ovest. La struttura è realizzata su una superficie di circa 1.000 metri quadrati, completamente ristrutturata e organizzata in ambienti dedicati alle varie fasi della lavorazione, secondo la sequenza dei flussi di lavoro, in maniera da effettuare un efficace clinico risk management.

Gli standard di servizio e le modalità operative sono stati definiti da un Comitato tecnico a cui hanno partecipato i direttori dei Servizi trasfusionali dell'Area vasta, supportati dalle Direzioni sanitarie, del Centro regionale sangue, dei Servizi informativi dell'Estav Nord-Ovest. Ai professionisti coinvolti è stato affidato il non facile

compito di razionalizzare il flusso di lavoro, partendo dalla rivisitazione delle procedure dei propri servizi. Infatti, anche se la materia è strettamente normata, piccole differenze si erano stratificate nella pratica quotidiana, portando a protocolli operativi fortemente differenziati.

Le procedure informatiche sono state ridisegnate per risultare coerenti con il flusso di lavoro e per consentire sia ai Servizi trasfusionali che al Centro regionale sangue la completa tracciabilità del sistema

* direttore sanitario Aou di Pisa
** direttore Officina trasfusionale dell'Area vasta Nord-Ovest
*** direttore Uo Medicina trasfusionale e biologia dei trapianti Aou di Pisa

► **Così la qualità...** (segue dalla prima pagina)

svolto un imponente e responsabile percorso di riqualificazione, al fine di rispondere alle nuove esigenze regolatorie. Tale percorso ha messo in evidenza punti di forza ma anche importanti criticità, queste ultime legate prevalentemente alla dispersione in un numero eccessivo di strutture delle attività di lavorazione e testing del sangue, che è materialmente impossibile, e fortemente diseconomico, garantire - ai livelli qualitativi richiesti - in strutture che trattano bassi numeri. Non a caso, in tutti i Paesi Ue comparabili all'Italia questo passaggio è stato fatto già da molti anni (media unità trattate per ogni "officina": oltre 150.000 unità), nella consapevolezza

che gli assetti organizzativi e l'autoreferenzialità dei sistemi ispettivi e di controllo possono rappresentare il principale punto critico del Sistema sangue, ostativo sia alla erogazione al cittadino di prodotti e servizi efficaci e conformi ai requisiti qualitativi comunitari, sia a un'efficiente gestione dei costi.

Il programma di integrazione della Rete trasfusionale che la Regione Toscana sta sviluppando, fra i non molti effettivamente in corso di realizzazione in Italia, procede, con le prevedibili difficoltà e "lotte" con le tempistiche, nella direzione di coniugare al meglio qualità e sostenibilità.

* direttore
Centro nazionale Sangue
Istituto superiore di sanità

SSR AI RAGGI X Al Meyer un nuovo metodo per ottenere progenitori renali dalle urine

Focus sulle malattie del rene



Lo studio consente di costruire un modello «personalizzato» della malattia

È stato messo a punto e brevettato dall'ospedale pediatrico Meyer di Firenze un nuovo metodo per ottenere progenitori renali dalle urine dei bambini con malattie renali su base genetica. La scoperta, che apre nuovi orizzonti nella diagnosi e nello studio di queste patologie, ha permesso di arrivare a un "modello personalizzato" della malattia renale. Lo studio, che porta la firma dei team della Nefrologia e della Genetica dell'Ospedale pediatrico Meyer e dell'Università di Firenze, è stato pubblicato nelle scorse settimane sull'edizione online di Jasn (Journal of the American Society of Nephrology), la più importante rivista internazionale di nefrologia. Lo studio, iniziato oltre tre anni fa e portato avanti grazie ai fondi di Regione Toscana, risponde direttamente alla necessità di identificare un modello di patologia adeguato per migliorare la diagnosi, laddove l'analisi genetica del sangue da sola non conduca alle cause, spesso complesse, della malattia renale.

«Anche quando sono causate dallo stesso gene, le patologie renali sono molto eterogenee tra loro, perché il Dna di ognuno di noi è comunque unico e le condizioni ambientali possono avere effetti differenti da persona a persona - spiega Paola Romagnani, responsabile del team di Nefrologia del Meyer e professore Università di Firenze -. Abbiamo quindi sempre più bisogno di nuovi modelli di ma-

lattia che ci facciano meglio comprendere le influenze del Dna del paziente e le sue interazioni con l'ambiente nel determinare le malattie renali».

Gli autori hanno pertanto cercato di mettere a punto un nuovo metodo che consentisse di costruire un modello personalizzato di malattia, partendo dalle urine dei bambini affetti da malattie renali. «Per far questo, abbiamo purificato e amplificato i progenitori renali dalle urine di ogni singolo bambino malato - spiega Elena Lazzeri, ricercatrice e primo autore dello studio -. I progenitori renali sono delle cellule staminali con capacità di generare molti tipi di cellule renali, che si trovano nei reni. Rari progenitori renali vengono persi nelle urine delle persone affette da malattie renali. Sebbene rare, queste cellule hanno una enorme capacità di crescere. Con il nostro metodo noi favoriamo questa loro capacità di amplificarsi e da una singola cellula possiamo ottenerne milioni».

Poi, possiamo trattarle con sostanze che sono in grado di farle diventare la cellula renale che vogliamo studiare, a esempio la cellula bersaglio della malattia. In questo modo otteniamo un modello unico, che porta scritte su di sé tutte le alterazioni genetiche e le influenze ambientali che hanno determinato quella malattia in quel paziente e che sarà utilissimo per studiare molte malattie renali le cui cause rimangono ancora sconosciute». Per queste ragioni, il metodo è anche molto



Paola Romagnani, ricercatrice di nefrologia e genetica

utile da un punto di vista clinico, perché consente di studiare il ruolo di mutazioni genetiche sconosciute e verificare se sono causa di malattia.

La ricerca nasce dal letto del bambino. «Abbiamo infatti già utilizzato il nuovo metodo per arrivare a una diagnosi difficile in un bambino affetto da una forma rara di sindrome nefrosica, in cui i test genetici avevano identificato una mutazione mai descritta prima che sospettavamo potesse essere la causa della malattia, ma non potevamo dirlo con certezza - aggiunge Paola Romagnani -. Con il nuovo metodo abbiamo preparato dalle urine del bambino i suoi progenitori renali, li abbiamo differenziati nella cellula del rene che era malata e abbiamo potuto verificare che la mutazione iden-

tificata era effettivamente la causa della malattia, e capire come alterava la funzione cellulare».

L'intero lavoro ha richiesto circa un mese, un tempo breve per arrivare a una conclusione molto utile dal punto di vista clinico. Questo risultato ha, inoltre, consentito di identificare altri familiari portatori del gene malato con sintomi lievi della malattia che non erano stati notati prima, e di modificare le decisioni terapeutiche.

Lo studio pubblicato su Jasn, ha quindi una forte valenza come strumento diagnostico veloce ed economico per malattie spesso complesse quali sono quelle renali su base genetica, ma come è evidente, apre prospettive ancora tutte da esplorare nello studio di queste patologie. Non è un caso che la comunità scientifi-

ca internazionale abbia già chiesto di poter ottenere e utilizzare questa nuova metodica di cui già si avvalgono i bambini in cura presso la Nefrologia del Meyer.

Le malattie renali su base genetica, cosa sono e loro incidenza. Le malattie renali sono in aumento e stanno raggiungendo proporzioni epidemiche. Approssimativamente 40 milioni di persone nella popolazione europea soffrono attualmente di malattie renali. Recentemente, sta gradualmente diventando chiaro il ruolo critico dei fattori genetici in molte patologie renali. A oggi, sono state descritte più di 200 differenti patologie renali genetiche, con una prevalenza totale di circa 60-80 casi per 100.000 nella popolazione. In termini di frequenza, le patologie renali ereditarie variano da patologie relativamente frequenti, come il rene policistico, che colpisce in media una persona su 500, a malattie "rare" che, per definizione, colpiscono meno di cinque persone ogni 10.000. Le anomalie congenite del rene e del tratto urinario, che sono principalmente attribuibili ad alterazioni genetiche, costituiscono circa il 30% di tutte le anomalie diagnosticate nel periodo prenatale e sono causa di oltre il 20% delle malattie che portano alla dialisi.

