

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 27
anno XVI del 16-22 luglio 2013
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

In elicottero
alla sfida della
"golden hour"

di Fabio Arnetoli *
Silvia Montelatici **

Gia all'inizio degli anni '50, in Corea, i primi elicotteri sanitari americani trovarono il loro inserimento nella catena del soccorso. Il conflitto del Vietnam diede un maggiore impulso a questo tipo d'esperienza, tanto che, dal 1962, fu istituito un servizio che consentì la pronta evacuazione di oltre 350.000 soldati feriti con una sopravvivenza pari al 98% dei giunti vivi all'ospedale, costituendo la premessa affinché si cominciasse a pensare all'impiego di elicotteri sanitari anche in campo civile. A partire dai primi anni '90, con l'istituzione in Italia del numero unico per l'emergenza sanitaria 118, la rapida diffusione dei servizi di elisoccorso determinò una progressiva familiarità dei cittadini con il mezzo ad ala rotante, in parallelo al concetto della "golden hour", secondo il quale tutte le manovre e le terapie effettuate sul paziente da personale sanitario appositamente addestrato nella prima ora dall'esordio di una patologia acuta hanno una diretta ripercussione sulla mortalità e invalidità della persona coinvolta.

La corretta stabilizzazione effettuata direttamente sul posto dalla squadra sanitaria è presupposto ineludibile per una maggior possibilità di pieno recupero del paziente. Qualora, invece, sia necessario un trasferimento interospedaliero del paziente, l'uso dell'eliambulanza consente

CONTINUA A PAG. 2

EMERGENZA

Nel 2012 bilancio positivo: 1.957 missioni, l'84% in codice rosso

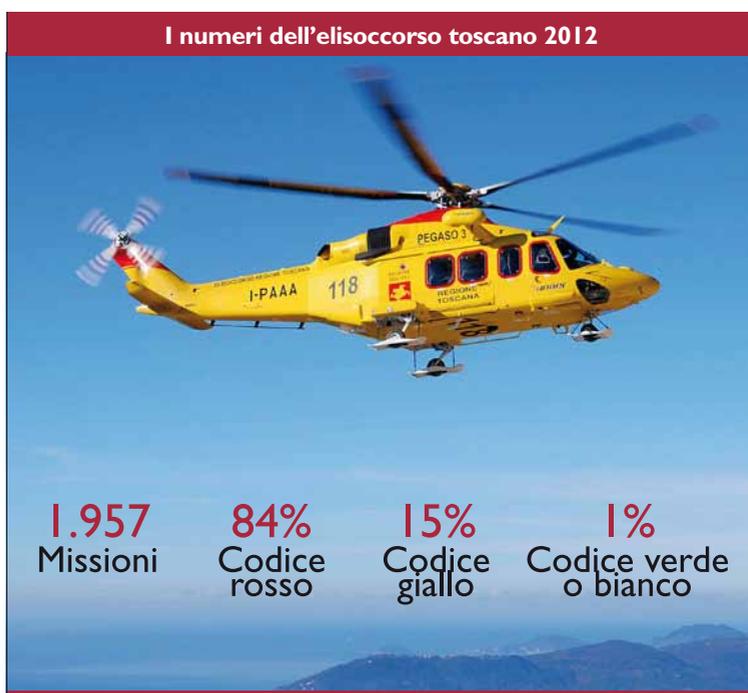
Avanti tutta con l'elisoccorso

Trasporti interospedalieri per 609 pazienti - Interventi in luoghi impervi

Il servizio di elisoccorso della Regione Toscana nel 2012 ha effettuato in totale 1.957 missioni, per il 70% circa (1.325) rappresentate da interventi primari, di cui 128 sulle Isole dell'Arcipelago Toscano. Questi i dati annuali del servizio che viene utilizzato, sulla base di specifici protocolli definiti in ambito regionale, per garantire interventi territoriali di emergenza-urgenza (interventi primari), trasporti interospedalieri di emergenza-urgenza (interventi secondari) e attività di soccorso in ambiente ostile/montano.

Nel 2012 l'intervento dell'elisoccorso è stato previsto per eventi in codice di massima criticità rosso nell'84% delle missioni e in codice giallo nel 15%. Solo in 22 casi si è previsto l'intervento dell'elisoccorso per eventi a bassa criticità (bianchi o verdi) per l'impossibilità di raggiungere il paziente coinvolto via terra (in ambiente ostile o montano). Nel 62,61% delle missioni l'evento risultava accaduto in strada, il 22,02% in casa, il 5,58% su luoghi di lavoro e il 4,04% in impianti sportivi (i restanti casi suddivisi fra altre codifiche di tipologia di luogo). In 939 missioni l'attivazione dell'elisoccorso è avvenuta a seguito di evento traumatico (70%), in 163 (circa 12,5%) per patologia cardiocircolatoria, in 29 (2,1%) per grave patologia respiratoria (prevalentemente shock anafilattico e/o ostruzione da corpo estraneo), in 122 (9,2%) per patologia neurologica acuta.

Questi dati confermano la sostanziale correttezza dell'invio dell'elisoccorso in tutti i casi ove risulti un circostanziato rischio di patologie, i cui esiti sono pesantemente condizionati dalla precocità dell'intervento di soccorso e, soprattutto, dall'accesso all'ospedale più idoneo alle cure (non necessariamente il più vicino al luogo dell'evento). Dopo l'intervento primario sono stati trasportati con l'elicottero al Dipartimento di emergenza accettazione di destinazione 974 pazienti. Solo sporadicamente si è proceduto



al trasporto in elicottero di pazienti in condizioni non critiche. Tale evenienza trova ragione, nella maggior parte dei casi, nel fatto che il luogo di intervento risultava inaccessibile ai mezzi di soccorso via terra. In pochi altri casi, in alternativa: il sospetto di patologie potenzialmente letali o comunque gravissime ha indotto al trasporto cautelativo dei pazienti presso i Dea di riferimento presso i quali, solo dopo approfondita diagnostica strumentale (ovviamente indisponibile sull'elisoccorso) e adeguato periodo di osservazione, sono stati in grado di formulare diagnosi di bassa criticità; l'intervento di soccorso sul luogo dell'evento ha risolto la situazione di massima criticità clinica, non escludendo però la necessità di stretta osservazione e ulteriori approfondimenti diagnostico-terapeutici. Per le missioni di soccorso concluse senza trasporto del paziente, l'analisi dei dati evidenzia nella maggior parte dei casi il decesso del paziente sulla scena dell'evento.

In conclusione, il servizio di elisoccorso ha consentito il soccorso direttamente sul luogo dell'evento anche in luoghi montuosi, impervi, inaccessibili ai mezzi terrestri, garantendo il trasporto del paziente direttamente dal luogo dell'evento all'ospedale appropriato per dotazioni e funzionalità all'ottimale percorso di diagnosi e cura, nei tempi più rapidi possibili. Gli interventi secondari (trasporti interospedalieri di emergenza/urgenza) sono stati 609 di cui 135 (22,1%) a partenza dall'Ospedale dell'Isola d'Elba. Nella pressoché totalità dei casi i trasferimenti interospedalieri di emergenza-urgenza si sono resi necessari per trasportare il paziente in tempi competitivi rispetto al trasporto via terra verso presidi ospedalieri in grado di garantire prestazioni diagnostiche terapeutiche di emergenza-urgenza non eseguibili nell'ospedale di partenza.

Lucia De Vito
Responsabile
Centrale unica Elisoccorso
Regione Toscana

FINANZIAMENTI 2013

Una dote di 16 milioni per «Pegaso»

Fondi divisi tra le Asl sedi di elibase: Massa Carrara, Grosseto e Firenze

Anche per l'anno 2013 la Regione ha deciso di destinare 15,7 milioni di euro per finanziare il servizio regionale di elisoccorso, per la spesa storica sostenuta dalle Aziende sanitarie locali di Massa Carrara, Grosseto e Firenze, sedi di Elibase. Una spesa determinata che si riferisce alla messa a disposizione degli aeromobili, alla fornitura del servizio di manutenzione per il mantenimento in esercizio dei velivoli, alla fornitura del personale di condotta e di servizio, alla gestione delle Basi operative - presso l'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze (Pegaso 1), presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto (Pegaso 2) e all'Aeroporto del Cinquale (Pegaso 3) -, sedi di elisoccorso, nonché di ogni altra struttura annessa.

Le risorse messe a disposizione del servizio - parte integrante del sistema di emergenza-urgenza - tengono conto però anche degli oneri gravanti sulle tre Aziende interessate in termini di personale sanitario, medico e infermieristico, spese di amministrazione e spese generali correlate al servizio. Come disposto dalla delibera n. 464 dello scorso 17 giugno, sia all'Asl di Massa Carrara che a quella di Grosseto saranno destinati 6 milioni di euro per il servizio diurno e notturno, mentre all'Asl fiorentina saranno destinati 3,7 milioni di euro per il solo servizio diurno.

CONTROCANTO

Se di notte si atterra nel campo sportivo

di Alberto Baratta *

La Regione Toscana, già dal dicembre 2009, ha duplicato con la base di Massa Carrara il servizio di elisoccorso notturno fino allora svolto solo da Grosseto. L'obiettivo di tale scelta è stato garantire maggiormente i cittadini, specialmente gli abitanti dell'Arcipelago toscano. L'incremento dell'attività della base soprattutto per

le missioni realizzate in orario lavorativo in condizioni notturne (d'inverno praticamente dalle 17.00) ha confermato la validità della scelta.

