

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. 34 anno XII del 15-21 settembre 2009 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.Toscana.it

Così il sistema si organizza contro il virus

di Giancarlo Berni *

Sarà davvero una pandemia? Sono giustificate il clamore mediatico e le apprensioni dei governi? Probabilmente sì, ma i medici sanno che, nella pratica quotidiana, non possono che affidarsi a ragionevoli certezze e su queste costruire l'organizzazione per non trovarsi impreparati.

Viareggio è stato un mirabile esempio di preparazione dei servizi di fronte a un evento inaspettato.

Un fatto è chiaro. Il Governo ha avocato a sé sia l'acquisto dei vaccini (nessuno si potrà vaccinare per scelta perché il vaccino non è presente in farmacia), sia il quantitativo da distribuire alle Regioni (500.000 dosi in Toscana) che, infine, la selezione delle categorie da vaccinare. La Regione deve organizzare l'assistenza e non è poco.

Riepiloghiamo l'organizzazione decisa dal comitato pandemico regionale. Anche quest'anno può diffondersi la normale influenza stagionale che, clinicamente sovrappone alla pandemia, è del tutto diversa sul piano virologico. Occorre, quindi, vaccinarsi per l'influenza stagionale: entro i primi di ottobre saranno disponibili per i medici generalisti i consueti 900mila vaccini da somministrare entro lo stesso mese, per non avere sovrapposizioni col vaccino pandemico, alle stesse persone vaccinate ogni anno, ovvero anziani sopra i 65 anni e affetti da particolari pa-

CONTINUA A PAG. 2

PREVENZIONE La strategia del Servizio sanitario per ridurre l'impatto della pandemia

Influenza A, ricetta regionale

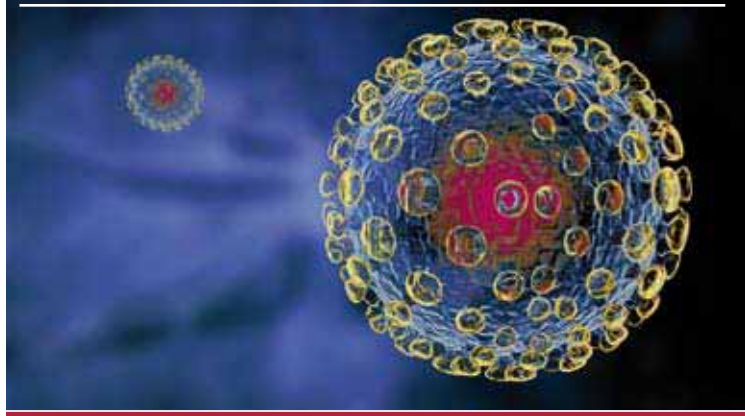
I pilastri: piani aziendali, medici di base protagonisti e corsie potenziate

Le caratteristiche dell'attuale pandemia influenzale da virus A H1N1 inducono a un cauto ottimismo sull'impatto che la patologia potrà avere sulla salute individuale e collettiva, ma non va tuttavia dimenticato che anche la normale influenza invernale di tutti gli anni, pur benigna per la stragrande maggioranza dei soggetti, ha gravi conseguenze, talvolta anche mortali, per le persone a rischio. A maggior ragione, in presenza di un'influenza che, pur abbastanza mite, può colpire in breve tempo milioni di individui, è necessario farsi trovare pronti nell'affrontare un'emergenza anche organizzativa per i servizi sanitari.

La Toscana si è mossa con tempismo per rispondere adeguatamente. Già a giugno tutte le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno iniziato a preparare i piani pandemici aziendali (oggi completati) in cui sono dettagliate tutte le risposte da mettere in atto a livello locale (organizzazione dei reparti ospedalieri, dei reparti di emergenza, organizzazione delle campagne vaccinali, piani di comunicazione ecc.) per far fronte a questo evento eccezionale.

Certamente, un punto cruciale nella risposta alla pandemia sta nella prevenzione tramite vaccinazione. Le categorie da vaccinare prioritariamente sono definite a livello nazionale e includono anzitutto gli operatori sanitari e il personale dei servizi di pubblica utilità. È fondamentale che il personale sanitario aderisca compatto alla vaccinazione, quando essa sarà messa a disposizione, a tutela della propria salute ma anche di quella dei propri assistiti e al fine di consentire il funzionamento dei servizi sanitari. In contemporanea, sarà affidata in Toscana a medici e pediatri di famiglia la vaccinazione di soggetti a rischio (affetti soprattutto da patologie croniche) al di sotto dei 65 anni, visto che i soggetti più anziani si sono dimostrati parzialmente protetti nei confronti del nuovo virus. E particolarmente importante che i medici identifichino i propri assistiti candidati alla

Il quadro epidemiologico	
Casi accertati dai laboratori (29 marzo-30 agosto):	224
Persone coinvolte nella I ondata di vaccini:	520.000
Persone coinvolte nella II ondata di vaccini (gennaio):	1.000.000
Stima dei casi totali (abitanti):	500-600.000
Picco nel mese di dicembre (abitanti):	200.000
Picco settimana di dicembre (abitanti):	60.000
Posti letto aggiuntivi previsti per l'emergenza:	3.000



vaccinazione e che registrino in modo puntuale i dati del vaccino somministrato, per poter avere un quadro sempre aggiornato delle persone protette in parallelo all'andamento della pandemia. Quando, presumibilmente a gennaio, sarà disponibile un ulteriore contingente di vaccini che consenta di coprire circa il 40% della popolazione, si potrà procedere all'offerta della vaccinazione alle fasce di età giovanili (soprattutto la popolazione scolastica), più colpite dall'infezione e in gran parte responsabili della sua diffusione.