Tecnologia utilizzata. Il metodo messo a punto prevede l'utilizzo di un campione di urine del bambino che viene portato in laboratorio e messo in coltura in condizioni che favoriscono la crescita

rapida dei rari progenitori renali che si staccano dal rene malato. In poche settimane si ottengono milioni di queste cellule che possono essere congelate e mantenute nel tempo e scongelate quando necessario per fare test clinici e per studiare la malattia del paziente. I progenitori renali infatti, quando esposti ad apposite sostanze, possono differenziarsi in molti tipi di cellule renali, ognuna delle quali porta con sé tutte le alterazioni genetiche ed epigenetiche, cioè indotte dall'ambiente sul Dna, proprie della malattia e specifiche di quel paziente.

Il team. Il lavoro pubblicato su Jasn porta le firme del team di ricercatori della Nefrologia e della Genetica del Meyer e dell'Università di Firenze: Elena Lazzeri, Elisa Ronconi, Maria Lucia Angelotti, Anna Peired, Benedetta Mazzinghi, Francesca Becherucci, Sara Conti, Giulia Sansavini, Alessandro Sisti, Fiammetta Ravaglia, Duccio Lombardi, Aldesia Provenzano, Anna Manonelles, Josep M. Cruzado, Sabrina Giglio, Rosa Maria Roperto, Marco Materassi, Laura Lasagni, Paola Romagnani. Allo studio ha collaborato anche il Mario Negri di Bergamo.

Human Urine-Derived Renal Progenitors for Personalized Modeling of Genetic Kidney Disorders. 2015. doi: 10.1681/ASN.2014010057

a cura di
Roberta Rezoalli
ufficio stampa
Aou Meyer Firenze

CAMPAGNA DI RACCOLTA FONDI CON SMS SOLIDALE AL 45503

La sfida del robot neurochirurgico

Il Meyer lancia una nuova sfida nella cura delle malattie cerebrali che colpiscono i bambini. E lo fa aprendo le sale operatorie al robot neurochirurgico, un sistema che consente di migliorare ulteriormente la qualità degli interventi di neurochirurgia, garantendo la massima sicurezza per i piccoli pazienti. Il robot neurochirurgico è l'obiettivo della campagna di raccolta fondi con Sms solidale della Fondazione Meyer a favore della Neurochirurgia dell'Ospedale pediatrico di Firenze, un Centro di riferimento nazionale per il trattamento e la cura di tutto lo spettro delle patologie di interesse neurochirurgico.

Il nuovo sistema robotizzato permetterà di operare in abbinamento con le attuali strumentazioni come il neuronavigatore e il casco stereotassico, migliorando le performance operatorie a sicuro vantaggio per il bambino. Il robot, proprio per la sua estrema precisione e versatilità nel calcolo delle traiettorie di ingresso al cervello, permetterà di ridurre di oltre il 50% il tempo chirurgico, riducendo anche la percentuale di complicanze, tra cui un minor rischio emorragico, una minore esposizione all'anestesia e una maggiore precisione del gesto chirurgico che si tradurrà nella riduzione complessiva del ricovero del piccolo paziente.

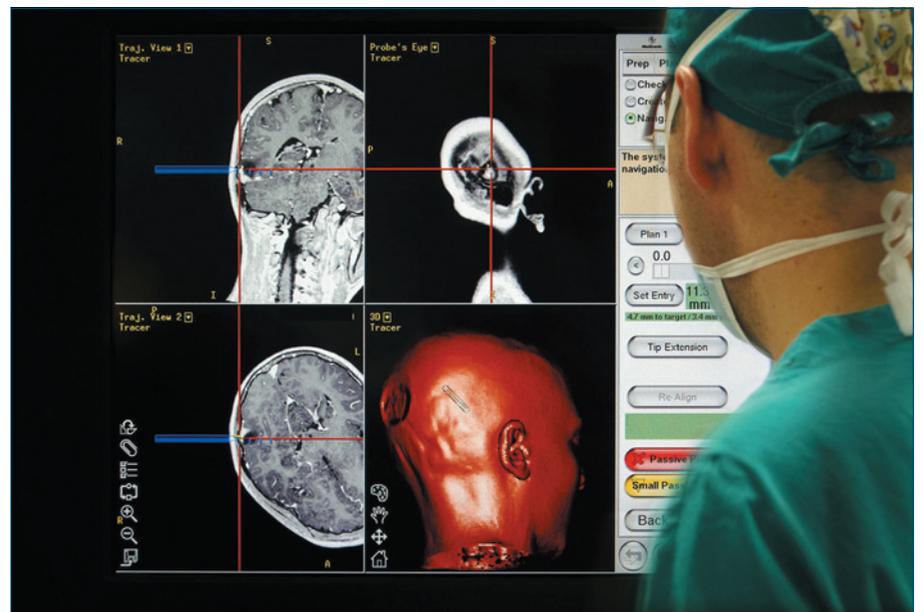
Vaste le applicazioni del robot neurochirurgico. Tra queste la sua estrema utilità per

le stereo Eeg, una delle procedure alla base della chirurgia dell'epilessia complessa, le biopsie cerebrali di ogni tipologia di massa tumorale e non e la robotizzazione di alcune procedure endoscopiche per la cura di patologie quali l'idrocefalo, cisti intracerebrali, tumori intra e paraventricolari e malformazioni vascolari.

Un arricchimento per la Neurochirurgia pediatrica del Meyer che copre tutte le patologie cerebrali in età pediatrica, effettuando ogni anno circa 1.000 interventi e 1.300 ricoveri. Tra gli ambiti della ricerca questo Centro nazionale è impegnato nello sviluppo della neuroendoscopia cerebrale, nelle tecniche endoscopiche che permettono di raggiungere, sfruttando le naturali cavità nasali, tutta la regione del basicranio e l'approccio mini invasivo a craniostenosi e malformazioni cranio-facciali.

L'Ospedale Pediatrico Meyer è, anche per questo, una tra le più dinamiche realtà pediatriche italiane e internazionali disponendo di 250 posti letto multi-specialistici e di tutte le specialità mediche e chirurgiche di area pediatrica. Un ospedale che registra inoltre 9mila ricoveri l'anno, ai quali si aggiungono 8mila interventi chirurgici, più di 7mila prestazioni ambulatoriali e 40mila prestazioni di pronto soccorso all'anno.

Un bambino su 4 piccoli ricoverati provie-



Robot chirurgico

na da fuori Toscana. A questo si lega anche l'impegno in ambito scientifico investendo nei vari ambiti pediatrici, sostenendo i suoi giovani ricercatori, premiando il merito e collaborando ai più avanzati e accreditati network internazionali.

Per consentire l'acquisto di questo avanzatissimo robot per la Neurochirurgia pediatri-

ca del Meyer dall'8 febbraio all'1 marzo la Fondazione Meyer lancia una campagna di raccolta fondi con Sms solidale al 45503. Con i fondi raccolti si sostiene l'acquisto di questo moderno sistema robotizzato per la cura dei bambini, che consoliderà il Meyer come avanzato centro chirurgico in Italia e nel mondo.