Il problema dei servizi di elisoccorso notturni sta nel fatto che l'esiguità delle missioni che vengono svolte in piena notte rende

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Centri autorizzati alla prescrizione

La giunta regionale toscana ha individuato i Centri autorizzati alla prescrizione del medicinale alfa-1- antitripsina a carico del Servizio sanitario nazionale. I centri, con il ruolo di diagnosi e terapia, sono stati individuati dalla Regione nelle seguenti strutture: Malattie rare immunologiche e Cardiovascolari (Azienda ospedaliero-universitaria Careggi di Firenze); Epatologia Pediatrica (Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze); Malattie respiratorie e trapianto polmonare (Azienda ospedaliero-universitaria di Siena); Pneumologia (Azienda sanitaria locale di Prato). (Delibera n. 331 del 6/05/2013)

Si estende il progetto «Codice rosa»

Approvata l'estensione del progetto regionale Codice rosa alle Asl di Pisa, Livorno ed Empoli, e alle Aziende ospedaliero-universitarie di Careggi e Meyer di Firenze. Saranno complessivamente date risorse per 90mila euro per la copertura delle spese derivanti dall'adeguamento dei locali del pronto soccorso, l'acquisto del materiale necessario e per l'attività di informazione e formazione, riservando 10mila euro per le attività formative da realizzare a livello regionale e 80mila euro da suddividere tra le Aziende in parti uguali per il progetto. (Delibera n. 339 del 13/05/2013: il testo a pagina 5)

ALL'INTERNO

Meyer leader in complessità

A PAG. 2-3

Se la famiglia taglia le cure

A PAG. 6

Poliambulatori in «verde»

A PAG. 7

SSR AI RAGGI X L'ospedale pediatrico vanta un peso medio della casistica pari a 1,17



Meyer leader in complessità

Indice di attrazione extraregionale del 40% - La nuova rivista scientifica

È l'Ospedale pediatrico con il più elevato indice di complessità della casistica in Italia: il Meyer vanta un peso medio pari a 1,17, valore distante da quelli del Bambino Gesù (0,96), Santo Bono (0,83), Gaslini (0,95), Burlo Garofalo (0,94) e Santobono (0,93). Sotto il profilo dell'attrazione extraregionale, relativamente alla casistica di elevata complessità, il Meyer ha un indice di attrazione del 40% (per la Toscana è il 14%). In cinque anni il Meyer ha migliorato la qualità della ricerca, incrementando del 41% l'impact factor. Così l'Ospedale pediatrico di Firenze si è ritagliato un ruolo da protagonista nella pediatria italiana ed europea, sviluppando la stretta integrazione tra l'attività assistenziale e la ricerca scientifica.

Dati messi in evidenza durante la Giornata della Ricerca 2013, che si è svolta mercoledì 3 luglio nell'Aula Magna, appuntamento diventato occasione per fare il punto sull'attività svolta dal pediatrico, alla presenza di Alberto Tesi, rettore dell'Università degli Studi di Firenze, Alberto Zanobini, direttore generale della ricerca, in rappresentanza dell'assessore per il Diritto alla salute di Regione Toscana, Antonio Panti, presidente Ordine medici chirurghi e odontoiatri - Provincia di Firenze, di Gian Franco Gensini, presidente del Cossum, di Ada Macchiarini del coordinamento associazioni genitori e di Tommaso Langiano, direttore generale dell'Aou Meyer. Tra le novità Luca de Fiore di Pensiero scientifico ha presentato la rivista scientifica Molto Meyer, realizzata per i pediatri di famiglia italiani.

Sottolineati la maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate e il consolidamento dei volumi delle attività. Infatti è questo il trend che ha



Giornata della Ricerca 2013: l'intervento di Tommaso Langiano, Dg dell'Aou Meyer

contrassegnato l'attività clinica del 2011 rispetto al 2010. Il numero dei ricoveri ordinari si è stabilizzato su valori simili a quelli dell'anno precedente (9.000 circa), con un incremento del peso medio (+0,7) e una riduzione della degenza media (-1,5). Sul fronte della complessità delle cure con un peso medio di 1,7 il Meyer supera anche il Bambino Gesù e il Gaslini. Significativa la sua capacità di attrazione: da solo il Meyer rappresenta il 26% dell'attrazione extraregionale

della Toscana. Importanti anche i risultati scientifici. «Anche se la ricerca non è una missione istituzionale del Meyer - ha detto Lorenzo Moretta, presidente del Comitato scientifico internazionale che valuta la ricerca del Meyer - , è molto apprezzabile la strategia perseguita. L'ottimo ricercatore infatti è molto spesso anche un ottimo clinico. Peculiarità per cui il Meyer può essere preso a modello per altre istituzioni che dovrebbero avere la ricerca come missione esclusiva. Il

comitato scientifico internazionale anche quest'anno ha apprezzato il notevole impegno e l'entusiasmo dei medici e dei ricercatori del Meyer per le attività di ricerca scientifica. Per la giornata di esposizione dei poster ci si aspettava una quarantina di poster, ne sono arrivati ben 110! È questa una chiara testimonianza di una voglia di fare ricerca che rende l'ospedale pediatrico fiorentino un esempio davvero unico nel nostro Paese».

Il Meyer è tra le poche istituzioni a investire concretamente nei suoi giovani ricercatori selezionandoli per merito e per qualità del progetto presentato. L'ospedale fiorentino, tramite la sua Fondazione, sinora ne ha sostenuti oltre 20 con progetti mirati e con l'istituzione del Premio Anna Meyer per i migliori lavori scientifici. Un riconoscimento che anche quest'anno è andato a tre talenti under 40. Nel corso dell'evento sono state presentate altre due novità: la relazione clinico-scientifica 2011 e la nuova rivista scientifica Molto Meyer che l'ospedale fiorentino realizza con il Pensiero Scientifico Editore per i pediatri italiani.

«La qualità delle cure è fondata innanzitutto sulla pratica della ricerca scientifica: dove si fa buona ricerca, si erogano le cure migliori - ha detto Tommaso Langiano, direttore generale dell'Aou Meyer -. Per questo il Meyer è fortemente impegnato a migliorare in qualità e quantità la propria ricerca scientifica. Tra le molte iniziative spicca la Giornata della Ricerca, poiché rappresenta un momento di confronto e riflessione sui risultati prodotti dalla ricerca scientifica del Meyer».

R. Rez.

RICERCA: PREMIATI TRE UNDER 40

Tris di progetti su malattie rare, staminali, epilessia

Giancarlo la Marca, Maria Lucia Angelotti, Elena Cellini. Sono loro i tre talenti under 40 che hanno vinto il premio "Anna Meyer" per giovani ricercatori bandito dalla Fondazione dell'Ospedale pediatrico Meyer Onlus. Il Premio si pone l'obiettivo di evidenziare l'eccellente lavoro di ricerca scientifica condotta al Meyer dai suoi giovani ricercatori. Il bando prevede l'assegnazione di tre premi ad altrettanti ricercatori sotto i 40 anni sulla base delle migliori pubblicazioni, come primo autore, del biennio 2012-2013. La valutazione dei lavori presentati dai candidati è stata effettuata dal Comitato scientifico internazionale del-

l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer presieduto da Lorenzo Moretta.

Il primo premio è andato a Giancarlo La Marca, ricercatore, responsabile della struttura semplice denominata "Laboratorio di diagnostica delle malattie del sistema nervoso e del metabolismo - Screening, biochimica e farmacologia", all'interno della Struttura organizzativa dipartimentale complessa Neurologia pediatrica. Si occupa di diagnosi precoce di malattie rare e in particolare di errori congeniti del metabolismo. La motivazione sottolinea la realizzazione "di un metodo innovativo e sensibile per la diagnosi in epoca neonatale del deficit di ad-

enosina deaminasi, basato sulla spettrometria di massa. Questo studio ha importanti ricadute in tema di salute pubblica ed è stato pubblicato sul *Journal of Allergy and Clinical Immunology*".

Il secondo premio è stato assegnato a Maria Lucia Angelotti - titolare di una borsa di studio triennale che svolge le sue attività presso la Struttura organizzativa dipartimentale complessa di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, diretta da Paola Romagnani. In questo ultimo anno la sua ricerca si è indirizzata verso studi riguardanti il potenziale ruolo delle cellule staminali renali nello sviluppo dei carcinomi renali.



I tre ricercatori premiati durante la manifestazione

Terzo premio, infine, a Elena Cellini, dirigente biologo del Meyer, presso il Laboratorio di Neurogenetica, all'interno della Struttura organizzativa dipartimentale complessa

Neurologia pediatrica. Si occupa della diagnosi e di alcune attività di ricerca nell'ambito di malformazioni dello sviluppo corticale cerebrale e delle epilessie.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

l'attività particolarmente costosa (costo per intervento effettuato) per vari motivi: normalmente le attività lavorative, lo spostamento delle persone, gli incidenti e i malori avvengono in orario diurno; gli ospedali non sono attrezzati per accogliere di notte i pazienti di trasferimenti secondari, che potrebbero elettivamente essere effettuati di notte per avere di giorno l'elicottero disponibile per le emergenze; le attuali normative aeronautiche limitano gli interventi che si possono fare di notte alle sole elisuperfici gestite e certificate o agli aeroporti aperti di notte.

Recentemente è stato emanato il Regolamento Eu 965/2012, che introduce numerose novità in campo elicotteristico e in partico-

lare stabilisce che a partire dal 2014 si potrà atterrare sui siti Hems, anche di notte, purché le dimensioni siano idonee e il sito sia sufficientemente illuminato. Praticamente si potrà atterrare di notte anche, per esempio, in campi sportivi illuminati rispondenti di fatto ai requisiti minimi per dimensione e illuminazione. I risvolti operativi per il servizio di elisoccorso e per tutto il sistema del 118 sono enormi; si potranno mettere in sicurezza tutti gli ospedali minori garantendo, in assenza di condizioni meteo avverse, la centralizzazione di ogni patologia anche di notte. Dal punto di vista economico non sarà necessaria la realizzazione in Toscana di elisuperfici enormemente costose e ad alto impatto ambientale, se non

quelle a servizio dei principali ospedali. I servizi di elisoccorso notturni aumenteranno le missioni svolte potendosi effettuare anche i servizi primari prevedendo un rendez vous con le ambulanze del sistema 118 nei campi sportivi individuati e gestiti.

In accordo con l'Operatore Aeronautico, esercente il servizio, la base di elisoccorso dell'Area Vasta Nord Ovest porterà avanti una fase sperimentale del progetto che prevede il censimento e la valutazione dell'idoneità aeronautica dei numerosi campi sportivi che sono presenti sul territorio e l'avvio dell'attività su un numero definito di siti.

* Responsabile base di elisoccorso di Massa e Carrara

In elicottero alla sfida... (segue dalla prima pagina)

un consistente abbattimento dei tempi di percorrenza. Comunque solo la perfetta sinergia fra mezzi di soccorso gommati sul territorio ed elicotteri sanitari può costituire il presupposto a un sistema di emergenza territoriale davvero efficace ed efficiente; in particolare il soccorso effettuato tramite elisoccorso in ambienti impervi e difficilmente raggiungibili dai mezzi ordinari, quali le zone montuose e le isole, può costituire la differenza fra la morte e la sopravvivenza, fra una vita recuperata in pieno e una disabilità permanente.