Ai medici di famiglia è anche richiesto di fare da filtro per i casi da inviare all'ospedale rispetto a quelli trattabili a domicilio, in modo che sia possibile garantire il trattamento ospedaliero a chi ne ha realmente bisogno. Essendo necessario mantenere l'attività programmata, gli ospedali toscani si attrezzarono per un ampliamento dei posti letto in nuove strutture temporanee, che consentano di superare la fase di emergenza, e simultaneamente potrà essere richiamato al lavoro anche personale sanitario in pensione. Pure il versante delle attrezzature sarà potenziato, incrementando notevolmente i dispositivi per l'assistenza respiratoria, il cui utilizzo risulta di fondamentale importanza nei casi complicati di influenza.

La prima pandemia del nuovo secolo trova la nostra Regione per la prima volta dotata di un insieme di misure di risposta che, se certo non possono impedire in modo assoluto la sua diffusione, certamente sono in grado di ridurre le conseguenze. È una sfida che, con il concorso di tutti gli attori in gioco, personale sanitario in primis, ma anche cittadini comuni che con i loro comportamenti possono rallentare la diffusione del virus, possiamo vincere.

Paolo Bonanni,
Professore ordinario di Igiene all'Università di Firenze e componente Commissione regionale per le vaccinazioni della Regione Toscana

NON AUTOSUFFICIENZA

Un assegno di cura per i malati di Sla

Ogni famiglia riceverà 1.500 euro al mese per pagare un assistente

La Regione Toscana assicurerà alle persone affette da malattie "motoneuroni", e in particolare da sclerosi laterale amiotrofica (Sla) un assistente di cura grazie a un assegno mensile di 1500 euro.

Questo provvedimento, che comporta un investimento di 4 milioni per un periodo sperimentale (2009-2010), permetterà a queste persone di essere assistite in modo qualificato nel loro contesto familiare, aiutandole a mantenere il più a lungo possibile una vita di relazione. L'assegno è destinato a sostenere le funzioni di un caregiver, che sia un familiare o un'altra persona, che in entrambi i casi dovranno risultare in regola con la normativa in materia di rapporti di lavoro, scelto dall'assistito o dalla famiglia, che svolgerà attività di aiuto e supporto alla persona, con particolare riferimento ai casi di perdita della capacità di generare reddito da parte del nucleo familiare stesso. Si calcola che in Toscana ci siano circa 350 persone con diagnosi di Sla, tasso linea con quello nazionale e internazionale. Di Sla si parlerà anche il 28 settembre presso il Centro tecnico federale "L. Ridolfi" di Coverciano in un convegno dal titolo "Sla - Realtà e speranze".

CONTROCANTO

Ma il Mmg avrà bisogno di supporto

di Vittorio Boscherini *

Non credo che un medico possa rifiutarsi di partecipare a una campagna vaccinale di prevenzione di una pandemia influenzale. In particolare, il rifiuto sarebbe ancora più grave se pervenisse da parte dei professionisti che maggiormente sono in grado di individuare le

persone più a rischio a cui è destinata la vaccinazione. Il successo della gestione di questa pandemia dipenderà anche dalla capacità di tenere sotto controllo il prevedibile panico che potrebbe svilupparsi fra la popolazione che la porterebbe a

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Adolescenti, fondi alla psichiatria

La Giunta ha autorizzato l'attività di emergenza psichiatrica in adolescenza e preadolescenza, come previsto nell'accordo attuativo stipulato tra l'Ao Meyer e la Fondazione Stella Maris nel 2008, e assegna 299mila euro per l'esercizio finanziario 2009. Inoltre è stato autorizzato un ampliamento dell'attività di emergenza psichiatrica per giovani adolescenti e preadolescenti dell'area fiorentina, prevedendo la disponibilità di un posto letto per 24 ricoveri l'anno, destinando ulteriori 98 mila euro. (Delibera n. 698 del 03/08/2009)

Salute mentale, arrivano 2 milioni

La Toscana ha deciso di sostenere le iniziative di interesse regionale finalizzate alla promozione e tutela della salute mentale, stanziando 1,8 milioni. Queste risorse serviranno per attuare varie iniziative come la riqualificazione della rete dei servizi per la cura e riabilitazione delle persone affette da malattia mentale e miglioramento della qualità assistenziale; azioni dirette a migliorare lo stile di vita e a prevenire l'insorgere di malattie fisiche; progetti diretti a sperimentare medicine complementari e di discipline bionaturali. (Delibera n. 700 del 03/08/2009)