DOCUMENTI Disco verde al programma di azioni per le dimissioni del bambino e la continuità assistenziale garantita



Neonato, dall'ospedale alla culla in sicurezza

Le istruzioni per le neomamme e il personale sanitario del punto nascita e le procedure in caso di rischio

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo il documento «Dimissione del neonato sano e del neonato a rischio» approvato dalla Giunta regionale, nonché il documento «Osservazione breve pediatrica» in linea con il piano sanitario e sociale integrato regionale.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 approvato con Deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5/11/2014, che, al paragrafo 2.1.5.1 "Percorso materno infantile", ribadisce l'impegno della Regione Toscana nel "garantire sicurezza e qualità delle prestazioni, nonché continuità dell'assistenza sanitaria nel rispetto della fisiologia e dello stato complessivo di salute della donna e del bambino";

Viste le priorità espresse nel Piano sopra richiamato, che al punto 2.3.3.1. "Rete ospedaliera: le prospettive di azione" conferma, in quanto priorità della programmazione sanitaria regionale relativamente all'ambito materno infantile, l'ulteriore miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero pediatriche e nell'organizzazione della rete ospedaliera pediatrica, mediante due programmi da sviluppare:

- rideterminare nell'ambito di ciascuna Area vasta la composizione della rete pediatrica favorendo la ricomposizione delle degenze pediatriche in attività di day service;
- favorire una piena continuità delle cure;

Visto l'Accordo del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 137/Cu), pubblicato in Gu n.13 del 18 gennaio 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», che



direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO
Vice direttore
ROBERTO TURNO
comitato scientifico
Valterre Giovannini
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli
Versione Pdf dell'Allegato al n. 7 del 24 feb.-2 mar. 2015 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
07061 Carsoli (Aq)

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

in particolare all'Allegato tecnico n. 6, parte integrante dell'Accordo medesimo, richiama l'attenzione nel merito della "Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita";

Richiamata la delibera della Giunta regionale n. 444 del 30/05/2011, che recepisce il sopra citato Accordo;

Valutato opportuno fornire, sulla base dei sopracitati documenti e delle recenti evidenze in materia, raccomandazioni regionali in ordine all'osservazione breve pediatrica e ai percorsi di dimissioni del neonato sano e del neonato a rischio;

Visto il documento "Dimissione del neonato sano e del neonato a rischio" predisposto dal Consiglio sanitario regionale (Csr) e di cui al Parere Csr n. 64 del 17 giugno 2014, riportato nell'allegato A;

Ritenuto di approvare il documento di cui al sopra citato allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Visto il documento che riporta raccomandazioni "Osservazione breve pediatrica (Obp)" predisposto dal Consiglio Sanitario regionale (Csr) e di cui al Parere n. 66 del 2 luglio 2013, riportato nell'allegato B;

Ritenuto di approvare il documento di cui al sopra citato allegato B, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Ritenuto di dare mandato alla competente struttura della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale di mettere in atto le procedure necessarie a dare seguito alle raccomandazioni di cui agli allegati A e B;

A voti unanimi

DELIBERA

Per quanto espresso in narrativa:

1. di approvare il documento "Dimissione del neonato sano e del neonato a rischio", di cui al parere Csr n. 64/2014 riportato in allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di approvare il documento "Osservazione Breve Pediatrica", di cui al parere Csr n. 66/2013 riportato in allegato B, parte integrante e sostanziale del presente atto;

3. dare mandato alla competente struttura della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale di mettere in atto tutte le procedure necessarie a dare seguito alle raccomandazioni di cui agli allegati A e B;

4. dare atto che le raccomandazioni di cui in allegato A e in allegato B non comportano oneri aggiuntivi rispetto a quanto previsto nell'ambito della programmazione regionale.

ALLEGATO A

Dimissione del neonato sano

La dimissione del neonato sano rappresenta un passaggio fondamentale del percorso nascita affrontato come documentato dalle linee guida dell'Oms sulle cure postnatali per madre e neonato e dalle raccomandazioni

del ministero della Sanità per la prevenzione della morte o disabilità permanente nel neonato sano.

Le attenzioni alla relazione madre-bambino, all'allattamento materno e alle fragilità familiari rappresentano gli obiettivi di riferimento generali da garantire uniformemente, insieme alla sicurezza e al rispetto della fisiologia.

Condizioni da garantire per una corretta dimissione del neonato sono:

a) **continuità assistenziale:** il momento della dimissione dal punto nascita è strettamente collegato a tutto il percorso gravidanza e nascita, a partire dal primo contatto della gestante con l'ostetrica del consultorio, fino alla presa in carico certa e tempestiva del neonato e della puerpera da parte del pediatra di famiglia e degli altri servizi territoriali. Il pediatra di famiglia partecipa ai corsi di accompagnamento alla nascita ed è la figura di riferimento cui il bambino, con la sua famiglia, viene affidato dopo la dimissione;

b) **partecipazione dei genitori:** il loro coinvolgimento nelle procedure e nelle decisioni assistenziali facilita l'acquisizione di competenze autonome e rende più sicura la dimissione. Tale opportunità è consolidata dallo sviluppo di programmi informativi durante la gravidanza, la degenza ospedaliera e i successivi controlli;

c) **organizzazione per percorsi:** la scelta dipartimentale appare idonea a semplificare la costruzione di percorsi assistenziali integrati. Tra i diversi profili professionali che si occupano di neonato, madre e famiglia, sono richieste collaborazioni efficaci e reciprocità di informazioni. Sono valorizzate le specifiche competenze dei servizi Sociale/Igiene mentale e identificate corsie di accesso preferenziali per livelli superiori di assistenza. Le procedure relative alla dimissione del neonato trovano riscontro nel protocollo di dipartimento.

Il connotato principale della dimissione è l'appropriatezza, riferita ai criteri riguardanti il benessere di bambino e madre, la presenza di fattori di rischio sociale o relazionale e le opportunità presenti nel territorio. La dimissione veramente "appropriata" è anche "concordata" in quanto tiene conto delle esigenze dei genitori. Gli stessi sono incoraggiati a partecipare attivamente alle decisioni in merito alla dimissione e alla predisposizione del successivo piano assistenziale.

La dimissione del neonato sano avviene tra 48 e 72 ore dopo la nascita con almeno due notti di degenza

I criteri di dimissibilità del neonato a termine sano tra 48 e 72 ore sono: - decorso clinico ed esame fisico alla dimissione senza evidenza di anomalie che richiedano di proseguire l'ospedalizzazione;

1. segni vitali neonatali normali e stabili da almeno 12 ore prima della dimissione;

2. minzioni regolari e almeno 1 evacuazione spontanea;

3. valori di pulsossimetria all'arto sup dx e inf. superiori al cut off;

4. completate con successo almeno 2 poppate; documentato coordinamento tra suzione, deglutizione e respirazione durante il pasto;

5. itero correttamente valutato e trattato; eventuale piano di monitoraggio sulla base di linee guida;

6. bambino valutato e monitorato per la sepsi da Gbs sulla base di linee guida;

7. disponibilità test e screening materni per HBsAg, Sifilide, Hiv; gruppo e coombs materni;

8. screening metabolici, audiologici e oculistici eseguiti secondo i protocolli vigenti;

9. proflassi attiva e passiva per Hbv eseguita secondo quanto previsto per i figli di madri HBsAg positive;

10. la madre ha ricevuto sufficienti informazioni e acquisito competenze in merito ai principi essenziali di puericultura;

11. valutati i fattori di rischio familiare, ambientale e sociale. Dimissioni anticipate (<48 ore) sono limitate a situazioni selezionate e valutate nel caso siano assicurati i necessari controlli e gli screening da parte del punto nascita.

Deve essere prevista la possibilità di una degenza prolungata quando consigliata da motivi di carattere prevalentemente sociale e psico-relazionale.

Nel corso della degenza postnatale la continuità dei contatti madre/bambino, la comunicazione genitori-operatori e il supporto all'avvio dell'allattamento, nel rispetto delle scelte della mamma, rappresentano la migliore preparazione alla dimissione.

Rooming-in H 24, supporto allattamento al seno e formazione operatori dedicati coerenti con le indicazioni Oms/Unicef

Prima del ritorno a casa i genitori devono aver appreso informazioni e comportamenti utili alla normale gestione del neonato, alla verifica di alcuni parametri di benessere o possibili situazioni patologiche (es. ittero, disidratazione ecc.) identificando i segni di allarme come letargia, scarsa suzione, pianto e colorito anormali, ecc. In cartella clinica andrà data evidenza dell'avvenuta informazione/formazione. A puro titolo di traccia, in allegato I è riportata una elencazione delle informazioni da trasmettere.

Inoltre verranno consegnati e illustrati i materiali regionali disponibili per la informazione dei genitori, in particolare quelli relativi all'allattamento al seno e alla prevenzione della morte improvvisa del neonato in culla.

Efficaci strategie per la verifica di tali obiettivi sono:

- Scheda per i genitori dedicata al riconoscimento delle più comuni problematiche neonatali e alla gestione dei primi sintomi; illustrata e consegnata ai genitori (vedi allegato 2)

Il libretto pediatrico regionale viene correttamente compilato nelle parti riguardanti: gravidanza/parto/degenza, screening eseguiti, eventuali esami, indicazioni farmacologiche.