Sulla base di tale filosofia, anche la Regione Toscana, con un quarto del proprio territorio rappresentato da zone montane e con un Arcipelago composto da 7 isole, la più grande delle quali, l'isola d'Elba, ad alto impatto turistico, ha istituito, fin dal luglio 1999, il proprio sistema regiona-

le di elisoccorso basato su tre elicotteri 118 strategicamente collocati a Massa, Firenze e Grosseto. Negli anni il sistema è stato progressivamente implementato e oggi dispone di tre elicotteri di ultima generazione, due dei quali operativi h 24 e abilitati al sorvolo del mare; inoltre, al fine di rispondere alle esigenze di soccorso in montagna, i tre elicotteri, dotati di verricello, sono stati equipaggiati con un tecnico di elisoccorso messo a disposizione, tramite apposita convenzione regionale, dal Soccorso alpino toscano.

* Consulente Regione Toscana per sistema di emergenza-urgenza
** Responsabile Rete integrata dei servizi di emergenza urgenza territoriale e trasporti sanitari

SSR AI RAGGI X La rete pediatri di famiglia, Aou Meyer e Asl 10 di Firenze va a bersaglio

Filodiretto per le cure baby



Consulenze e formazione sgravano l'ospedale e migliorano le cure territoriali

Lo sportello del pediatra di famiglia, il percorso per gli esami urgenti, i fogli informativi come utile guida per la famiglia, gli incontri di formazione con gli specialisti per confrontarsi sui casi e conoscere meglio i servizi. Sono queste alcune importanti iniziative frutto della collaborazione avviata circa un anno fa tra i pediatri di famiglia, l'Aou Meyer e l'Asl 10 di Firenze, collaborazione che rappresenta un'esperienza unica e importante per la Regione Toscana, perché evidenzia come sia possibile far crescere in termini di qualità e di appropriatezza i servizi sanitari per l'età pediatrica, consentendo ai principali protagonisti di lavorare in rete.

Le iniziative attuate rappresentano la base per migliorare i rapporti tra ospedale e territorio e offrire al pediatra di famiglia strumenti utili per poter gestire nei propri studi tante patologie di più frequente riscontro, senza far ricorso all'utilizzo del pronto soccorso o di altri servizi ospedalieri, ma con la certezza di poter consultare in tempi rapidi e certi i colleghi ospedalieri. L'obiettivo - come più volte sottolineato dai soggetti coinvolti - è quello di implementare ed estendere su tutto il territorio già prima dell'estate le procedure già in funzione all'ospedale di Torregalli e a quello di Borgo San Lorenzo con cui eseguire gli esami

Oltre 300 chiamate dai convenzionati allo sportello dedicato

urgenti richiesti dai pediatri, coinvolgendo così anche l'ospedale di Ponte a Niccheri. Nei due ospedali fiorentini, inoltre, per alleggerire la pressione sul Meyer, saranno attivati ambulatori specialistici in varie discipline pediatriche: chirurgia, urologia, oculistica, allergologia, dermatologia, genetica e cardiologia. Tutto questo è possibile grazie alla stretta collaborazione fra Meyer, azienda sanitaria e pediatri di famiglia. Tra le azioni realizzate ci sono già i primi rilevanti risultati. Per quanto riguarda lo Sportello del pediatra di famiglia, nel maggio 2011 l'Aou Meyer ha istituito un punto di contatto attraverso il quale facilitare la comunicazione tra i pediatri di famiglia e gli specialisti del Meyer per valutazioni cliniche condivise o per altra esigenza sanitaria sulla casistica complessa.

I pediatri hanno anche potuto ricevere informazioni sulle attività dei servizi e le modalità di accesso. Fino a ora sono oltre 100 i pediatri che si sono rivolti allo sportello per quasi 300 chiamate.

Sul percorso per esami urgenti, in attuazione ai principi ispiratori della continuità assistenziale è stato concordato un percorso tra l'Aou Meyer e i pediatri di famiglia che permette l'effettuazione di alcuni esami in situazioni di urgenza con risposta in tempi rapidi. Il percor-

so ha riguardato una serie di esami ematochimici e di diagnostica per immagini che favoriscono la gestione diretta del caso da parte del pediatra di famiglia, evitando accessi al pronto soccorso.

Mediamente ogni mese si registrano circa 60 accessi alle prestazioni di laboratorio e circa 20 prestazioni di diagnostica per immagini che rientrano dentro questo percorso di supporto ai pediatri di famiglia. Grazie ai fogli informativi e alle mini guide per le famiglie distribuite negli ambulatori dei pediatri di famiglia, nelle sale di attesa del pronto soccorso e degli ambulatori del Meyer e degli ospedali dell'Asl 10 i genitori ricevono consigli pratici sulle situazioni che più frequentemente coinvolgono i bambini (febbre, vomito, diarrea, gestione delle ferite, lavaggi nasali). I fogli informativi sono uno strumento per diffondere la conoscenza dei percorsi appropriati in base alla gravità delle patologie che coinvolgono il bambino, evitando così da un lato le lunghe attese nei servizi di emergenza, e dall'altro consentendo una migliore risposta alle richieste espresse dai genitori. In previsione si sta lavorando a nuovi titoli (tra cui le bollicine, le placche in gola, la tosse, il trauma cranico) e a video esplicativi sulle procedure da conoscere come le manovre di disostruzione da corpi estranei. I

fogli informativi già diffusi sono disponibili anche nella pagina dedicata del sito www.meyer.it. Infine fondamentale la formazione sul campo con un dialogo aperto con gli specialisti. Dal pronto soccorso alla Dermatologia, dall'Otorinolaringoiatria alla Chirurgia, dalla risonanza magnetica alla Pneumologia: sono solo alcune delle tematiche che, nel corso del 2012, i pediatri di famiglia hanno approfondito per condividere con i colleghi specialisti del Meyer

i protocolli per l'appropriata gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, la corretta prevenzione e per confrontarsi sulle principali criticità. Un impegno che continuerà anche nell'anno in corso, prevedendo anche percorsi terapeutici di alcune patologie croniche. A ognuno di questi incontri ha sempre partecipato, oltre agli specialisti del Meyer, la rappresentanza di circa una trentina di pediatri di famiglia. La collaborazione dei pediatri di famiglia con gli specialisti del Meyer e dell'Asl 10 è un'esperienza che ci si propone di allargare nell'ambito della Rete pediatrica toscana, destinandola a diventare patrimonio comune della pediatria regionale.

a cura di **Roberta Rezoalli**
Ufficio stampa Aou Meyer Firenze

IL NUOVISSIMO DISPOSITIVO ACQUISTATO CON LE DONAZIONI RACCOLTE PRESSO IL CENTRO COMMERCIALE I GIGLI DI CAMPI BISENZIO

L'ecografo di Natale fa diagnosi al letto dei pazienti

Consentirà di dotare la Pediatria internistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di una strumentazione di ultima generazione, che costituirà un importante supporto non solo per l'attività sanitaria ma anche per la ricerca, allineando l'ospedale pediatrico toscano ai migliori centri europei. Parliamo del nuovissimo ecografo, obiettivo della raccolta fondi natalizia tramite lo stand della Fondazione Meyer, presso il Centro commerciale I Gigli di Campi Bisenzio. L'iniziativa, realizzata con l'aiuto dei volontari dell'Associazione Amici del Meyer e in virtù della partnership con l'Impresa Amica del Meyer I Gigli, ha permesso di raggiungere l'obiettivo

anche grazie al ricavo di un calendario realizzato dal Centro commerciale con la squadra di rugby pratese I Cavalieri. La cerimonia di consegna della nuova attrezzatura si è svolta negli scorsi giorni alla Ludoteca dell'Aou Meyer alla presenza di Tommaso Langiano, Direttore generale, Giuseppe Indolfi, pediatra e giovane ricercatore che segue il progetto di implementazione tecnologica della Pediatria internistica, Yashar Deljoe Sabeti Direttore del Centro commerciale I Gigli.

Il nuovo ecografo Esaote MyLab 50 Gold dispone di una sofisticata tecnica di rilevazione delle immagini,

cosiddetta tecnologia a matrice, permette di focalizzare le immagini su tutti gli assi delle sonde, ed è dotato di algoritmi innovativi e numerose modalità di acquisizione ed elaborazione delle immagini. L'ecografo Esaote costituisce un valido ausilio all'attività clinica, e permette di eseguire indagini al letto del paziente con molta rapidità: grazie alla disponibilità immediata dell'apparecchiatura è lo stesso medico internista che segue il paziente a poter effettuare subito l'esame necessario, senza esposizione del bambino a radiazioni ionizzanti, e acquisendo subito informazioni importanti

che permettono di migliorare la terapia. L'alta qualità delle immagini permetterà anche di sviluppare alcuni progetti di ricerca sull'Epatologia pediatrica, progetti di cui Giuseppe Indolfi è il coordinatore. L'architettura modulare di configurazione dell'ecografo permetterà poi di acquisire nei prossimi anni software e sonde ecografiche aggiuntive che consentiranno un aumento costante delle prestazioni al passo con le esigenze dei piccoli pazienti dell'Ospedale Meyer un po' in tutti gli ambiti di interesse: cardiovascolare, vascolare per vasi principali e periferici, internistico, urologico e muscolo-

scheletrico. «Ringraziamo i Gigli e i Cavalieri di Prato che con la loro iniziativa originale e fresca - dichiara Tommaso Langiano, Presidente della Fondazione Meyer e Direttore generale dell'Aou Meyer - hanno contribuito ad accrescere la dotazione tecnologica di un'area importante del nostro ospedale. Come avviene nei maggiori centri pediatrici internazionali, così anche nel nostro ospedale l'utilizzo dell'ecografo è in forte espansione, proprio per la sua importanza per la diagnostica quotidiana. L'uso dell'ecografo infatti orienta al meglio la successiva competenza radiologica e riduce le richieste improprie».

PROGETTO INNOVATIVO IN COLLABORAZIONE CON L'ASSOCIAZIONE ATRCUP

La realtà virtuale lenisce il dolore dei piccoli ustionati

La realtà virtuale come "antidoto" al dolore fisico del bambino. È il progetto, innovativo, del Servizio Terapia del dolore dell'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze, che diventa realtà grazie alla donazione di Atrcup, l'Associazione toscana per la cura e la riabilitazione delle ustioni pediatriche.

Il sodalizio ha consegnato il sistema di Realtà virtuale (Vr) che consiste in un casco, un laptop e un software di Realtà virtuale che consentono di andare in Antartide, afferrare palle di neve con le mani e lanciarle contro igloo e pinguini. Tutto per ridurre il dolore dei bambini durante le procedure mediche a cui devono essere sottoposti durante l'ospedalizzazione.