ALL'INTERNO

Rischio clinico «autogestito»

A PAG. 3

Cibo sicuro, addetti Doc

DOCUMENTO A PAG. 4-5

Clima, dottori in prima linea

A PAG. 6

PREVENZIONE Un protocollo per potenziare i progetti di Attività fisica adattata



Cronicità, sprint all'«Afa»

Saranno implementate le iniziative dedicate ad anziani e malati cronici

La Regione Toscana ha siglato un protocollo d'intesa per lo sviluppo e il miglioramento dell'organizzazione dei progetti di attività fisica adattata (Afa).

L'accordo, approvato dalla Giunta regionale con la delibera n. 459 del 3 giugno 2009 e firmato a fine luglio con i rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali, dei pensionati del lavoro autonomo e degli enti di promozione sportiva, concretizza la volontà di condividere una strategia comune per promuovere la salute delle persone adulte e anziane attraverso

un programma specifico di esercizi svolti in gruppo, capaci di migliorare lo stile di vita e di prevenire o limitare la disabilità. Infatti è stato dimostrato che la disabilità provocata da molte malattie croniche è aggravata dalla sedentarietà, che è anche causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità e che per molte malattie croniche questo processo può essere corretto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo.

Grazie all'accordo quindi i sindacati e associazioni si sono impegnati con la Regione a

promuovere, potenziare e incentivare sul territorio questi programmi, in collaborazione con le aziende sanitarie locali (Asl) e le Società della salute (Sds), le quali oltre a fissare una tariffa a carico del cittadino pari a 2 euro per ogni incontro (2,5 euro per i programmi svolti in piscina) più gli oneri assicurativi, dovrà definire, promuovere e coordinare i programmi Afa.

In ogni caso le Società della salute sono pronte a intervenire con agevolazioni in base al calcolo Isee (Indicatore di situazione economica equivalente).

Le Asl/Sds dovranno definire i programmi "Afa" e le azioni di sostegno all'accesso; promuovere i programmi coinvolgendo le istituzioni, il volonta-

riato, le risorse private operanti nel settore e le associazioni rappresentative degli utenti; definire i programmi di esercizio in accordo con gli istruttori e monitorare l'attività; istituire audit di analisi e revisione dei programmi con la partecipazione degli istruttori e dei sanitari interessati; promuovere per gli istruttori una adeguata formazione nelle procedure di manovre rianimatorie di base (basic life support - bls).

L'Afa servirà agli anziani fragili, che lamentano dolori diffusi e le conseguenze dell'osteoporosi, a chi ha gli arti inferiori menomati o ha fatto ricorso all'impianto di protesi al ginocchio e all'anca; ma servirà anche a chi è stato vittima dell'ictus, a chi è diabetico e dializzato, a chi ha subito una

mastectomia o è ammalato di Parkinson. Queste attività possono essere effettuate nelle palestre, piscine o altre strutture non sanitarie, di proprietà di privati, di istituzioni o di associazioni.

È una riconferma importante perché la Regione Toscana vuole favorire l'accesso a queste attività motorie sostenendo l'organizzazione di un sistema in grado di promuovere, indirizzare e accogliere le persone nelle strutture della comunità con vocazione ludico-sportiva rimuovendo gli ostacoli psicologici e pratici. Inoltre i programmi

Afa, elemento del Piano sanitario regionale 2008-2010 che affiancano i percorsi di salute già presenti nel territorio toscano, hanno avuto un rapido sviluppo in tutte le aziende UsI della Regione: nel passato bi-

ennio è stata promossa una sperimentazione che ha prodotto importanti risultati in termini di coinvolgimento della popolazione interessata. Infatti sono stati attivati 748 corsi, che si sono svolti in 316 sedi tra palestre e piscine e che hanno raccolto l'adesione di oltre 12.000 persone.

Roberto Tatulli

In rete istituzioni, Società della salute, privati e volontari

Tariffe agevolate sulla base del calcolo Isee

In diretta dalla ricerca

IL FITNESS CARDIORESPIRATORIO RIDUCE IL RISCHIO DI MALATTIE CARDIACHE

Il miglioramento del "fitness" cardiorespiratorio è associato a una riduzione del rischio di malattia cardiovascolare e di mortalità complessiva. Kodama S, et al. *Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. Jama 2009; 301: 2024-35.*