Nel caso in cui, già alla dimissione, ci sia la necessità di verificare in tem-

pi brevi uno specifico parametro, il controllo viene prenotato nell'ambulatorio neonatologico ospedaliero o inviato, previ accordi specifici regionali o aziendali, presso il pediatra di famiglia. Nel caso siano previsti accertamenti diagnostici o visite specialistiche, al momento della dimissione verrà consegnata la richiesta su ricetta-rio Ssr.

- I controlli prenotati, le visite e gli accertamenti previsti sono trascritti nel libretto regionale

Al ritorno a casa i genitori devono sapere di poter contare sul pediatra di famiglia e sull'ostetrica oltre che su altri utili servizi (consultorio familiare, ambulatorio allattamento, assistente sociale, psicologo) di cui vengono forniti nominativi e recapiti.

- Scheda per i genitori contenente nomi e recapiti telefonici di pediatri di famiglia, ostetriche e altri servizi consultabili della zona

I genitori concordano con il pediatra la data della visita prima possibile per la presa in carico.

- La scelta del pediatra di famiglia deve essere fatta nel punto nascita, prima della dimissione i genitori residenti in altre sedi vengono invitati a eseguire tempestivamente la scelta presso il distretto sanitario di residenza.

Sono definite corsie preferenziali di contatto e invio al punto nascita di riferimento ad altri livelli qualora il pediatra di famiglia durante le prime visite, riscontri la necessità di approfondimenti clinici e strumentali.

Procedura di Dipartimento dedicata alla gestione delle urgenze neonatali post-dimissione e alla individuazione dei riferimenti di livello superiore in Area vasta.

In assenza di fattori di rischio, in base ai dati della letteratura per il neonato "in apparente benessere", è previsto un primo controllo entro 4-5 giorni dalla dimissione, principalmente per la valutazione e il sostegno dell'alimentazione al seno, il controllo della crescita, il benessere neonatale e materno.

Nel caso in cui, per carenza di accordi specifici o norme contrattuali, non sia possibile prevedere, da parte del pediatra di famiglia, il rispetto di questi tempi e neppure il punto nascita sia dotato delle risorse necessarie, il primo controllo del neonato dimesso, in assenza di particolari fattori di rischio, può essere affidato ai servizi consultoriali (ostetrica, ambulatorio allattamento). In ogni caso la successiva visita del pediatra di famiglia avverrà il prima possibile. Gli interventi effettuati dovranno essere annotati nel libretto pediatrico.

A ogni puerpera viene data disponibilità di un controllo presso il consultorio da effettuarsi entro la prima settimana dal ritorno a casa. L'ostetrica garantisce, possibilmente in ogni caso e, sempre, in quelli segnalati, un colloquio con la donna in ospedale, prima della dimissione. Oltre a controllare lo stato di salute della mamma, l'ostetrica può dedicare al neonato le prime verifiche essenziali:

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

alimentazione/crescita/relazioni/ambiente.

Per quanto riguarda l'allattamento, in particolare al seno, accanto al prioritario riferimento del pediatra c'è talora bisogno di consulenze e aiuti pratici, anche urgenti, meglio praticabili in ambienti consultoriali ad accesso diretto e gratuito (es. ambulatorio allattamento) la cui gestione è affidata a ostetriche o infermiere specificamente formate e in rete con il volontariato locale (associazioni no profit, peer counsellors); gli interventi effettuati dovranno essere annotati nel libretto pediatrico.

Le soluzioni organizzative e logistiche dell'ambulatorio allattamento, ancorché coerenti con queste finalità, sono affidate alle scelte locali più opportune.

L'ostetrica lascia alla madre disponibilità telefonica, promuove azioni di prevenzione e facilita l'accesso ad altri servizi. In casi particolari offre la visita domiciliare e/o una consulenza immediata entro 48 ore dalla dimissione. Ha la possibilità di contatti diretti facilitati con il pediatra di famiglia o con il punto nascita.

Procedura di dipartimento dedicata alla presa in carico da parte dell'ostetrica.

La formulazione dei vari profili professionali tiene conto delle indicazioni previste dalla iniziativa Oms-Unicef Ospedali e Comunità "Amiche dei Bambini", inserita nel protocollo di Intesa Regione Toscana-Unicef-Italia

Modalità di accesso all'ambulatorio allattamento consegnate ai genitori al momento della dimissione.

La Commissione pediatrica regionale conferma che la disponibilità certa del primo controllo del neonato e della mamma, entro la prima settimana, è un obiettivo qualificante della continuità assistenziale post-dimissione.

Allo stesso tempo, osservate le variegate e non sempre adeguate realtà toscane, ne rimanda l'attuazione alla contrattazione aziendale, auspicando risorse commisurate agli obiettivi e omogeneità nella individuazione dei servizi coinvolti.

Atto aziendale di riconoscimento della presa in carico tempestiva del neonato e della mamma.

I sempre più numerosi casi di fragilità genitoriale nelle prevalenti declinazioni sociali e psico-relazionali rappresentano una sfida nella continuità assistenziale e nella protezione del percorso dimissione del neonato anche "clanicamente" sano. Per tali situazioni è richiesto un lavoro multidisciplinare che inizia prima dalla gravidanza e continua fino alla presa in carico del bambino e della famiglia da parte dei servizi territoriali. Il pediatra di famiglia coordina questo lavoro supportato dai servizi sociale e/o di Igiene mentale. L'assistente sociale territoriale o, laddove presente, ospedaliero garantisce la comunicazione e il raccordo tra i servizi, partecipando, insieme al pediatra di famiglia, al progetto di dimissione e alle azioni di supporto alla famiglia. Va prevista la disponibilità di uno psicologo consultoriale con competenze specifiche

sui temi della genitorialità così come la programmazione di incontri, di gruppo o individuali, dedicati al tema, durante la gravidanza e il puerperio.

Protocollo dipartimentale che individui tempi, modalità e verifiche relative all'osservazione della relazione madre bambino, in ogni occasione di contatto con i servizi

I temi riguardanti la genitorialità sono inseriti nel programma dei corsi informativi, in gravidanza e puerperio.

Le frequenti dimissioni, oltre un quarto dei nati, di bambini appartenenti a famiglie che provengono da paesi a forte pressione migratoria rinnovano l'impegno a trasmettere attivamente, con l'aiuto della mediazione culturale e la disponibilità di materiale informativo adeguato, conoscenze sulla presenza e sul corretto utilizzo dei servizi.

Sono individuate figure di riferimento all'interno delle comunità locali a cui far acquisire competenza di mediazione e di supporto all'allattamento al seno.

Disponibilità di materiale informativo multilingue.

In merito al diversificato materiale cartaceo (documenti, schede informative ecc.), consegnato ai genitori in occasione della dimissione del neonato sano, la Commissione pediatrica auspica:

Revisione del libretto regionale pediatrico, utile strumento di continuità punto nascita/territorio al fine di migliorare la qualità delle informazioni trasmesse al pediatra di famiglia, rendendolo al contempo documento formale di dimissione del neonato sano.

Verifica delle prescrizioni/informazioni consegnate ai genitori alla dimissione (cura moncone, principi farmacologici, note di puericoltura ecc.) nella prospettiva di una scheda regionale condivisa rispettosa di riferimenti scientifici consolidati e delle indicazioni del Dm 82/2009 sul marketing.

Il percorso nascita "a basso rischio" e la dimissione del neonato sano rappresentano una grande occasione per sviluppare tra tutti gli operatori coinvolti una cultura dell'accoglienza e una attenzione alle multidimensionalità dei bisogni delle famiglie a livello sanitario, sociale e relazionale.

La sfida organizzativa deve garantire risorse adeguate e gli obiettivi e riconvertire risorse già presenti, ricomponendo e integrando, nello stesso quadro dipartimentale, tutte le figure e le azioni che, in ospedale e nel territorio, si occupano della maternità e dell'infanzia.

Procedure dipartimentali dedicate a monitoraggio/audit di dipartimentali annuali su item dedicati al percorso dimissione (tempi presa in carico servizi territoriali riammissioni ospedaliere improprie; partecipazione corsi formativi; esiti follow-up situazioni di fragilità, prevalenza allattamento al seno).