La Realtà virtuale - come

ha spiegato Andrea Messeri, medico del Servizio terapia del dolore - è attualmente oggetto di uno studio coordinato dal Servizio di Terapia del dolore e condotto all'interno del Centro Ustioni Pediatrico dell'Ospedale Meyer dove se ne sta valutando l'efficacia nella riduzione del dolore durante il cambio del bendaggio, una delle procedure più dolorose a cui il paziente ustionato è sottoposto. Poco prima dell'inizio della medicazione il paziente ha modo di conoscere i dispositivi di Vr ed esercitarsi a utilizzare il software.

Si prevede che durante il cambio del bendaggio il paziente, immerso nell'ambiente virtuale, avrà una disponibilità ridotta di attenzione da poter dedicare all'esperienza

algica, con il risultato di una percezione di dolore inferiore rispetto all'utilizzo della sola analgesia farmacologica o all'assenza di trattamento.

«Ringrazio l'Atrcup perché consente di ampliare le azioni di lotta contro il dolore, grazie alla sua importante donazione - dice Monica Frassinetti, Direttore sanitario Aou Meyer - La realtà virtuale è un'innovativa tecnica psicologica per il trattamento del dolore da procedura basata sulla distrazione. Questa tecnica è nata negli Usa circa 15 anni fa per il trattamento del dolore da procedura del paziente ustionato ma nel nostro Paese non è conosciuta e resta ancora inutilizzata per il controllo algico».

Soddisfazione anche da Laura Lensi, Presidente del-

l'Associazione Atrcup: «Credo profondamente sia doveroso da parte di ciascuno di noi riuscire a intervenire con qualsiasi mezzo per migliorare il decorso ospedaliero di ciascun bambino: siamo profondamente orgogliosi di poter dare il nostro aiuto».

I primi risultati preliminari indicano che la realtà virtuale non è di intralcio alla procedura medica e non procura alcun genere di effetto collaterale; il bambino riferisce, inoltre, che il gioco è molto divertente, semplice da utilizzare e garantisce un buon isolamento dall'ambiente esterno.

Sebbene la distrazione tramite Vr presenti alcuni limiti di applicabilità legati all'età e alle capacità intellettive del paziente, la tecnica risulta essere compatibile con ogni ti-



po di procedura dolorosa che non comporti l'utilizzo di acqua, dato che i dispositivi sono alimentati a corrente elettrica, che non determini alterazioni del livello di veglia del bambino tali da impedire l'interazione con l'ambiente virtuale e che non riguardi la testa, poiché il paziente deve indossare un casco di Realtà virtuale. Il progetto è a cura della Terapia del dolore del Meyer e nel team è com-

presa Barbara Atzori, che, attraverso il suo lavoro di tesi, sostenuto da Laura Vagnoli, ha fatto conoscere la Realtà virtuale e ne ha valutato l'applicabilità durante il cambio del bendaggio continuando a dedicarsi allo studio di questa tecnica psicologica con passione e serietà. La realtà virtuale rappresenta quindi uno strumento dal grande potenziale che aspetta solo di essere applicato.

DOCUMENTI Sicurezza: recepito l'accordo Stato-Regioni sulla sperimentazione del web per la formazione dei lavoratori

Così l'e-learning approda in azienda

Destinatari enti e datori di lavoro con meno di 50 dipendenti, a basso rischio e con sedi in più aree

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo il testo della delibera n. 324 del 6 maggio 2013 recante il **Recepimento accordo Stato-Regioni n. 221/2011 sui criteri per l'approvazione di progetti sperimentali basati sull'e-Learning anche per la formazione specifica dei lavoratori e dei preposti.**

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e s.m.i.;

Vista la Lr del 26 luglio 2002, n. 32 "Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro" e il relativo regolamento di esecuzione, approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale in data 8 agosto 2003, n.47/R e s.m.i.;

Visto l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome n. 221 del 21 dicembre 2011 "Accordo tra il ministro del Lavoro e delle politiche sociali, il ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la formazione dei lavoratori ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81";

Richiamato l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome n. 153 del 25 luglio 2012 "Adeguamento e linee applicative degli accordi ex articolo 34, comma 2, e 37, comma 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni e integrazioni";

Considerato che l'Accordo n. 221/2011 prevede al punto 3 Metodologia di insegnamento/apprendimento - Utilizzo delle modalità di apprendimento e-Learning, che le Regioni e le Province autonome, possano individuare, nei loro atti di recepimento dell'accordo, progetti formativi sperimentali che prevedano l'utilizzo

zo delle modalità di apprendimento e-Learning anche per la formazione specifica dei lavoratori e dei preposti;

Preso atto che nella riunione del 18/10/2012 del Coordinamento tecnico interregionale Pisl (Previdenza, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro) è stata condivisa tra le Regioni e le Province autonome l'ipotesi di procedere da subito a un mutuo riconoscimento dei progetti eventualmente individuati come sperimentali da ciascuna amministrazione e si è convenuto sull'opportunità di dare avvio alla fase di individuazione e riconoscimento di eventuali progetti sperimentali, così come si evince dalla nota a firma congiunta del coordinamento tecnico Pisl e del coordinamento tecnico della Commissione Istruzione, Lavoro, Innovazione e ricerca (nota prot. Aooqr/0323939/S del 3/12/2012);

Ritenuto di dettare, con il presente atto, gli indirizzi e i criteri per l'approvazione di progetti sperimentali che prevedano l'utilizzo delle modalità di apprendimento e-learning anche per la formazione specifica dei lavoratori e dei preposti (Allegato A);

Dato atto che il presente atto e il relativo allegato sono adottati di concerto con l'Assessorato al diritto alla salute;

Ritenuto di approvare con successivo decreto dirigenziale del settore regionale competente la modulistica attraverso la quale potranno essere presentate le domande per l'approvazione dei progetti sperimentali;

Considerato che degli indirizzi di cui all'Allegato A ne è stata data informativa in data 10/12/2012 al Comitato regionale di coordinamento, istituito con delibera di Gr n. 106 del 28/02/2012 ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81;

Visto il parere favorevole espresso dal Comitato di coordinamento istituzionale e dalla Commissione regionale permanente tripartita di cui alla Lr 32/02 e sue successive modifiche, nella seduta del 12 marzo 2013.

Tenuto conto che la sperimentazione di cui sopra non comporta oneri a carico dell'amministrazione regionale.

DELIBERA

1. Di recepire, per quanto di competenza, l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome n. 221 del 21 dicembre 2011 "Accordo tra il ministro del Lavoro e delle politiche sociali, il ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la formazione dei lavoratori ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81";

2. Di approvare, per quanto di competenza e in coerenza con le normative regionali in materia di attività formative, gli indirizzi e i criteri per l'approvazione di progetti sperimentali che prevedano l'utilizzo delle modalità di apprendimento e-learning anche per la formazione specifica dei lavoratori e dei preposti, secondo quanto previsto dall'Accordo tra Stato-Regioni/Province Autonome n. 221 del 21/12/2011 ex art. 37,

comma 2 del Dlgs 9/4/2008 n. 81, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

3. Di rimandare a successivo decreto dirigenziale del settore regionale competente l'approvazione della modulistica attraverso la quale potranno essere presentate le domande per l'approvazione dei progetti sperimentali.

ALLEGATO A

Recepimento accordo Stato-Regioni e Province Autonome n. 221 del 21 dicembre 2011 ex art. 37, comma 2 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 - Individuazione criteri per l'approvazione di progetti sperimentali che prevedano l'utilizzo delle modalità di apprendimento e-learning anche per la formazione specifica dei lavoratori e dei preposti

1. Ambito di applicazione e finalità

Ai sensi di quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni n. 221 del 21 dicembre 2011 ex art. 37, comma 2 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, l'utilizzo delle modalità di apprendimento e-learning è consentito per:

- la formazione generale per i lavoratori;
- la formazione dei dirigenti;
- i corsi di aggiornamento previsti al punto 9 dell'accordo;
- la formazione dei preposti, con riferimento ai punti da 1 a 5 del punto 5 dell'accordo;
- progetti formativi sperimentali, eventualmente individuati da Regioni e Province autonome nei loro atti di recepimento del presente accordo, che prevedano l'utilizzo delle modalità di apprendimento e-learning anche per la formazione specifica dei lavoratori e dei preposti.

Con la presente delibera si regola l'effettuazione, nell'ambito del territorio regionale, della sperimentazione di cui sopra. I progetti sperimentali dovranno essere svolti in ottemperanza ai criteri generali definiti dall'accordo sopra detto - in particolare nel rispetto delle indicazioni di cui all'allegato I "la formazione via e-learning sulla sicurezza e salute sul lavoro" - e dall'accordo Stato-Regioni e Province autonome n. 153 del 25/07/2012 "adeguamento e linee applicative degli accordi ex articolo 34, comma 2, e 37, comma 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni e integrazioni".

2. Soggetti che possono richiedere l'approvazione di progetti sperimentali

Possono richiedere l'approvazione di progetti sperimentali i datori di lavoro di aziende/enti pubblici e privati operanti in Toscana:

- con un numero di dipendenti superiore alle 50 unità;
- con sedi lavorative dislocate in più aree del territorio regionale;
- con riguardo a macrocategorie di rischio basso, così come indicate nell'allegato 2 dell'accordo n. 221;
- con riguardo esclusivamente ai propri dipendenti.

I sopra citati criteri devono essere posseduti tutti contemporaneamente e non alternativamente.

3. Esclusione

Sono espressamente esclusi progetti sperimentali rivolti a lavoratori e preposti di aziende/enti rientranti nelle macrocategorie di rischio medio e alto, salvo che non siano rivolti esclusivamente a personale che, per le mansioni svolte e in base alla valutazione dei rischi effettuata dall'azienda, non siano soggetti a medi o alti livelli di rischio (es. personale amministrativo).

4. Presentazione dei progetti sperimentali

Coloro che sono interessati alla realizzazione di progetti sperimentali dovranno presentare domanda, unitamente al progetto formativo da approvare, alla Regione Toscana utilizzando l'apposita modulistica che sarà predisposta dal settore formazione e orientamento in accordo con il settore prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria e approvata con atto del dirigente.

La domanda dovrà essere corredata da accordo sottoscritto da parte delle OoS aziendali o, in assenza, delle segreterie provinciali sindacali, sulla scelta della modalità sperimentale di apprendimento.

5. Verifica dei requisiti e approvazione dei progetti

I progetti saranno approvati, previa verifica dei requisiti indicati ai punti 2, 3 e 4 e di quanto previsto dall'Allegato I dell'Accordo n. 221/11, dal dirigente del settore Prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria e dal dirigente del settore Formazione e orientamento, congiuntamente, ed entro 40 giorni dal ricevimento del progetto.