Alcuni articoli già pubblicati indicano la presenza di una relazione inversa tra fitness cardiorespiratorio e malattia cardiovascolare in soggetti adulti in buona salute, e pertanto gli autori di questo studio hanno valutato globalmente, attraverso una meta-analisi, la letteratura biomedica rilevante e pertinente, concentrandosi in particolare la loro attenzione sul rapporto tra fitness cardiorespiratorio, patologie cardiovascolari e mortalità totale. Il fitness cardiorespiratorio è stato valutato come la capacità aerobica massima, e i soggetti in buona salute arruolati nei diversi studi della letteratura sono stati divisi in quattro categorie sulla base della loro capacità aerobica massima, espressa in equivalenti metabolici (Met), che sono una misura del dispendio energetico umano. È stato considerato un fitness cardiorespiratorio basso quello in cui la quantità di Met era inferiore a 7,9, intermedio quello compreso

nell'intervallo 7,9-10,8 Met ed elevato quello in cui la quantità di Met era superiore o uguale a 10,9. La meta-analisi è stata condotta su 33 studi, comprendenti quasi 103.000 partecipanti e oltre 6.900 casi per la mortalità totale, e più di 84.000 partecipanti e quasi 4.500 casi per la cardiopatia ischemica e gli eventi cardiovascolari. È stato evidenziato che le persone con un fitness basso, se confrontate con i soggetti con un fitness intermedio, avevano un rapporto di rischio maggiore per la mortalità totale, e precisamente di 1,40 (p < 0,001) e di 1,47 (p < 0,001) per le patologie cardiovascolari. Le persone con un fitness basso, se confrontate con i soggetti con un fitness elevato, avevano un rapporto di rischio per la mortalità totale aumentato, esattamente di 1,70 (p < 0,001), e di 1,56 (p < 0,001) per la malattia cardiovascolare. I ricercatori giapponesi autori di questo studio concludono che i soggetti con una capacità aerobica massima uguale o superiore a 7,9 Met hanno un rischio di mortalità totale e di patologie cardiovascolari significativamente minore degli individui con una capacità aerobica massima inferiore a 7,9 Met, e più in generale questa meta-analisi ha confermato che il miglioramento del fitness cardiorespiratorio è associato a una diminuzione del rischio di mortalità totale e di patologia cardiovascolare.

NEOPLASIA MAMMARIA: QUANDO CONVIENE LA CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE

La chemioterapia adiuvante standard è risultata superiore alla capecitabina in donne anziane con neoplasia mammaria in stadio iniziale. Muss HB, et al; *Calgb Investigators. Adjuvant chemotherapy in older women with early-stage breast cancer. N Engl J Med 2009; 360: 2055-65.*

Fino ad alcuni anni fa la distribuzione dell'età e dei sessi dei soggetti arruolati negli studi clinici era non di rado sbilanciata a favore degli adulti under 65 anni e degli uomini, con conseguenti ricadute sulla generalizzabilità dei risultati alla popolazione femminile e di età avanzata. Ancora oggi i dati relativi all'impatto della chemioterapia adiuvante in soggetti anziani di sesso femminile con tumore del seno non è del tutto accurata e completa, e pertanto i ricercatori dello studio clinico Cancer and Leukemia Group B (Calgb) 49907 hanno indagato la non-inferiorità della capecitabina confrontata con la chemioterapia adiuvante standard in donne con neoplasia mammaria di almeno 65 anni. Un gruppo di donne con neoplasia mammaria in stadio I, II, IIIA, o IIIB sono state assegnate in modo randomizzato alla chemioterapia standard, composta da ciclofosfamide, metotrexate e fluorouracile o doxorubicina e ciclofosfamide o alla capecita-

bina. L'arruolamento è stato interrotto al reclutamento del 60° paziente e il parametro di valutazione principale dello studio è stata la valutazione della sopravvivenza in assenza di malattia. Dopo un periodo di osservazione di un anno il rapporto di rischio per la mortalità o la recidiva nel gruppo trattato con capecitabina è stato 2,09, con un intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1,38 e 3,17 (p < 0,001). L'analisi condotta a tre anni di distanza ha documentato che il tasso di sopravvivenza generale era dell'86% nel gruppo trattato con capecitabina e del 91% nel gruppo sottoposto a chemioterapia adiuvante standard; la sopravvivenza in assenza di recidiva era del 68% del gruppo sottoposto a capecitabina e dell'85% nell'altro gruppo. Con riferimento agli effetti tossici classificati come moderati o gravi, mentre nel gruppo trattato con capecitabina li ha presentati il 33% dei pazienti, nel gruppo trattato con chemioterapia standard la percentuale di soggetti con gli stessi effetti è stata del 64 per cento. Gli autori concludono che in questo studio la chemioterapia adiuvante standard è risultata superiore alla capecitabina in donne con neoplasia mammaria in stadio iniziale di almeno 65 anni di età.

a cura di **Gian Franco Gensini, Giuliano Mariani, Mauro Galeazzi** con la collaborazione di **Andrea Alberto Conti, Beatrice Dilaghi e Martina Minelli**

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

rivolgersi in massa alle cure ospedaliere paralizzandole. Tale panico potrà essere governato da un'efficace informazione da parte dei mass media ma soprattutto da una capillare informazione da parte dei medici e pediatri di famiglia.