Riferimenti bibliografici

1. F. Marchetti. Il riordino delle cure pediatriche: alla ricerca del buon senso. Medico e Bambino 2012;31:143-144
2. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Public Health 2005;365:1099-1103.
3. Ministero della Salute. "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Piano Nazionale Sanitario 2010-2012.
4. AAP. Hospital stay for healthy term newborns. Committee on fetus end newborn, policy statement Pediatrics 2010;125:405-9.
5. Brown S et al. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD002958.
6. Routine postnatal care of women and their babies. National institute for Health and Clinical Excellence, July 2006.
7. Profilo assistenziale neonato sano Emilia Romagna - Agenzia sanitaria regionale 2006
8. Percorso nascita - Regione Liguria 2011
9. I. P. Papoff, C. Moretti. Chi si deve prendere cura dei bambini critici e dove. Medico e Bambino 2013;32:211.
10. Who Recommendations on Postnatal care of the mother and newborn, 2013
11. Ministero della Sanità. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2.500 grammi non correlata a malattia congenita. Raccomandazione n. 16, Dicembre 2013.

Comunicare le più comuni note di puericoltura

ALLEGATO I

Per gli operatori del Punto Nascita

Informazioni da trasmettere ai genitori prima della dimissione

- Corretto ancoraggio al seno e valutazione della poppata
- Riconoscimento dei segnali di fame;
- Numero di poppate consigliato e valutazione di una normale idratazione;
- Crescita settimanale nel primo mese;
- Spremitura del latte;
- Modalità di conservazione e di donazione del latte materno;
- Preparazione del latte formulato (se indispensabile per necessità o scelta);
- Medicazione del moncone ombelicale;
- Misure utili a ridurre il rischio di Sids;
- Le finalità degli screening eseguiti e i possibili controlli;
- Conferma avvenuta Iscrizione

del bambino al Pediatra di famiglia;

- Comuni note di puericoltura (ritmi sonno/veglia, tipi di pianto; igiene di cute, occhi, orecchie, unghie; cambio pannolino, abbigliamento, temperatura ambientale, misurazione temperatura corporea, inizio calendario vaccinale ecc.);

- Norme di sicurezza per il trasporto in auto del bambino;

- Riferimenti dei servizi disponibili per il bambino e per la mamma nel territorio di residenza (e consegna materiale cartaceo dedicato).

(N.B.: va ricordata la puntuale consegna dei materiali informativi per i genitori prodotti dalla Regione Toscana che vanno anche illustrati, in particolare per quanto riguarda l'allattamento al seno e la prevenzione della morte improvvisa del neonato in culla).

ALLEGATO 2

Per i genitori

Dopo il ritorno a casa non è raro, per genitori ancora inesperti, preoccuparsi di comportamenti del neonato per lo più normali; viceversa, in qualche rara occasione, per uguale motivo, possono essere sottovalutati segnali o sintomi per i quali è opportuna una sollecita valutazione medica: le note che seguono richiamano l'attenzione su alcune di queste situazioni. Il pediatra di famiglia o del punto nascita, e, in casi particolari, il pronto soccorso rappresentano il giusto riferimento per i genitori.

Eccessiva sonnolenza
I neonati passano la maggior parte del tempo dormendo, con ritmi sonno-veglia variabili, di solito con risvegli ogni 2-4 ore: durante la veglia, appaiono tranquilli, interessati all'ambiente circostante e si alimentano con regolarità. Se invece il bambino si sveglia raramente, sembra poco reattivo o disinteressato al latte, è opportuno sentire il pediatra. Un'eccessiva sonnolenza, soprattutto se è improvvisa o prolungata, merita attenzione.

Assunzione di latte troppo scarsa
Un'insufficiente assunzione di latte (e quindi di acqua), soprattutto nelle prime settimane, può causare uno stato di disidratazione insidioso. Un bambino si alimenta bene quando succhia con energia, deglutisce e, al termine della poppata, appare soddisfatto, bagnando di pipi almeno 5 pannolini al giorno. Se invece il piccolo ha difficoltà nell'alimentarsi o scarso interesse per il latte, è irritabile o sonnolento, ha labbra secche e fa poca pipi allora è consigliabile controllare il peso corporeo e contattare il pediatra.

Difficoltà respiratoria
Il bambino di solito respira normalmente; può capitare di apprezzare una lieve variabilità della frequenza respiratoria o una rumorosità da minima costipazione nasale. È opportuna una visita medica se invece il bambino presenta uno dei sintomi seguenti:

- Respiro veloce (più di 60/ minuto, anche se è normale che i neonati espirino più velocemente degli adulti);
- Rientramenti tra le costole con le narici che si muovono a ogni respiro;
- Gemito respiratorio;
- Colorito blastro persistente.

Distensione addominale
In certi momenti può accadere che la pancia del neonato sia gonfia

(continua a pagina 6)

(segue da pagina 5)

Dimissione del neonato a rischio

I. Introduzione

La decisione riguardo alla dimissibilità di un neonato che è stato ricoverato in un reparto di Terapia Intensiva neonatale (Tin) è un evento complesso. Richiede infatti un equilibrio tra benessere e sicurezza del neonato e bisogni e capacità dei genitori, senza trascurare la disponibilità e l'adeguatezza dei servizi per l'assistenza territoriale e domiciliare. Inoltre, esistono sempre più spinte economiche verso la dimissione precoce e verso la riduzione dei costi assistenziali. Per quanto possibile, comunque, la dimissione di un neonato a rischio deve basarsi sulle evidenze scientifiche al momento disponibili (1).

La riduzione dei tempi di degenza può rappresentare un beneficio sia per il neonato che per la famiglia in quanto riduce la separazione del bambino dai genitori oltre all'esposizione del neonato al rischio di infezioni nosocomiali o di altre complicanze legate alla degenza. D'altro canto però il

neonato dimesso prima di aver raggiunto la fisiologica stabilità può essere a rischio di più elevata mortalità e morbilità. I nati pretermine o di basso peso ricoverati in Tin sono, a esempio, soggetti a un più elevato tasso di riospedalizzazione e morte nel primo anno di vita rispetto ai nati a termine sani (2,3). Un'attenta preparazione alla dimissione, un adeguato follow-up e l'integrazione ospedale-territorio possono ridurre questo rischio.

Inoltre, con l'aumento della sopravvivenza dei neonati gravemente pretermine o affetti da rilevanti patologie, molti di loro sono dimessi con problemi medici non del tutto risolti che complicano la loro successiva assistenza. Spesso questi neonati richiedono una maggiore assistenza dopo la dimissione e un follow-up più intenso essendo a rischio di sviluppare deficit neurosensoriali.

Per tutti questi motivi si sono rese necessarie delle linee guida alle quali affidarsi per determinare la dimissibilità di un neonato a rischio e per pianificarne un adeguato follow-up.

2. Categorie di neonati a rischio e loro criticità alla dimissione

Si possono riconoscere 4 categorie principali di neonati a rischio: 1. nati pretermine; 2. neonati con patologie complesse; 3) neonati con particolari necessità assistenziali; 4) neonati a rischio per situazioni familiari critiche.

1) Nati pretermine

Storicamente la dimissione dei nati pretermine è stata legata al raggiungimento di un determinato peso, tipicamente 2.000 grammi. Più recentemente trials randomizzati hanno dimostrato che una dimissione più precoce è possibile senza eventi avversi quando avviene sulla base di criteri di maturità fisiologica piuttosto che in base al peso (4-6). Tale maturità viene raggiunta dalla maggior parte dei neonati tra le 35 e le 37 settimane di età post-concezionale anche se la maturazione del controllo respiratorio può richiedere più tempo, occasionalmente anche fino a 44 settimane di età post-concezionale, soprattutto nei nati di peso molto basso (7).

Inoltre, il raggiungimento della maturazione fisiologica è legato

non solo a fattori quali l'età gestazionale e il peso alla nascita ma anche alle eventuali complicanze occorse durante il ricovero (8).