In ogni caso, rimane in capo al datore di lavoro l'onere di dimostrare l'efficacia dell'avvenuta formazione. Pertanto i datori di lavoro dovranno dedicare particolare attenzione alla valutazione dell'apprendimento e alla verifica dell'efficacia degli interventi.

6. Elenco

I progetti sperimentali approvati saranno inseriti in un elenco detenuto presso il settore Prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria della Regione Toscana, essi saranno comunicati, per conoscenza, alle Direzioni di dipartimento delle Aziende Usl toscane per quanto di competenza dei Servizi Pisl a esse afferenti.

7. Valutazione delle attività realizzate

I soggetti autorizzati a effettuare la formazione specifica in e-learning, alla conclusione delle attività, e comunque entro 30 giorni, dovranno trasmettere alla Regione Toscana una relazione finale sull'attività svolta. Ciò consentirà alla Regione di poterne valutare i risultati ottenuti.

8. Proroga

I datori di lavoro interessati potranno richiedere la prosecuzione del progetto per un ulteriore periodo, previa richiesta motivata e illustrazione dei risultati positivi ottenuti. La Regione Toscana si riserva di valutare al riguardo.

9. Il sistema regionale di web learning trio

La Regione Toscana mette a disposizione di cittadini, enti pubblici e organizzazioni private, in forma totalmente gratuita, prodotti e servizi formativi su aree tematiche di carattere trasversale e professionalizzante, attraverso il sistema regionale di web learning Trio.

Esso dispone di 53 prodotti formativi in tema di formazione sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, il cui elenco è contenuto nella tabella 1 riportata. L'offerta attualmente disponibile a catalogo è utilizzabile per le attività formative di base e di aggiornamento previste dall'Accordo Stato-Regioni n. 221 del 21/12/11.

La piattaforma Trio offre:

- un ambiente didattico a disposizione delle organizzazioni per la fruizione dei contenuti online (Wlg), dotato di forum, chat, sistema di aula virtuale per la comunicazione di tipo sincrono e asincrono;
- contenuti dotati di prove di valutazione in itinere;
- un help-desk per risolvere problematiche di tipo tecnico;
- un servizio di orientamento dell'offerta formativa disponibile;
- un sistema di tracciamento delle risorse fruitrici degli utenti;
- una reportistica inviata all'organizzazione a cadenza concordata.

I soggetti interessati possono utilizzare, senza oneri per l'amministrazione, la piattaforma Trio per l'effettuazione di progetti sperimentali oggetto della presente delibera, previa presenza dei requisiti di cui al punto 2.

Ai fini di rispettare i requisiti indicati dall'Accordo Stato-Regioni n. 221, definito quanto può mettere a disposizione attualmente Trio, resta a carico delle organizzazioni:

- predisporre un documento di presentazione del progetto formativo;
- individuare un e-tutor in grado di garantire la costante raccolta di informazioni, esigenze e bisogni specifici degli utenti;
- individuare un esperto (tutor o docente) a disposizione per la gestione del percorso;
- effettuare la valutazione finale in presenza;
- dimostrare l'effettiva fruizione dei contenuti in orario di lavoro.

Tali elementi devono essere indicati nel progetto sperimentale presentato ai fini dell'approvazione. Laddove la copertura delle conoscenze previste per la formazione specialistica non sia completa, l'offerta formativa presente su Trio può essere integrata con lezioni in presenza, avviando percorsi formativi blended, che tengano conto dei moduli presenti nella piattaforma Trio.

Rimane in capo al datore di lavoro l'onere di dimostrare l'efficacia dell'avvenuta formazione e la rispondenza a quanto dettato dall'Accordo.

Le informazioni relative all'accesso e alla fruizione delle risorse didattiche di Trio sono disponibili sul portale all'indirizzo www.progettotrio.it.

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

La Regione Toscana si riserva anche, al termine delle attività svolte, e verificati i risultati positivi ottenuti, di valutare l'inserimento nel portale, di corsi effettuati nell'ambito di progetti sperimentali approvati, previa disponibilità dei datori di lavoro interessati e previa verifica della compatibilità della piattaforma utilizzata, senza che sia dovuto un corrispettivo.

10. Rinvio agli accordi Stato-Regioni

Per quanto non espressamente richiamato nel presente atto, si rimanda alle disposizioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni n. 221 del 21 dicembre 2011 ex art. 37, comma 2 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e all'Accordo Stato-Regioni e Province autonome n. 153 del 25/07/2012 "Adeguamento e linee applicative degli accordi ex articolo 34, comma 2, e 37, comma 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni e integrazioni".

IL MONITORAGGIO PER L'EMERSIONE DEI CASI DI VIOLENZA ESTESO ALLE ASL DI PISA, LIVORNO ED EMPOLI, AL CAREGGI E AL MEYER

Il progetto "codici rosa" guadagna cinque nuovi avamposti

Pubblichiamo di seguito il testo della delibera n. 339 del 13 maggio 2013 riguardante l'estensione del Progetto regionale Codice Rosa alle Asl 5 di Pisa, 6 di Livorno, 11 di Empoli e alle Aou di Careggi e dell'Aou Meyer.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Lr n. 59 del 16/11/2007 "Norme contro la violenza di genere" che promuove l'attività di prevenzione e garantisce adeguata accoglienza, protezione, solidarietà, sostegno e soccorso alle vittime, indipendentemente dal loro stato civile e cittadinanza;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008, che resta in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66;

Rilevato che la sopra citato Pr, al paragrafo 5, punto 3. "La salute delle donne come paradigma di civiltà", evidenzia che la Regione Toscana riconosce che ogni tipo di violenza di genere, ivi compresa la minaccia, costituisce la violazione dei diritti umani fondamentali alla vita e una autentica minaccia per la salute;

Considerato che l'azione di piano sopra citata prevede che le Aziende sanitarie assicurino l'attivazione di almeno un centro di coordinamento per i problemi di genere per garantire l'immediato intervento di personale sanitario, adeguatamente formato per l'accoglienza, l'assistenza e la cura alle vittime della violenza, che operi la valutazione e l'attivazione immediata di un intervento multidisciplinare sulla vittima, attivando una rete di protezione con gli Uffici scolastici regionali e provinciali, le forze dell'ordine, la magistratura, i centri antiviolazione presenti sul territorio;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 495 del 13/6/2011 "Approvazione schema di protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Procura Generale della Repubblica di Firenze per la realizzazione di interven-

Elenco dei prodotti formativi disponibili sul sistema regionale di web Learning-Trio	
Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	
Formazione di base	
- La sicurezza sui luoghi di lavoro e la prevenzione incendi	
- La sicurezza sui luoghi di lavoro e la protezione antincendio	
- Gestione dell'emergenza primo soccorso sui luoghi di lavoro	
- L'emergenza primo soccorso sui luoghi di lavoro. Tecniche di intervento	
- L'emergenza primo soccorso: traumi e patologie specifiche in ambiente di lavoro	
- La tutela dei lavoratori esposti allo stress-lavoro correlato	
- Il nuovo Testo unico per la sicurezza dei lavoratori Dlgs 81/08: nuovi adempimenti, responsabilità e sanzioni	
- La normativa sulla sicurezza per videoterminali	
Formazione specialistica	
- La sicurezza nella movimentazione delle merci con carrelli elevatori	
- Analisi dei rischi e prevenzione nel settore lavorazione del legno	
- Analisi dei rischi e prevenzione nel settore carta e cartotecnica	
- Analisi dei rischi e prevenzione nel settore edile	
- Analisi dei rischi e prevenzione nel settore delle lavorazioni meccaniche	
- Analisi dei rischi e prevenzione nel settore tessile	
- Conoscere le autogru	
- Aspetti generali e specifici di sicurezza del lavoro in cantiere	
- Il carico in sicurezza con le autogru	
- Lavorare con le autogru	
- Il posizionamento delle autogru	
- Aspetti specifici della manutenzione di impianti e macchinari dell'area marmo	
- Sicurezza del lavoro in cava: aspetti specifici connessi all'uso di esplosivi	
- Sicurezza del lavoro in cava: aspetti specifici connessi con il taglio a monte	
- Controllo e riparazione di impianti e macchinari	
- Sicurezza del lavoro in cava: aspetti generali	
- Sicurezza nella movimentazione e nel trasporto dei materiali lapidei	
- La Direttiva Macchine per la sicurezza di impianti e macchinari	

Tabella 1	
- Anomalie di funzionamento e riparazione di impianti e macchinari	
- Manutenzione di impianti e macchinari	
- Normativa sulla sicurezza per cucine, ristoranti e alberghi	
- Approfondimenti in tema di sicurezza nell'estrazione, nel trasporto e nella lavorazione di materiali lapidei	
- Elementi di meccanica delle macchine	
- Aspetti specifici dell'installazione di impianti elettrici ed elettronici, tenendo conto della sicurezza	
- Aspetti specifici delle tecnologie di produzione con macchine utensili ai fini della sicurezza	
- Sicurezza sul lavoro nelle produzioni metalmeccaniche	
- Segnaletica di sicurezza ed emergenze	
- Sicurezza elettrica	
- Tutela ambientale nell'estrazione del marmo	
- Antinfortunistica e uso dei Dpi: agricoltura e foreste	
- Ergonomia	
- I Dpi	
- Sicurezza delle lavorazioni di materiali lapidei: taglio e segazione, lavorazione delle lastre di marmo e granito	
- Sicurezza delle lavorazioni di materiali lapidei: frantumazione del marmo e micronizzazione di materiali lapidei	
- La gestione di un cantiere all'insegna della sicurezza e dell'ambiente	
- Gli impianti con pericoli di incidente rilevante	
- Il rischio di esplosione sui luoghi di lavoro: le direttive Atex	
- La protezione dei lavoratori dai rischi di esposizione a campi elettromagnetici	
- La valutazione del rischio da agenti chimici	
- La valutazione dei rischi da vibrazioni meccaniche	
- Il regolamento europeo Reach sulle sostanze chimiche	
- La sicurezza sui luoghi di lavoro nel settore agricolo	
Auditing	
- Auditor sistemi di gestione della sicurezza	
Sistemi per la sicurezza	
- I Sistemi di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro (Ohsas 18001)	
- Sgs: valutazione dei rischi	

ti a tutela delle fasce deboli di popolazione sottoposte a violenze";

Rilevato che con la sottoscrizione del protocollo d'intesa avvenuta il 17 giugno 2011, l'Assessore regionale al Diritto alla Salute e il Procuratore generale della Repubblica di Firenze hanno dato avvio al progetto regionale per la realizzazione di interventi a tutela delle fasce deboli di popolazione sottoposte a violenza;