Hanno fatto bene le organizzazioni sindacali dei medici e pediatri di famiglia ad accettare di essere i protagonisti di questa campagna di prevenzione, ma non sarebbe corretto sottostimare le difficoltà che avremo di fronte i prossimi mesi. Prima di tutto non sarà facile organizzare una campagna vaccinale che prevede la somministrazione di vaccino contemporaneamente a dieci persone, che richiede quindi una programmazione e un richiamo atti-

vo della popolazione, che potrà essere attuato dai medici che lavorano in gruppo o in associazione di tipo complesso - che hanno a disposizione personale di segreteria e infermieristico - ma che creerà grosse difficoltà ai medici che lavorano singolarmente. Tali medici dovranno essere supportati dalle organizzazioni proprie della medicina generale, come le cooperative, dalle organizzazioni sindacali che potranno chiedere ai tirocinanti in medicina generale di intervenire in loro sostegno, dalle associazioni del volontariato, dalle amministrazioni comunali e dalla stessa azienda sanitaria.

Non sarà facile vaccinare una popolazione attiva che lavora e che necessita di sedute vaccinali in orari che ne favoriscano l'ac-

cesso. Si tratta di una campagna vaccinale complessa che prevede due periodi vaccinali: uno a novembre e uno a gennaio, con richiamo a trenta giorni in periodi di maggiore morbilità stagionale. Questo aumenterà il già pesante carico di lavoro della medicina generale, che incrementerà anche in relazione al prevedibile aumento della domanda sia propria che indotta dai mass media. La criticità maggiore risiede nel fatto che, se la pandemia avrà dimensioni maggiori delle previsioni, anche una parte delle persone a rischio dovranno essere curate al loro domicilio e attualmente non esistono le risorse necessarie per poterlo fare.

* Segretario regionale Fimmg

Così il sistema si organizza... (segue dalla prima pagina)

tologie.

Il 15 novembre invece deve essere consegnato il vaccino pandemico: le dosi assegnate alle Regioni sono utilizzate, secondo disposizioni ministeriali, a favore del personale del servizio sanitario pubblico e privato. Altre dosi saranno utilizzate per categorie di lavoratori indispensabili, infine una buona parte serve per vaccinare soggetti con meno di 65 anni, affetti da particolari patologie (l'elenco comprende le patologie già vaccinate per la forma stagionale).

Sulla vaccinazione di gennaio mancano vere certezze e i problemi sono principalmente due. Il primo riguarda il dare informazioni esatte alla popolazione per non creare panico. Il Consiglio Sanitario ha predisposto un decalogo informativo. Il secondo è come affrontare le mi-

gliaia di ammalati e i tanti ricoveri per insufficienza respiratoria. I medici di famiglia sono abituati ad affrontare simili situazioni e disporranno di griglie cliniche di riferimento e di supporti per ottenere per tempo accertamenti utili per decidere il ricovero. Gli ospedali saranno rafforzati secondo un piano studiato dal Consiglio Sanitario e secondo le disposizioni della Regione, che ha provveduto già a censire gli strumenti necessari e acquisire quelli che potrebbero mancare, compresi i farmaci.

Insomma, tutto è in via di attuazione, speriamo di aver fatto un'esercitazione ma che la pandemia sia meno grave del previsto.

* Coordinatore osservatorio emergenza urgenza Regione Toscana

RISK MANAGEMENT Assicurazioni addio: da gennaio il contenzioso sarà a carico delle Asl

Ora il rischio è autogestito


Tra i vantaggi attesi risparmi per 35 milioni e risarcimenti più veloci

A partire da gennaio 2010 il Servizio sanitario regionale della Toscana gestirà direttamente il rischio sanitario, ridurrà i tempi di liquidazione dei risarcimenti e ridurrà così la possibilità di incorrere nei lunghi e costosi contenziosi in tribunale.

La decisione, presa dall'assessorato al Diritto alla salute della Regione Toscana, prevede la gestione diretta del rischio clinico da parte delle 16 aziende sanitarie locali con l'obiettivo di accelerare e semplificare le procedure, liberare risorse consistenti e preziose da investire nei servizi, tutelare i diritti del cittadino e la professionalità degli operatori sanitari e diminuire il numero degli errori in Sanità con un monitoraggio costante delle aree critiche.

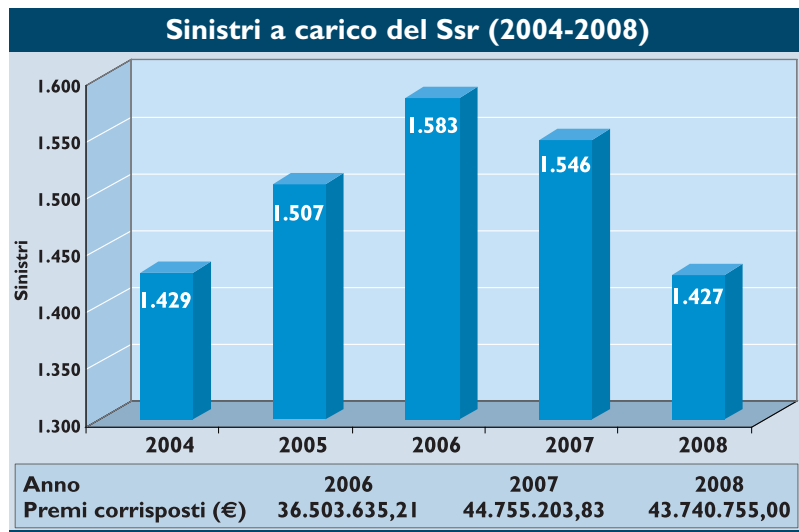
Le Asl quindi non rinnoveranno i contratti con le assicurazioni e dal primo gennaio provvederanno in proprio per la gestione del contenzioso. A breve sarà prodotto un atto generale di regolamentazione che partirà da una discussione e dal confronto con le Asl e con i sindacati dei professionisti.