Le tre competenze fisiologiche riconosciute come essenziali per la dimissione del nato pretermine sono:

- Capacità di termoregolazione;
- Autonomia di alimentazione;
- Stabilità respiratoria.

L'instabilità termica è un problema comune ai nati pretermine, dovuta al basso rapporto massa/superficie e alla ridotta capacità termogenetica. Numerosi studi hanno dimostrato che il neonato clinicamente stabile può essere trasferito in sicurezza da una incubatrice o da un lettino termoregolato a un lettino semplice non riscaldato già quando questi ha raggiunto un peso di 1.600 grammi. Inoltre, è stato anche dimostrato che il precoce trasferimento nel lettino si associa a una maggiore crescita ponderale e a una dimissione più precoce (9,10).

Alla dimissione il neonato deve essere in grado di mantenere una

temperatura corporea stabile completamente vestito a una temperatura ambientale normale (20-25°C) per almeno 24 ore (1).

Le difficoltà di alimentazione rappresentano una comune causa di prolungamento della degenza nei nati pretermine. L'alimentazione enterale è spesso ritardata da problemi respiratori o di altro genere. I nati pretermine mantengono a lungo un pattern di scarsa coordinazione tra suzione, deglutizione e respirazione, così come possono presentare un reflusso gastro-esofageo, sazietà precoce e ridotto svuotamento gastrico (11). Esistono sempre maggiori evidenze che la maturazione di tale coordinazione può essere favorita da una precoce introduzione di un'alimentazione a richiesta (12). Il riconoscimento e la soddisfazione dei segni di fame e sazietà del neonato può favorire il raggiungimento più precoce dell'autonomia alimentare, talvolta anche intorno alle 32 settimane, con conseguente riduzione dei tempi di degenza (13). La suzione non nutritiva può essere utilizzata sia per riconoscere la richiesta del neonato, sia come tecnica di allenamento per il raggiungimento più rapido dell'autonomia alimentare (14). Alla dimissione il neonato deve alimentarsi autonomamente al seno o con biberon e presentare una crescita ponderale soddisfacente.

I nati pretermine, soprattutto i VLBW (<1.500 g) presentano durante la degenza episodi di apnea, bradicardia o desaturazioni. Il ritardo di maturazione respiratoria spesso è una causa di ritardata dimissione soprattutto nei nati sotto le 26 settimane di età gestazionale. L'apnea della prematurità può persistere anche oltre l'età post-concezionale a termine, soprattutto nei neonati gravemente prematuri. Esiste comunque una tendenza comune alla risoluzione degli episodi di apnea intorno alle 44 settimane post-concezionali (15,16). L'intervallo libero da episodi di apnea considerato sicuro ai fini della dimissione è stato stimato di circa 8 giorni ma più recentemente sono emerse differenze legate all'età gestazionale (16,17). Per quanto riguarda gli episodi di desaturazione, dai dati presenti in letteratura si può affermare che la saturazione arteriosa di ossigeno rilevata dal pulsossimetro de-

ve essere stabilmente superiore o uguale al 93% durante il sonno o la veglia quieta per almeno una notte prima della dimissione (18,19).

Il monitoraggio domiciliare è raramente indicato per le apnee legate alla prematurità, anche perché di solito i nati pretermine non le presentano più da tempo al momento della dimissione. L'utilizzo del monitor domiciliare, comunque, non esclude la necessità di dimostrare la completa maturazione del controllo del respiro prima della dimissione e quindi non può essere utilizzato per accelerare la dimissione di un neonato ancora a rischio per episodi di apnea (20,21).

I nati pretermine devono essere mantenuti in posizione supina e i genitori devono essere informati circa l'importanza di mantenere questa posizione per la prevenzione della Sids. Durante la degenza il neonato deve essere mantenuto prevalentemente in questa posizione, almeno dalle 32 settimane di età post-concezionale per abituarlo in previsione della dimissione.

2) Neonati con patologie complesse

Appartengono a questa categoria i nati a termine o pretermine affetti da patologie complesse mediche o chirurgiche (es.: sindrome da aspirazione di meconio, encefalopatia ipossico-ischemica, sindromi genetiche, cardiopatie congenite, patologie neurologiche, miopatie).

Per la dimissione di questi neonati valgono, comunque, i criteri elencati per i neonati pretermine (autonomia alimentare e aumento ponderale stabile, capacità di termoregolazione e stabilità respiratoria). Da sottolineare in questi casi l'importanza della pianificazione di un follow-up mirato all'identificazione precoce di deficit neurosensoriali e alla gestione delle problematiche medico e/o chirurgiche non risolte durante la degenza.

3) Neonati con particolari necessità assistenziali

Negli ultimi anni un numero sempre maggiore di neonati con problemi medici particolari richiede un supporto tecnico domiciliare (22). Nella maggior parte dei casi si tratta di un supporto nutrizionale o respiratorio.

Per molti neonati prematuri o affetti da patologie complesse, la completa autonomia alimentare viene raggiunta più facilmente in ambiente ospedaliero sotto la supervisione di medici, infermieri e fisioterapisti. Tuttavia l'alimentazione a gavage con sonda gastrica domiciliare può essere ritenuta una pratica sicura nei neonati che non si alimentano sufficientemente al seno o con il biberon e nei quali la mancata autonomia alimentare rappresenti l'unico impedimento alla dimissione (23). Quando non si ottengono progressi nell'alimentazione orale e si prevede una lunga durata dell'alimentazione enterale con sonda gastrica, deve essere valutata l'opportunità di eseguire una gastrostomia. Tuttavia, nei casi in cui sia possibile, è indicato proseguire i tentativi di alimentazione orale con utilizzo solo complementare del gavage o della gastrostomia.

L'ossigenoterapia domiciliare nei neonati affetti da displasia broncopulmonare (Bpd) è stata introdotta per accorciare i tempi di degenza evitando deficit di accrescimento e patologie cardiache legate alla scarsa ossigenazione. Questi neonati vengono dimessi con monitoraggio domiciliare della pulsossimetria (24). La riduzione o la sospensione della supplementazione di ossigeno deve essere decisa in base alla dimostrazione di una normale saturazione

di ossigeno, di un buon accrescimento ponderale e della capacità di svolgere le principali attività senza distress.

La dimissione di un particolare neonato con un supporto assistenziale domiciliare deve essere in ogni caso valutata alla luce della compliance familiare. Durante la degenza i genitori devono essere istruiti in modo da garantire un corretto e sicuro utilizzo dei dispositivi. Inoltre è necessaria la pianificazione accurata della fornitura dei presidi necessari e della gestione dei sistemi di monitoraggio, oltre al coinvolgimento attivo del pediatra di libera scelta.

4) Neonati a rischio per situazioni familiari critiche

Questa categoria comprende tutti i neonati, non necessariamente affetti da patologie, che sono a rischio di scarso accudimento familiare o di abuso. Gli indicatori di rischio classici comprendono un basso livello socio-economico e culturale dei genitori, età materna <20 anni, alto indice di affollamento abitativo, famiglia monoparentale, tossicodipendenza o alcolismo di uno o entrambi i genitori, genitore detenuto, genitore con malattia cronica invalidante.

Inoltre la nascita pretermine o la presenza di difetti congeniti o disabilità, nonché l'ospedalizzazione prolungata sono noti fattori di stress e conseguenti disfunzioni familiari (25).

Attraverso l'identificazione delle situazioni di rischio a cui sono esposti alcuni bambini fin dai primi giorni di vita a causa di condizioni familiari e socio-ambientali carenti, è possibile pianificare un programma di accompagnamento e sostegno socio-assistenziale e sanitario post-dimissione. Tale programma deve coinvolgere le varie istituzioni del territorio deputate alla tutela dei minori e alla promozione della salute del bambino e della mamma (Servizi sociali comunali, consultorio ostetrico-ginecologico, pediatra di libera scelta).

Inoltre, è importante identificare prima della dimissione i neonati la cui situazione familiare rappresenti un rischio inaccettabile e quindi un impedimento alla dimissione.