Rilevato che il citato protocollo d'intesa prevede la predisposizione e l'attuazione di un progetto operativo nell'ambito di competenza delle Aziende sanitarie che prendono parte al progetto, definito da apposito gruppo di lavoro composto da rappresentanti della Regione Toscana, della Procura Generale della Repubblica di Firenze, delle stesse Aziende Usl e delle Procure della Repubblica competenti per territorio;

Atteso che con il decreto dirigenziale n. 5780 del 5 dicembre 2011 "Approvazione progetto regionale per gli interventi a favore delle fasce deboli di popolazione sottoposte a violenze. Impegno e liquidazione alle Aziende 2, 4, 8, 9 e 12", si è dato avvio alla fase sperimentale del progetto che si è conclusa il 31 dicembre 2012;

Preso atto che le Aziende coinvolte nella sperimentazione hanno operato nel rispetto delle indicazioni contenute nel progetto procedendo alla costituzione dei gruppi operativi, all'adeguamento delle strutture del pronto soccorso con la messa a disposizione della "stanza rosa" e alla realizzazione di iniziative formative rivolte al personale che compone i gruppi operativi e alle "sentinelle", figure che operano sul territorio in grado di assicurare un ulteriore punto di riferimento per la popolazione;

Preso atto che nel 2012 i risultati ottenuti hanno dimostrato l'emersione di circa 1.455 casi di maltrattamenti e violenze rilevati nelle strutture di pronto soccorso delle 5 Aziende che hanno partecipato alla fase di sperimentazione, cui è seguita, quando ne è stata ravvisata la necessità, l'attivazione di azioni di sostegno delle vittime con il coinvolgimento delle forze dell'ordine e delle strutture territoriali;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 495 del 13/6/2011 "Approvazione schema di protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Procura Generale della Repubblica di Firenze per la realizzazione di interven-

Dato atto che prima dell'avvio del progetto gli interventi erano limitati alle singole azioni dei soggetti istituzionali che avvenivano in modo non coordinato tra di loro e che il progetto regionale ha permesso di accogliere e curare la vittima all'interno di locali appositamente attrezzati, con la garanzia della massima riservatezza, oltre alla contestuale attivazione delle competenti strutture giudiziarie;

Rilevato che la finalità del progetto è la realizzazione di una rete di "Task Force Interistituzionali", in grado di intervenire con professionalità e tempestività per l'effettuazione di interventi di specifico interesse sanitario, regolati da protocolli comuni e condivisi, al fine di assicurare professionalità e tempestività nella cura e garantire, attraverso lo scambio di flussi di informazioni tra Azienda Usl, Procura della Repubblica, Forze dell'Ordine e soggetti che operano a livello territoriale, il monitoraggio degli episodi di violenza sul territorio, favorendo l'emersione di situazioni critiche che altrimenti rimarrebbero "sommerse";

Ritenuto necessario, in relazione ai positivi risultati ottenuti, coinvolgere nell'attuazione del protocollo d'intesa anche le Aziende Usl 5 di Pisa, 6 di Livorno, 11 di Empoli, Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e Azienda ospedaliero-universitaria Meyer che si impegnano a costituire i gruppi operativi interistituzionali, adeguare le strutture del pronto soccorso, erogare le attività di informazione e formazione che si rendono necessarie per agevolare il coinvolgimento del personale dei gruppi operativi, relazionandosi positivamente con le strutture e con i soggetti del privato sociale che operano a livello territoriale;

Ritenuto necessario integrare con i rappresentanti delle Aziende sopra indicate il gruppo di lavoro coordinato a livello regionale cui è affidata l'attuazione del progetto;

Atteso che con successivo atto sarà approvato il progetto operativo, alla cui attuazione si procederà con accordi a livello locale tra le Aziende sanitarie sopra citate e le Procure della Repubblica interessate;

Ritenuto di destinare a favore delle Aziende Usl 5 di Pisa, 6 di Livorno, 11 di Empoli,

Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, la somma totale stimabile in euro 80.000,00 da suddividere tra le Aziende in parti uguali, riservando l'importo di euro 10.000,00 per le attività formative da realizzare a livello regionale, specificando che per l'anno 2013 la somma complessiva di euro 90.000,00 è a valere sull'impegno 7794/2012 assunto con decreto dirigenziale n. 6535/2012 sul capitolo 26247, Fondo sanitario indistinto del bilancio regionale 2013;

Vista la Lr n. 78 del 27/12/2012 "Approvazione bilancio di previsione 2013 e bilancio pluriennale 2013-2015";

Vista la Dgr n. 1260 del 28/12/2012 "Approvazione bilancio gestionale 2013 e pluriennale 2013-2015";

a voti unanimi

DELIBERA

1. di coinvolgere nell'attuazione della seconda fase del Progetto regionale per gli interventi a favore delle fasce deboli di popolazione sottoposte a violenze (Codice Rosa) le Aziende;

Usl 5 di Pisa, Usl 6 di Livorno, Usl 11 di Empoli, Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e Azienda ospedaliero-universitaria Meyer;

2. di integrare con i rappresentanti delle Aziende sopra indicate il gruppo di lavoro coordinato a livello regionale cui è affidata l'attuazione del progetto;

3. di destinare alle Aziende Usl 5 di Pisa, 6 di Livorno, 11 di Empoli, all'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e all'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, per la copertura delle spese derivanti dall'adeguamento dei locali del pronto soccorso, l'acquisto del materiale necessario e per l'attività di informazione e formazione, la somma stimabile in euro 80.000,00 da suddividere tra le Aziende in parti uguali, riservando l'importo di euro 10.000,00 per le attività formative da realizzare a livello regionale, specificando che per l'anno 2013 la somma complessiva di euro 90.000,00 è a valere sull'impegno 7794/2012 assunto con decreto dirigenziale n. 6535/2012 sul capitolo 26247, fondo sanitario indistinto del bilancio regionale 2013. ●

Sanità Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore
ROBERTO TURNO

comitato scientifico
Eduardo Majno
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 27 del 16-22 luglio 2013 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

WELFARE

La crisi fa rinunciare ad alcune spese sanitarie «out of pocket»



Le famiglie tagliano le cure

Gli interventi medici stanno diventando sempre più un bene di lusso

Il conto del dentista può rendere povera una famiglia, come il ricorso prolungato a visite specialistiche private, una malattia imprevista o la necessità di accudire un anziano non autosufficiente per mesi e mesi, rinunciando al lavoro o dovendo assoldare una badante. È la spesa che gli addetti ai lavori chiamano «out of pocket»: quella che grava sui bilanci familiari e non è sostenuta dal Servizio sanitario nazionale o regionale. Spesa che cresce insieme al reddito ma su cui influisce anche l'efficienza del sistema sanitario, quando a esempio si ricorre al privato per evitare lunghe liste di attesa.

La fotografia scattata cinque anni fa dal rapporto Ceis 2007 raccontava di un milione e 300mila famiglie in Italia strette dalla spesa sanitaria privata. È passato un po' di tempo e il rapporto 2012, elaborato ancora una volta dall'Università Tor Vergata di Roma, non dispensa maggior ottimismo, anche se le famiglie che si impoveriscono sono in calo. Anzi, forse la situazione potrebbe essere ancora peggiore di quanto sembra, visto che le statistiche dello studio si riferiscono per lo più al 2008 e 2009 (le ultime disponibili) ma nel frattempo la crisi non è certo alle spalle e il pubblico, costretto a un regime di austerità, laddove non ha tagliato servizi ha comunque imposto nuovi ticket. Non ovunque, come in Toscana, più lievi per chi meno può, come gli studiosi suggerirebbero di fare.

Quello che le statistiche non dicono, prova a suggerircelo la cronaca. Qualche settimana fa a Prato alla Misericordia di Mezzana lo sportello di pronto soccorso odontoiatrico domenicale da poco riaperto è stato preso d'assalto, con pazienti triplicati nel giro di tre settimane e ben poche vere emergenze, quelle per cui il servizio era nato. Il motivo? Si era sparsa la voce che si dispensavano cure gratuite e, poiché le spese odontoiatriche possono risultare macigni nei portafogli sempre più poveri di molti, l'idea ha fatto subito breccia. Un campanello d'allarme. E anche se in Toscana la situazione è forse migliore che altrove, non va sottovalutata.

Il sistema sanitario nazionale è un'assicurazione sociale di tipo universalistico. Ognuno partecipa in base alla propria capacità economica, pagando le tasse. Ma non sempre l'assicurazione copre tutti i rischi. Patologie sottovalutate ieri, possono oggi esplodere. I «premi» stabiliti finora non è detto che si rivelino equi anche domani. Per questo spese «out of pocket» e «spese catastrofiche», che sono quelle che costringono a staccare un assegno mensile pari almeno al 40% del proprio reddito familiare (tolto quanto necessario per vivere), sono indicatori importanti. La Toscana se la passa abbastanza bene: per merito del suo sistema sanitario e della forte integrazione con il sistema sociale economico. Nel 2009, assieme a Lombardia e Abruzzo, è tra le Regioni con la minore incidenza di spese catastrofiche. Per il rischio di impoverimento per spese mediche è quart'ultima:

Relazione fra impoverimento e spesa sanitaria pubblica (anno 2009)				
Regioni	Ordinamento per incidenza di impoverimento	Ordinamento crescente per spesa sanitaria pubblica pro capite per popolazione pesata	Scostamento posizioni	Risultato
Calabria	1,00	4,00	3,00	+
Basilicata	2,00	1,00	-1,00	
Sicilia	3,00	2,00	-1,00	
Sardegna	4,00	12,00	8,00	+++
Puglia	5,00	6,00	1,00	
Campania	6,00	9,00	3,00	+
Trentino A.A.	7,00	19,00	12,00	+++
Veneto	8,00	11,00	3,00	+
Piemonte e Valle d'Aosta	9,00	13,00	4,00	+
Marche	10,00	3,00	-7,00	---
Umbria	11,00	5,00	-6,00	---
Molise	12,00	17,00	5,00	++
Abruzzo	13,00	8,00	-5,00	--
Liguria	14,00	10,00	-4,00	-
Friuli V.G.	15,00	15,00	0,00	
Toscana	16,00	16,00	0,00	
Lazio	17,00	18,00	1,00	
Emilia Romagna	18,00	14,00	-4,00	-
Lombardia	19,00	7,00	-12,00	---

N:B.: + 2-4 posizioni in più; ++ 4-6 posizioni in più; +++ oltre 6 posizioni in più; - 2-4 posizioni in meno; -- 4-6 posizioni in meno; --- Oltre 6 posizioni in meno
Fonte: elaborazione Ceis Sanità su dati Istat e ministero della Salute

meglio vanno solo Lazio, Emilia Romagna e di nuovo Lombardia. Ma la difficile congiuntura economica sicuramente non consente di abbassare la guardia. Andando indietro di qualche anno si nota infatti come l'incidenza della spesa catastrofica sia cresciuta. Forse dipende dall'ampio numero di famiglie con uno o più anziani, più facili a impoverirsi. Sicuramente c'entra anche la perdita di reddito e potere di acquisto. Sta di fatto che nel 2005 la Toscana era la seconda Regione più virtuosa, dopo l'Emilia Romagna: solo l'1,7% delle famiglie registrava allora spese catastrofiche, contro una media nazionale del 4,1%. Quattro anni più tardi si ritrova terz'ultima.