La Regione Toscana è la prima in Italia a voler gestire direttamente il rischio sanitario attraverso un sistema che consentirà di risparmiare circa 30 milioni di euro, che verranno investiti nei servizi e nelle attività e nelle buone pratiche per migliorare la sicurezza dei pazienti.

Il progetto, già positivamente sperimentato all'azienda ospedaliera universitaria di Careggi, darà modo ai pazienti danneggiati di ricevere gli indennizzi molto più rapidamente - entro 6 mesi, ed entro 12 mesi nei casi più gravi - senza ricorrere a contenziosi in tribunale.

Con questo sistema sarà quindi più facile anche individuare le cause degli errori che producono conseguenze negative sui pazienti in cura e quindi decidere i correttivi opportuni. Infatti il monitoraggio che le aziende potranno realizzare sui sinistri aiuterà tutti ad affrontare le criticità, a ridurre gli eventi avversi e in sostanza a fare meno sbagli e a migliorare i servizi.

Non solo la Regione sosterrà economicamente e in maniera più vantaggiosa la gestione diretta rispetto alle con-



dizioni dettate dalle compagnie assicurative, ma tutelerà la figura del paziente danneggiato e quella del professionista. Nessun cambiamento previsto per gli operatori, che già attualmente pagano individualmente l'assicurazione per colpa grave e probabilmente vedranno ridursi il contenzioso penale. I medici che lo vorranno verseranno mensilmente un massimo di 50 euro, gli altri operatori un massimo di 5 euro trattenute dalla busta paga, come già avveniva e rispettando il contratto di lavoro. Con questo contributo sarà coperta la colpa grave dei professionisti sanitari coinvolti in un sinistro con responsabilità penale individuale.

Un passo importante, visto che il Servizio sanitario regionale spendeva per la copertura assicurativa 42 milioni di euro, a cui vanno aggiunti i costi dei pagamenti in franchigia fino a 10 milioni di euro, mentre i rimborsi per risarcimenti ai pazienti si aggirano tra i 5 e i 6 milioni all'anno, il 60% dei quali vengono erogati dopo 5 anni.

Negli ultimi anni si osserva una diminuzione costante dei sinistri - 1.583 casi nel 2006, 1.546 nel 2007 (-2,3%) e 1.427 casi nel 2008 (-7,7%) - anche se i premi corrisposti alle assicurazioni sono passati da 36,5 milioni di euro del 2006 ai 44,7 milioni del 2007 e ai 43,7 milioni di euro del 2008. In compenso a oggi i sinistri

risalenti al 2003 che sono stati liquidati sono solo il 27,3 per cento. Si tratta dunque di un costo elevato per le aziende che, pur svolgendo con buoni risultati le azioni di prevenzione dei sinistri nell'ambito delle attività di gestione del rischio clinico, non vengono valorizzate. Proprio perché le aziende e gli Estav (Enti servizi tecnico amministrativi di Area vasta) dispongono di strutture e professionalità perfettamente in grado di gestire il contenzioso è possibile, grazie a questo provvedimento, non solo risparmiare circa 35 milioni di euro l'anno nel bilancio della Sanità pubblica, ma anche accrescere la responsabilizzazione delle Asl e degli operatori sanitari con conseguenze positive nell'attività sanitaria.

Il nuovo sistema di gestione diretta è stato già sperimentato, come detto sopra, e prosegue alla Aou di Careggi, dove negli ultimi anni si è registrata una diminuzione dei sinistri, passati dai 214 del 2006 ai 202 del 2007 e infine ai 177 del 2008. In Toscana invece si registrano circa 1.400 incidenti all'anno su un volume di attività di 1 milione e 300mila visite nei pronto soccorsi; 350.000 interventi chirurgici e oltre 10 milioni di esami diagnostici effettuati, al netto degli oltre 40 milioni di esami di laboratorio.

Roberto Tatulli
CAREGGI APRIPISTA IN REGIONE

Se conciliare «aiuta»

Si può fare. Careggi lo ha dimostrato, è la prima azienda ospedaliera universitaria in Italia a sperimentare un autonomo percorso extragiudiziale per la risoluzione non contenziosa delle controversie. Il progetto è stato avviato l'anno scorso quando, su incarico della Regione, è stato istituito il sistema di gestione diretta dei sinistri.