3. Timing e criteri di dimissione

Nella pianificazione della dimissione di un neonato a rischio vanno considerati oltre ai criteri legati al suo benessere e alla sua stabilità anche fattori inerenti alla famiglia e all'assistenza territoriale per garantire un passaggio ottimale dall'ospedale a casa. Va quindi posta particolare attenzione alle comunicazioni con il pediatra di famiglia (del quale nel frattempo ne sarà stata facilitata la scelta anche nell'ospedale sede della terapia intensiva dimettente) e la Pediatria dell'ospedale territoriale di residenza del neonato, in linea con le raccomandazioni della Delibera regionale 1227 del 28/12/2012.

Per quanto riguarda il neonato, oltre ai criteri di maturazione fisiologica descritti in precedenza è indispensabile il completamento dell'assistenza primaria. Il neonato deve aver ricevuto le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale secondo la sua età anagrafica e se prevista deve essere stata effettuata e pianificata la somministrazione di palivizumab per la prevenzione dell'infezione da virus respiratorio sinciziale (Vrs). Devono essere stati

completati e verificati gli screening metabolici, effettuata la valutazione audiologica, del riflesso rosso e neuro-evolutiva laddove indicata. Per i neonati pretermine a rischio deve essere stata eseguita la visita oculistica specialistica per escludere la retinopatia della prematurità. È raccomandata l'esclusione dell'anemia nella prematurità vista la prevalenza di tale condizione nei neonati pretermine ricoverati in Tin. I neonati che hanno ricevuto nutrizione parenterale prolungata possono essere a rischio di ipoproteinemia, deficit vitaminici e ritardo di ossificazione per cui è indicata la ricerca di eventuali deficit nutrizionali.

I criteri legati alla famiglia riguardano principalmente la valutazione della capacità di accudimento dei genitori. È utile il coinvolgimento dei genitori a partire dai primi giorni dopo la nascita in quanto ha un effetto positivo sulla loro presa di responsabilità e confidenza nella gestione delle varie problematiche assistenziali del neonato. La valutazione della famiglia comprende, inoltre, l'identificazione degli indicatori di rischio sociale descritti in precedenza.

Al momento della dimissione deve essere stato pianificato il follow-up indicato per ogni neonato.

Nel caso del nato pretermine o del neonato con patologia complessa è indispensabile la pianificazione del follow-up neuroevolutivo in modo da poter individuare precocemente l'eventuale comparsa di deficit neurosensoriali non evidenti durante il ricovero. Inoltre, in caso di neonati con patologie non risolte (es.: Bpd, colestasi, patologie chirurgiche) devono essere programmate le visite specialistiche necessarie.

Poiché è fondamentale la presa in carico del neonato da parte dei servizi territoriali (ivi inclusi i servizi sociali e riabilitativi laddove necessario) e della pediatria di famiglia, risulta indispensabile che il pediatra di famiglia venga scelto già durante la degenza. In tal modo prima della dimissione sarà stabilito un contatto per il suo coinvolgimento nel programma di follow-up allo scopo di ottimizzare il ruolo attivo nella gestione del paziente.

In conclusione, il momento appropriato per la dimissione è quello in cui il neonato dimostri la fisiologica maturità, siano stati completati i controlli pre-dimissione, i genitori siano stati sufficientemente preparati e risultino in grado di gestire il neonato e sia stato pianificato il follow-up.

In casi selezionati, in accordo con i genitori e una volta assicurato l'adeguato supporto domiciliare, il neonato può essere dimesso anche pur non avendo raggiunto una delle tre competenze richieste.

Alcune volte il neonato non ancora dimissibile per esigenze familiari, può essere trasferito in un ospedale più vicino a casa. La dimissione deve essere comunque pianificata secondo i criteri per il neonato a rischio e pianificato l'adeguato follow-up. In particolare, è importante assicurare la disponibilità di un oculista esperto nei casi in cui il nato pretermine non abbia terminato il follow-up previsto per la retinopatia della prematurità (Rop). ●

(...omissis...)

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

La degenza nel reparto di terapia intensiva

SIENA

Nell'Aou senese il primo studio sull'applicazione della cura al glioblastoma

La chance immunoterapia



Nei test pazienti sottoposti senza successo ai trattamenti tradizionali

Parte a Siena il primo studio al mondo per l'utilizzo dell'immunoterapia nella cura del glioblastoma, una grave forma di tumore al cervello. Lo studio è condotto dall'equipe di Immunoterapia oncologica dell'Aou Senese, diretta da Michele Maio, l'unico reparto interamente dedicato all'onco-immunologia nella sanità pubblica italiana.

«Abbiamo trattato i primi quattro pazienti a gennaio - spiega Maio - e ne inseriremo altri nei prossimi mesi. Si

tratta di una sperimentazione di fase due, che prevede la somministrazione di una nuova molecola che agisce sul sistema immunitario, per renderlo fortemente reattivo contro il tumore. I pazienti che possono essere inseriti nella sperimentazione sono quelli che hanno già effettuato, senza successo, il trattamento standard previsto per questa malattia». Il nuovo anticorpo è diretto contro una molecola chiamata PD1, ed è stato ideato partendo dagli ottimi risultati ottenuti in altre forme di tumori, tra

cui melanoma e cancro al polmone. «L'immunoterapia - aggiunge l'immunologo oncologa Anna Maria Di Giacomo - ha iniziato a mostrare efficacia anche nel controllare metastasi a livello di sistema nervoso centrale e, per questo motivo, è stato disegnato uno studio proprio su un tumore primitivo del sistema nervoso centrale. Il glioblastoma, infatti, è un tumore con un'incidenza di 2 casi ogni 100mila persone, difficilmente aggredibile chirurgicamente perché tende a infiltrarsi e recidiva frequen-

temente».

Sarà Siena la sede di questa sperimentazione perché, oltre alla presenza dell'Immunoterapia oncologica, nell'ospedale senese è presente un team multidisciplinare di alta specialità nel settore delle neuroscienze. «Per questo studio - aggiunge Maio - collaboriamo attivamente con la Neurochirurgia di Giuseppe Oliveri, con la neurologa Barbara Batani, la Neuroradiologia con Alfonso Cerase e, per l'Anatomia patologica, con Clelia Miracco. Grazie alle

professionalità presenti e alla grande collaborazione abbiamo in preparazione altri studi, sia di fase 1 che di fase 2, per l'utilizzo di nuovi anticorpi per la cura dei tumori al cervello. La particolarità dell'immunoterapia in quest'ambito - conclude Maio - non è solo di sperare di poter ottenere la regressione della malattia, ma anche di aumentare la sopravvivenza di questi pazienti».

Ines Ricciato
ufficio stampa Aou Siena

FIRENZE

Al Careggi mille utenti in un mese per il servizio «prelievo amico»

Sono quasi 1.000 gli utenti che, a meno di un mese dalla presentazione del progetto Prelievo Amico, hanno scelto la nuova modalità di prenotazione on-line dei servizi erogati alla Piastra di Careggi che consente di eseguire un prelievo del sangue, consegnare i campioni o ritirare i referti al Centro prelievi della Piastra dell'Aou Careggi in modo più facile e veloce.

«Eravamo fiduciosi - commenta Monica Calamai, direttore generale di Careggi - che questo servizio riscuotesse gradimento presso gli utenti, considerato che l'intento era proprio quello di dare risposte concrete ai bisogni dei cittadini. Questi numeri, tuttavia, hanno superato anche le nostre

aspettative, per un servizio che è stato attivato nel periodo delle festività natalizie e che presenta numerosi elementi di innovazione».

Sono attualmente due le possibilità attive per prenotare online, spiega Andrea Belardinelli - direttore Area Programmazione e Innovazione di Careggi - dal personal computer di casa, visitando il sito web dell'azienda www.aou-careggi.toscana.it e selezionando il menu "prenota" oppure da smartpho-

ne o tablet, in totale mobilità, utilizzando l'App gratuita Careggi Smart Hospital, disponibile sia per dispositivi Android che iOS.

Eseguire un prelievo del sangue al Centro prelievi della Piastra dell'Aou Careggi è diventato più facile e veloce. Il servizio consente infatti di scegliere comodamente il giorno e l'ora dell'appuntamento. Dopo tre semplici passaggi, l'utente riceve direttamente al proprio indirizzo e-mail e via sms sul cellulare, il riepilogo della prenotazione e un codice di chiamata da utilizzare per l'accesso diretto e senza attesa all'accettazione della Piastra. È sufficiente presentarsi pochi minuti prima dell'appuntamento e attendere di essere chiamati mediante il display dedicato attivo in sala di attesa.