Il rapporto dell'università di Roma ci racconta che la spesa sanitaria si comporta come un qualsiasi «bene di lusso»: cresce cioè con il reddito. E varia al suo interno. Se le famiglie con minori disponibilità spendono prevalentemente per farmaci (70%) e specialistica (18%), nelle famiglie più ricche cresce lo spazio occupato da protesi, ausili e spese del dentista. Nel 2008 in Italia ci sono state 334.695 famiglie che povere per l'Istat non erano, ma che tali andrebbero considerate, se dal reddito disponibile togliamo quanto ciascuna ha speso per cure sanitarie. Distribuite nei primi tre

quintili di consumo, hanno speso per curarsi il 12,6% del proprio reddito. Altre 747.631 (il 5% delle famiglie con spese sanitarie) hanno sostenuto «spese catastrofiche»: ovvero almeno una volta nell'anno hanno staccato per curarsi un assegno superiore al 40% del reddito mensile disponibile. Sono meno che nel 2005, in cui gli stessi studiosi di Tor Vergata ne contarono 436.069 e 948.253. Sono diminuite ancora nel 2009, passate a 297.670 e 674.754.

Da qui si potrebbe dedurre che la spesa «out of pocket» forse non è essenziale, al limite in qualche caso addirittura inappropriata. A spendere di meno peraltro sono state le famiglie più ricche. Ma forse sarebbe una conclusione errata. Semplicemente con la crisi le famiglie hanno tagliato anche sulle spese sanitarie. Che poi queste fossero davvero superflue è tutto da verificare. E comunque, analizzando la spesa al suo interno, non tutte le voci sono in calo: la spesa destinata alle visite specialistiche e all'assistenza per disabili e anziani, a esempio, cresce.

Walter Fortini
Agenzia di informazione
Toscana Notizie

GLI EFFETTI

Rinviare a volte è pericoloso

Le spese del dentista sono spesso le prime a essere considerate un lusso, quando il portafoglio è sgonfio e difficilmente si arriva alla quarta settimana del mese. Lo sono da sempre per le famiglie dal basso reddito e sempre più anche per quello che era il ceto medio. Il dolore alla fine passa e sull'estetica si tira dritto. Ma così si innesca una spirale perversa. Rinviare quello che può sembrare un lusso (e lusso non è) può costare infatti caro: per le tasche, perché il conto alla fine potrebbe decuplicare, e per la salute. E quello del dentista è solo un esempio. Una bocca che si chiude male non è solo causa, a volte, di disagio.

«Sei volte su dieci può essere l'origine di un mal di schiena accusato da anziani - racconta un professore di uno studio fiorentino -. Ricerche condotte da più università italiane e straniere lo dimostrano». Si dà la colpa all'età, ma l'età c'entra ben poco. O almeno non è solo quella la causa. L'altro esempio di mali trascurati sono i granulomi, ovvero infiammazioni e infezioni della bocca. Ce ne sono di silenti che non danno né accesso né altre sintomi. Non fanno male e uno se li tiene, risparmiando sul conto del dentista. «Ma un'infezione in bocca - racconta lo stesso professore di Firenze - può avere conseguenze non lievi». Un granuloma silente tenuto in bocca per più di cinque anni può provocare, in un caso su cinque, malattie ai reni. Lo attestano altri studi. Quei batteri a giro per l'organismo possono anche provocare endocardie. Patologie gravi, in qualche caso anche rischiose. Per questo rinviare visite specialistiche, anche quelle ritenute a torto non urgenti, è sempre pericoloso.

L'IMPATTO NEGLI ULTIMI ANNI E LE PREVISIONI PER IL FUTURO

Turismo ed export tengono a galla l'economia regionale

Famiglie con redditi più bassi e posti di lavoro che si riducono. Imprese che devono fare i conti con una domanda in calo e difficoltà sul fronte finanziario. La Pa costretta per la prima volta a tagli consistenti della propria spesa. La crisi colpisce tutta Italia e anche la Toscana. C'è chi è stato licenziato, chi il lavoro lo cerca per la prima volta e non lo trova o chi, dopo un'occupazione a tempo pieno, si deve accontentare di una part-time. Ma il risultato non cambia. A patire sono i bilanci familiari, che si fanno più sottili.

La Toscana va meglio di altre Regioni, grazie soprattutto a export e turismo. Ci vorrà co-

munque tempo per recuperare. «La recessione proseguirà fino al 2013 e la ripresa, lieve, è prevista solo nel 2014», spiega Stefano Casini Benvenuti, che guida l'Irpet, che è l'istituto di programmazione economica della Regione Toscana. Le previsioni, si sa, sono sempre difficili. «Ma se la crescita del Pil sarà dell'1,5% l'anno - azzarda il direttore - torneremo ai livelli occupazionali pre-crisi solo nel 2030». E ci vorranno sette anni, fino al 2020, se la crescita sarà del 3% l'anno. Degli ultimi sei anni quattro sono stati di recessione e solo con una forte ripresa e un recupero di produttività

e competitività potranno essere recuperati nuovi posti di lavoro. La giunta regionale due mesi fa ha fatto il punto su come la Toscana ha reagito (o subito) la crisi. L'incognita maggiore rimane l'occupazione, dove l'emorragia di posti di lavoro è stata finora contenuta grazie alle ore di cassa integrazione. Gli interventi, dal 2008, messi in campo dalla Regione non sono comunque mancati: in cinque anni si contano quasi sette miliardi di euro di aiuti, tra investimenti diretti e sostegni all'innovazione, incentivi al credito e al lavoro, contributi su ricerca e sviluppo e per i giovani. Misure

che complessivamente hanno attivato 18 miliardi di investimenti, contribuito alla crescita del Pil per poco meno di dieci e garantito circa 35.000 posti di lavoro l'anno. Senza tutto ciò, sarebbe stato molto peggio. Il rapporto dell'Irpet ci consegna gioie e dolori. Le gioie riguardano l'export per l'appunto, che è cresciuto dal 2008 al 2012 del 12,2%: di più all'inizio (+20,3% dal 2009 al 2011) e di meno dopo (+3% dal 2011 al 2013), ma è continuato a crescere, dodici volte più della Lombardia e tre volte il Veneto o l'Emilia. Solo mobili (-14%), prodotti tessili (-6%) e nautica

(-31%) arretrano. Anche il turismo avanza: +12,1% di presenze dal 2008 al 2011, con gli stranieri che pesano per oltre la metà (50,6%). I dolori riguardano i segni meno: -2,8% sul Pil (che comunque cala meno che altrove), -8,4% dell'import estero, -5,1% della spesa delle famiglie, -2,3% della spesa della Pa, -11,7% sugli investimenti. Segni meno che c'erano anche nel biennio 2007-2009, quando Pil, import e investimenti erano diminuiti in maniera ancora più consistente, la spesa per le famiglie aveva iniziato a contrarsi (-2%) e l'unico segno positivo era quello di una spesa pubblica

in crescita, lieve, del 2,1%.

A patire la crisi sono stati soprattutto manifatturiero e costruzioni, ma non mancano eccezioni. Un terzo delle imprese, quelle che hanno puntato sull'alta qualità, sono cresciute nel fatturato. Se poi gli investimenti calano (-21% nel biennio 2007-2009, -11,7% dal 2011) in controtendenza sembrano andare quelli stranieri e delle multinazionali. I buoni esempi, non mancano: dalla General Electric alla Continental, dalla Dialog Semiconductor alla Mcphy, oppure la Thales o la giapponese Yanmar. La Toscana dimostra di saper ancora attrarre investimenti. Il che lascia ben sperare per il futuro.

VIAREGGIO

La struttura di Torre del Lago esempio di risparmio per pubblico e privato

La Casa della Salute è verde



Alta efficienza energetica tra architettura anni '20 e pannelli fotovoltaici

L'assessore al Diritto alla salute Luigi Marroni ha inaugurato la Casa della Salute di Torre del Lago, assieme al direttore generale della Asl 12 Brunero Baldacchini e al sindaco di Viareggio Leonardo Betti. La Casa della Salute di Torre del Lago è già in funzione, con ambulatori, centro prelievi, Cup, postazione di continuità assistenziale. Si trova all'interno dell'ex-distretto sanitario, completamente ristrutturato. È un edificio ad alta efficienza energetica, che valorizza gli stili architettonici

in uso a Viareggio e Torre del Lago nei primi anni '20 del '900 ed è un esempio pubblico anche per il settore privato. Ha il tetto ventilato; un rivestimento cosiddetto "a cappotto" per un ottimo e più economico isolamento; un impianto di produzione caldo, freddo ed aereazione estremamente efficace, senza produzione di CO₂ (telecomandato, stanza per stanza, dalla centrale che si trova all'ospedale Versilia); è dotato di pannelli fotovoltaici che producono 5 kw e lo rendono auto-

mo dal punto di vista elettrico.

«Inaugurazioni come questa - ha detto l'assessore - ne faremo molte nei prossimi mesi. A regime, saranno infatti 120 le Case della Salute in funzione su tutto il territorio toscano che, con i 500 letti di cure intermedie che si stanno aprendo in tutta la Regione, costituiranno una sorta di grande ospedale diffuso sul territorio».

Poco più di un mese fa la giunta ha stanziato oltre 8 milioni per avviare e implementare 54 Case della Salute su

tutto il territorio toscano. A oggi in Toscana sono già attive 36 Case della Salute, che saliranno a 90 con quelle appena finanziate, per arrivare poi a 120 in tutto.

Nella stragrande maggioranza dei casi, si tratta di interventi su strutture già esistenti. E da poco è stato varato il nuovo logo, che identificherà tutte le Case della Salute, e compare anche su quella di Torre del Lago.