Sono i numeri a sostenere questa scelta. A fronte di una media di circa 10 milioni di prestazioni sanitarie all'anno, i sinistri nella nostra azienda sono in diminuzione, passando dai 214 del 2006 ai 202 del 2007 e infine ai 177 del 2008.

Per quanto riguarda l'entità dei risarcimenti i fondi stanziati, al posto di premi assicurativi sproporzionati rispetto all'entità dei danni, assicurano livelli di copertura garantiti dall'azienda ben più elevati rispetto alle somme liquidate.

Careggi nel 2008 ha investito circa 6,5 milioni in polizze assicurative a fronte di 400mila euro effettivamente liquidati ai cittadini. Nel 2007 sono avvenuti 202 sinistri, di questi soltanto 11 hanno superato i 50mila euro di valore.

I vantaggi, oltre che economici sono soprattutto per i cittadini e gli operatori. Per i cittadini con risarcimenti più rapidi, senza tempi tecnici processuali o rallentamenti dovuti all'incremento dei livelli di conflittualità in corso di giudizio. Per gli operatori ci sono un contenimento complessivo del contenzioso, con una riduzione delle cause penali, oltre all'affiancamento da parte delle strutture aziendali, per tutto l'iter di gestione diretta del sinistro e successivamente, in caso di esito giudiziale, con la predisposizione di un esauriente fascicolo probatorio.

A questo si deve aggiungere un valore di natura etica che ha ispirato l'intera operazione, ossia l'esigenza, sempre più sentita dall'amministrazione sanitaria, di continuare a farsi carico del paziente anche quando il percorso di cura non ha soddisfatto le aspettative, evitando di abbandonare l'assistito in un rapporto, spesso impari, con le assicurazioni. Careggi ha deciso di affrontare questa responsabilità gestendo direttamente le conseguenze dei sinistri, lo ha potuto fare grazie alle alte professionalità che negli anni si sono formate al suo interno, professionalità a cui le stesse compagnie si riferiscono per la risoluzione delle molte complessità relative alla materia risarcitoria in ambito sanitario. Infine, le nostre esperienze e competenza devono rassicurare gli operatori sul fronte della colpa grave che continuerà a essere coperta dal sistema assicurativo nella sua dimensione di responsabilità personale.

Edoardo Majno
 Direttore generale

Beatrice Sassi

Direttore amministrativo

Azienda ospedaliera universitaria Careggi

L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA SANITARIA 6

È stata attivata dall'Asl 6 di Livorno la nuova procedura di conciliazione per la risoluzione delle controversie nel mondo della Sanità. Grazie a questo nuovo tipo di servizio gli utenti che ritengono di aver subito un danno, sia di tipo sanitario (errata terapia, ritardata diagnosi ecc.) che extra-sanitario (smarrimento protesi, cadute accidentali ecc.), dal valore stimato massimo di 50mila euro possono cercare una soluzione extragiudiziale che, garantendo imparzialità e riservatezza, assicura tempi rapidi e una liquidazione diretta, senza intermediazione.

«La conciliazione - spiega **Monica Calamai**, direttore generale dell'Asl 6 - è un servizio "pilota" che la Regione Toscana ha deciso di sperimentare a Livorno e nell'Aou

E anche Livorno sceglie la via extragiudiziale

di Careggi. È limitata per il momento alle domande di risarcimento con valore fino a 50 mila euro che sono, però, la stragrande maggioranza: in media circa l'87% delle richieste».

La conciliazione permetterà immediati vantaggi. «Con questa procedura - spiega **Luca Cei**, direttore amministrativo dell'Asl 6 - sarà possibile ridurre drasticamente i tempi di attesa per coloro che ritengono di aver subito un torto, arrivando a una risposta effettiva in pochi mesi. Si tratta, inoltre, di un procedimento semplice, che lascia facoltativo il ricorso a un legale e con costi ridotti e predeterminati. La stessa azienda avrà il vantaggio di smaltire il proprio

Periodo di riferimento	Causa della richiesta		Valore della richiesta		Tot.
	Sanitaria	Extra Sanitaria	Inferiore 50mila euro	Superiore 50mila euro	
2007	85	54	128 (92%)	11 (8%)	139
2008	102	45	124 (84%)	23 (16%)	147
2009 (I° semestre)	65	14	69 (87%)	10 (13%)	79

carico di pratiche di risarcimento pendenti evitando l'apertura di contenziosi».

La procedura, per evitare il ricorso nei casi immediatamente risolvibili, potrà essere attivata solo dopo 60 giorni dalla presentazione della domanda di risarcimento, durante i quali l'azienda si impeg-

na a dare una prima risposta e eventualmente a risarcire subito, ove ne verifichi con l'ufficio legale i presupposti (come nei casi dei danni da intubazione, spesso connessi alla pratica sanitaria in urgenza, o gli errori ammessi dagli operatori) avviando la verifica del rischio clinico per un con-

tinuo miglioramento. Solo in caso di risposta negativa o ritenuta non soddisfacente, l'utente ha l'ulteriore possibilità di rivolgersi alla segreteria del conciliatore. Al conciliatore non spetta decidere la questione, ma aiutare a trovare, nel termine indicativo di 30 giorni, un accordo transattivo che, in quanto tale, è vincolante per le parti.