Prelievo Amico è parte integrante del progetto Careggi Smart Hospital che ha l'obiettivo di facilitare il rapporto con l'utenza, offrendo nuove modalità di accesso a servizi sanitari digitali sicuri.

Giovanni Squarci
ufficio stampa
Aou Careggi Firenze

**Prenotazioni
sul sito internet
o tramite App**

PISTOIA

Il Sert della Valdinevole supera gli esami per l'accreditamento

Le strutture della unità funzionale complessa aziendale Assistenza tossicodipendenti e alcolisti della zona distretto della Valdinevole hanno superato l'esame dei requisiti di accreditamento dopo la verifica svolta dal gruppo tecnico regionale di valutazione. Il Gruppo regionale ha apprezzato la qualità complessiva del lavoro effettuato da medici, assistenti sociali, psicologi, educatori professionali e infermieri. Punti di forza: le attività nei confronti di per-

mettono interventi di inserimento sociale e lavorativo, un aspetto che resta fondamentale nel recupero e nella riduzione del danno in coloro che hanno fatto abuso di dipendenze.

Sono inoltre stati rilevati come punti di forza l'avviato percorso di omogeneizzazione tra le due unità funzionali dell'azienda e il continuo monitoraggio delle prestazioni per ulteriori azioni di miglioramento. È stata apprezzata la partecipazione al progetto

**Inserimento
lavorativo in sinergia
con i privati**

del Codice rosa, che garantisce alle vittime di violenza procedure e percorsi assistenziali protetti. Tutte le prestazioni del percorso assistenziale del Sert, valutate sia attraverso requisiti generali che specifici, raggiungono il 94,59% degli standard richiesti dalla Regione con l'impegno, da parte degli operatori, di incrementare la connessione con i medici di medicina generale al fine di mantenere la tracciabilità del percorso del paziente una volta "dimesso".

È stata evidenziata positivamente anche la collaborazione operativa tra l'équipe multiprofessionale del Sert e gli altri enti. La sinergia e l'integrazione con le organizzazioni del privato sociale

permettono interventi di inserimento sociale e lavorativo, un aspetto che resta fondamentale nel recupero e nella riduzione del danno in coloro che hanno fatto abuso di dipendenze.

Daniela Ponticelli
ufficio stampa Asl 3 Pistoia

PISA

Una rete di famiglie accoglienti per 10 ragazzi della Comunità

Associazioni del territorio, famiglie ma anche singoli cittadini sensibili all'accoglienza sono stati coinvolti in un percorso di accompagnamento dei 10 ragazzi ospiti della comunità per minori di via Colombo a Pontedera. Le famiglie disponibili possono coinvolgere i giovani in attività di tempo libero, uscite al cinema, vacanze, attività sportive o semplicemente pranzi domenicali così da ridurre il tempo di permanenza dei minori all'interno della struttura.

Il progetto ha cercato di creare una rete di famiglie accoglienti, un "accompagnamento solidale" che richiede solo la voglia e il desiderio, in maniera leggera, sporadica e del tutto volontaristica, di far passare momenti di svago ai ragazzi che vivono senza la propria famiglia.

In Valdera è stato possibile costruire la rete delle "famiglie solidali" e ampliare quella "della famiglie affidatarie", risorse importanti e permanenti sia a favore dei ragazzi e delle ragazze inseriti in comunità sia a favore di quelli seguiti sul territorio dai servizi socio-sanitari della zona. Grazie ai buoni

risultati ottenuti e agli elementi innovativi del progetto, l'"Accompagnamento solidale" ha ottenuto l'attenzione e il patrocinio della Garante dei Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza della Regione Toscana, Grazia Sestini.

Il progetto, finanziato dalla Regione Toscana e curato dalla cooperativa sociale Arnèra e dal servizio sociale territoriale della zona Valdera, in collaborazione con la Società della Salute e l'Unione Valdera, ha avuto come obiettivo quello di

**Il progetto di
accompagnamento
solidale e volontario**

accompagnare nel loro percorso di crescita i ragazzi e le ragazze che vivono nella comunità a dimensione familiare per minori della Valdera, da pochi anni nella nuova sede di Via Colombo a Pontedera.

L'idea di mettere in atto un progetto specifico, è scaturita dalla necessità di rispondere in maniera dinamica alle nuove esigenze che si modificano e di coinvolgere in questo "lavoro di cura" la comunità intera, intesa come cittadini attivi e consapevoli.

Daniela Gianelli
ufficio stampa Asl 5 Pisa

IN BREVE

▼ LIVORNO

Pochi giorni fa è venuto alla luce il primo nato da una mamma elbana che ha scelto la tecnica del parto senza dolore, la nuova proposta assicurata dall'ospedale di Portoferraio. La donna, dopo aver seguito l'intero percorso che parte fin dal rilascio del libretto di gravidanza e prevede una visita anestesio-logica al quinto mese, ha da subito espresso la propria volontà di ricorrere alla tecnica di partoanalgesia con puntura epidurale per mezzo del posizionamento di un sottile cateterino, che permette la gestione del dolore nel corso del travaglio. «È andato tutto bene - ha spiegato Bruno Maria Graziano, direttore del presidio ospedaliero di Portoferraio - e siamo convinti che da oggi possano esserci numerosi altri parti con questa tecnica che, per una precisa scelta della direzione dell'azienda Usl 6, allinea il nostro punto nascita agli ospedali più moderni».

▼ FIRENZE

Più tempo a disposizione degli utenti costretti su una sedia a rotelle che si servono dei tre totem per prenotazioni e disdette di visite ed esami loro dedicati all'ospedale di Santa Maria Annunziata, al poliambulatorio di viale Morgagni e a quello delle Piagge. Da qualche giorno i tre terminali Pim-facile (punto informativo multimediale), tramite i quali chi si muove su una carrozzina può colloquiare in videoconferenza con un operatore che si trova nella centrale del Cup, sono a disposizione con un incremento giornaliero di un'ora e 45 minuti. Dai 3 totem di Ponte a Niccheri, Piagge e viale Morgagni, gli operatori del Cup in gennaio hanno ricevuto 1.530 chiamate, con una media giornaliera di 77 contatti. Il tempo medio di attesa è stato di circa 1 minuto e 10 secondi, mentre quello di conversazione intorno ai 4 minuti.

▼ PISA

Negli scorsi giorni una delegazione di medici turchi è giunta da Istanbul per visitare la Sezione dipartimentale "Piede diabetico" dell'Aou di Pisa diretta da Alberto Piaggese. Necmettin Kutlu dell'Università di Istanbul, e alcuni dei suoi collaboratori, hanno partecipato alle attività sia ambulatoriali che di sala operatoria della sezione con estremo interesse, mostrando un vivo apprezzamento per l'organizzazione e la qualità dell'assistenza. Il senso della visita è legato alla determinazione dei colleghi di instaurare in Turchia - a partire da Istanbul ma con l'intenzione di estenderla alle altre città principali - una rete di attività specialistiche multidisciplinari finalizzate alla cura del piede diabetico, sul modello del centro di Pisa, considerato un punto di riferimento internazionale.

▼ SIENA

Il punto nascita di Nottola ha chiuso il 2014 con l'aumento del numero dei parti: 631 mamme hanno infatti scelto Nottola per far venire alla luce i loro bebè, con un incremento del 3,6% rispetto all'anno precedente. Un'altra buona notizia è che il tasso di parti cesarei (12%) risulta al di sotto della soglia massima fissata dal Laboratorio Mes della Scuola Sant'Anna di Pisa, a conferma che il Punto nascita di Nottola è all'avanguardia per l'attenzione dedicata alla gravidanza e al travaglio e parto fisiologici. Infatti, i percorsi assistenziali della gravidanza fisiologica prevedono, oltre al travaglio-parto in acqua, anche l'utilizzo della medicina tradizionale cinese con il massaggio, agopuntura e tecniche di mobilitazione. Il percorso nascita di Nottola è inoltre in piena sintonia con le linee guida dell'Ospedale senza dolore.



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