L'attivazione della Casa della Salute garantisce una maggior assistenza

sul territorio, al di fuori del contesto ospedaliero: i medici di medicina generale acquisiranno un ruolo preminente in questa struttura, vero e proprio punto di riferimento per i cittadini nell'accesso all'assistenza sanitaria. Al suo interno sarà collocata anche la postazione di continuità assistenziale e, di fatto, il presidio sarà accessibile a qualsiasi ora del giorno e per tutta la settimana.

Lucia Zambelli
Agenzia Toscana Notizie

PISTOIA

Tomosintesi al nuovo ospedale per diagnosi a misura di paziente

Nel pronto soccorso del Nuovo ospedale di Pistoia ci sarà anche il Sistema radiologico Dr con Tomosintesi. Si tratta di una apparecchiatura che è presente in poche strutture ospedaliere e sarà fondamentale per diagnosticare le fratture, anche piccole od occulte.

L'apparecchiatura sarà utilizzata in casi critici: quando i sanitari di pronto soccorso in presenza di un evento traumatico non saranno soddisfatti dell'indagine radiologica con i raggi X tradizionali e prima di sottoporre il paziente a un'eventuale Tc e Rm.

Sistema radiologico per ridurre l'uso di tomografie e Rnm

«Questa nuova apparecchiatura - dice Patrizio Pacini, direttore della unità operativa di Radiologia - consente una migliore rilevazione delle lesioni presenti, con maggiore sensibilità diagnostica. Potranno, a esempio, essere dimostrate fratture precedentemente diagnosticate come occulte in quanto non osservate sulle normali immagini Rx. Si possono ridurre così le proiezioni accessorie normalmente eseguite con rapidità di diagnosi. L'esame - prosegue il medico - in termini valutativi ha gli stessi vantaggi di una Tc solo che

con l'uso di questa metodologia, altamente innovativa, c'è una riduzione delle dosi verso il paziente, il risultato è più rapido e così i medici possono avviare subito il trattamento terapeutico».

La scelta di questo apparecchio dimostra un'estrema attenzione nei confronti dei pazienti, ai quali sarà assicurato un esame con il minimo delle radiazioni, che potrà essere eseguito in breve tempo e rileverà anche lesioni minime. Il Sistema radiologico Dr con tomosintesi si presenta come una tradizionale apparecchiatura per Rx, attraverso la quale è possibile effettuare sul paziente proiezioni sia in posizione distesa che verticale.

Sullo schermo vengono acquisite le numerose immagini della parte sottoposta a esame e, senza che il paziente sia mobilizzato, si realizzano numerose proiezioni bidimensionali che successivamente il tecnico di radiologia ricostruisce su un piano dando origine al "volume" della parte anatomica acquisita.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

PRATO

L'oncologia si fa interdisciplinare per ottimizzare interventi e terapie

L'Unità operativa di oncologia dell'Asl 4 di Prato compie cinque anni di attività. Situata presso la Casa di Cura Villa Fiorita, è dotata di un acceleratore lineare, una Tac dedicata per simulazione virtuale, un sistema di Treatment planning per l'elaborazione computerizzata dei piani di trattamento radio-terapici, 3 poltrone per trattamenti sistemici (chemioterapie, bifosfonati, terapie di supporto). Dall'apertura della struttura nel luglio 2008 sono stati effettuati 2.100 trattamenti (di cui 80 con tecnica complessa), 2.930 prime visite, 6.100 visite di controllo, 215 trattamenti chemioterapici in concomitanza

L'unità operativa dell'Asl 4 in sinergia con le altre specialità

al trattamento radioterapico, con una graduale curva di crescita dei casi con indicazione a radioterapia sia per l'aumento complessivo dell'incidenza della patologia tumorale sia per le nuove scoperte cliniche che hanno allargato le potenzialità di utilizzo di questa metodica terapeutica. Annualmente vengono trattati in media circa 450 pazienti, e circa il 10% di questi viene sottoposto a trattamenti definiti a elevata complessità e in associazione a trattamenti chemioterapici concomitanti per potenziarne la

risposta ed elevare la percentuale di guarigione.

Le attività di radio e chemioterapia hanno prodotto una ulteriore necessità di terapia di supporto e assistenza infermieristica dedicata.

Per i pazienti con neoplasie della testa e del collo, per i quali si sta verificando un progressivo aumento del ricorso alla radioterapia radicale, c'è un'équipe medico-infermieristica dedicata che segue questi pazienti monitorizzando il loro percorso terapeutico anche nelle prime settimane dopo la fine del trattamento.

«La sinergia con le altre specialità - sottolinea Salvino Marzano, direttore al trattamento radioterapico - ha il suo punto di riferimento nel Gruppo oncologico multidisciplinare. Questo permette di ottimizzare il percorso diagnostico e terapeutico nei casi che richiedano l'intervento di più specialisti».

In prospettiva dello sviluppo dell'organizzazione aziendale saranno valorizzati la crescita e il consolidamento della radioterapia.

Vania Vannucchi
Ufficio stampa Asl 4 Prato

EMPOLI

Centro antiviolenza «Frida Kalo» per particolari situazioni di disagio

Da alcuni giorni sul territorio empolesse esiste una nuova struttura a protezione delle donne vittime di violenza. Si tratta del Centro Antiviolenza Frida Kahlo, inaugurato il 21 giugno alla presenza di autorevoli rappresentanti istituzionali locali, della Provincia di Pisa e di Firenze, della Regione Toscana, del Parlamento e del Dipartimento per le Pari opportunità della presidenza del Consiglio dei ministri.

Il Centro Antiviolenza, dedicato alla pittrice messicana Frida Kahlo, da cui prende il nome anche l'Associazione promotrice del progetto, è a San Miniato Basso in una grande casa di due piani con un bellissimo giardino. Il Centro è destinato ad ospitare in modo temporaneo donne vittime di violenza, con o senza figli (4-5 nuclei familiari), in particolare situazione di disagio o pericolo. Vi lavoreranno operatrici con diverse professionalità (giuridico-legale, psicologica, medica, sociale-educativa), formate in modo specifico sulla violenza di genere. Sarà garantita la presenza di operatrici per 24 ore tutti i giorni e la reperibilità continua, per rispondere alle emergenze.

Previsti anche sostegno legale e reinserimento

Il Centro ospiterà donne vittime di violenza, con o senza figli, in particolari situazioni di disagio, o a forte rischio di incolumità fisica. L'ingresso sarà valutato volta per volta, insieme alle donne e in base alle sue necessità e scelte. L'accoglienza prevede la definizione di un progetto individuale, volto a sostenere le donne nel percorso di fuoriuscita dalla violenza, dal supporto per il superamento del trauma legato alla violenza subita al rafforzamento della donna nella sua capacità di ascolto di sé e dei propri desideri e nella sua possibilità di progettare e realizzare il proprio futuro. Il percorso, sulla base delle necessità e delle richieste delle donne, prevede anche il sostegno legale, supporto per l'inserimento lavorativo e l'inserimento scolastico per i/e bambini/e, orientamento ai servizi sanitari e sociali. Tali interventi saranno promossi anche attraverso l'attivazione dei soggetti della rete territoriale di cui l'Associazione Frida e Società della Salute fanno parte.

Maria Antonietta Cruciani
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

IN BREVE

▼ GROSSETO

L'ospedale Sant'Andrea di Massa Marittima ha ottenuto nei giorni scorsi, dalla Regione Toscana, l'accreditamento per le aree di degenza della week e della long surgery, per le sale operatorie e per il polo endoscopico. Al termine della visita della Commissione regionale, che ha il compito di verificare che le strutture sanitarie - pubbliche e private - della Toscana abbiano i requisiti necessari per ottenere l'accreditamento, la Chirurgia, l'Ortopedia e il Polo endoscopico del Sant'Andrea hanno superato l'esame a pieni voti. Questo riconoscimento, oltre a premiare il lavoro del personale sanitario impegnato a raggiungere e, successivamente, a mantenere, il risultato, rappresenta anche una garanzia per il cittadino-utente sulla professionalità di medici e infermieri, sulla qualità e la sicurezza dei servizi erogati.

▼ EMPOLI

Roberto Bernardini, direttore dell'unità operativa complessa di Pediatria dell'ospedale "San Giuseppe" di Empoli e presidente della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica è stato tra i 7 pediatri allergologi e immunologi italiani che hanno rappresentato l'Italia al congresso Eaaci-Wao di allergologia e immunologia, che quest'anno si è svolto a Milano fino al 26 giugno. Il congresso è organizzato dall'European academy of allergy asthma and immunology congiuntamente alla World allergy organization. L'iniziativa ha previsto la partecipazione di diverse migliaia di allergologi, da oltre 90 Paesi dei cinque continenti. Si è trattato di un'occasione unica per delineare la situazione allergologica e immunologica della propria Nazione e quelle che possono essere le strategie di collaborazione e di comportamento in questo ambito.

▼ VIAREGGIO

Da lunedì 1° luglio 2013 il Presidio distrettuale di Seravezza è diventato ufficialmente "Casa della Salute". Una struttura che si rapporta totalmente al nuovo modello organizzativo della Sanità toscana e che punta molto sul potenziamento dell'assistenza sul territorio, assegnando un ruolo chiave ai medici di medicina generale rafforzando, inoltre, tutte quelle modalità assistenziali extraospedaliere che, tra l'altro, hanno il vantaggio di prevenire ed evitare ricoveri impropri e alleggerire dunque la pressione sugli ospedali. Al suo interno lavora un team multidisciplinare, formato da medici di famiglia, infermieri, specialisti, personale sociale e amministrativo, associazioni di volontariato, che garantisce la presa in carico globale della persona, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

▼ FIRENZE

Da alcuni disegni di Sergio Staino, il celebre papà del Bobo dei fumetti, due pittrici hanno realizzato un'opera a parete sui muri della sala di attesa al terzo piano del reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale San Giovanni di Dio a Torregalli a Firenze. Le pareti del reparto sono così diventate non solo abbellimento artistico ma anche protezione da scritte e disegni come quelli che imbrattavano i muri di quei corridoi fino a poco tempo fa. «Realizzo i miei disegni per piacere personale - ha detto Staino - questo l'ho fatto veramente con grande piacere e senza volere niente in cambio. Questo è un paesaggio allegro, pulito, con tante farfalle e bambini felici. I bambini che vengono al mondo per un po' si illuderanno, poi scopriranno anche le fregature. Sarà invece uno stimolo per i genitori, per poterli far crescere in un mondo migliore».