Ai conciliatori, persone individuate in base a caratteristiche di neutralità, indipendenza e con esperienze in tecniche di comunicazione e mediazione, si potranno rivolgere in modo volontario tutti i cittadini. Sarà sufficiente compilare un modulo scaricabile dal sito dell'azienda (www.usl6.toscana.it) o di-

sponibile presso tutti gli uffici Urp e spedirlo per posta o consegnarlo a mano alla segreteria del Servizio di conciliazione.

«Siamo soddisfatti - prosegue Calamai - di essere stati individuati dalla Regione per la sperimentazione di questo servizio, che credo possa costituire una vera svolta nei rapporti tra aziende sanitarie e utenti. Questa procedura, infatti, permette di avvicinare l'azienda all'utente dando la possibilità alle parti di "confrontarsi" direttamente per raggiungere una soluzione che può essere trovata, nella maggior parte dei casi, in tempi rapidi e con la soddisfazione di tutti».

Pierpaolo Poggianti
 e **Franco Marianelli**
 Ufficio stampa Asl 6 Livorno

DOCUMENTI In linea con la normativa comunitaria la Regione detta i criteri minimi di auditor, ispettori ed esperti tecnici incaricati del controllo di qualità



Sicurezza alimentare, fissati i requisiti degli addetti

Direttiva in vigore entro fine 2011 - Presto una Commissione deputata alla verifica del possesso e del mantenimento degli standard

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito il testo della delibera n. 657 del 27 luglio 2009, avente a oggetto i "Requisiti per l'esercizio delle attività di auditor, ispettore ed esperto tecnico in materia di controlli ufficiali per la sicurezza alimentare" e i relativi allegati.

LA GIUNTA REGIONALE

Delibera

1. di approvare i "Requisiti per l'esercizio delle attività di auditor, ispettore, esperto tecnico - Disciplina transitoria", di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di dare atto che le attività di auditor, ispettore ed esperto tecnico sono svolte nell'ambito delle ordinarie attività istituzionali previste per il personale appartenente alle Aziende Uu.Ss.Ll. della Toscana e di altri Organismi eventualmente coinvolti nelle attività inerenti il controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare, e che, pertanto, per tali attività non sono previste indennità o compensi supplementari;
3. di individuare un periodo transitorio finalizzato al processo di acquisizione, verifica e raggiungimento dei requisiti per l'esercizio delle attività di auditor, di ispettori e di esperti tecnici, che si concluda entro e non oltre il 31/12/2011, e disciplinato nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
4. di rinviare a un successivo atto del direttore della Direzione generale del Diritto alla salute e delle politiche di solidarietà, la costituzione della Commissione regionale per la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti degli auditor, degli ispettori e degli esperti tecnici.

ALLEGATO A

REQUISITI PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ DI AUDITOR, ISPETTORE, ESPERTO TECNICO - DISCIPLINA TRANSITORIA

1. Le qualifiche degli auditor

Richiamate le disposizioni della delibera della Giunta Regionale n. 971 del 24/11/2008, al fine di garantire l'efficacia del sistema regionale di audit in conformità a quanto previsto dall'art. 4, comma 6, del Reg. (Ce) 882/2004 sono stabiliti i seguenti requisiti per l'esercizio delle attività degli auditor di seguito elencati e per mantenere il possesso dei requisiti stessi:

- A)** Auditor per gli audit dell'Autorità competente regionale verso le Autorità competenti territoriali;
- B)** Auditor per audit interni del Sistema gestione della qualità (Sgq) delle Autorità competenti regionale (Acr) e territoriale (Act);
- C)** Auditor per audit interni di supervisione delle Autorità competenti territoriali;
- D)** Auditor per audit verso gli operatori del settore alimenti e mangimi (Osa).

La costituzione, la validazione, la pubblicazione delle liste regionali per le tipologie di auditor e la relativa modulistica per accedere agli elenchi in questione è definita con apposito decreto del direttore generale della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà. Le liste sono composte dai nominativi trasmessi dai responsabili delle articolazioni organizzative che si occupano di sicurezza alimentare, di concerto con i direttori di Uo competenti, dei Dipartimenti di Prevenzione delle Act e dai responsabili dei Settori dell'Acr che si occupano di sicurezza alimentare, alla Commissione regionale per la verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti degli auditor, degli esperti tecnici e degli ispettori (vedi paragrafo 4) che deve verificare il possesso dei requisiti di base.

Le liste regionali per tipologie di auditor sono rese pubbliche in conformità ai requisiti di trasparenza di cui al punto 5.2 "Trasparenza" della decisione della Commissione n. 2006/677/Ce.

Lo schema delle informazioni da rendere disponibili è descritto nella modulistica che sarà approvata con il decreto del direttore generale della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà sopra citato.

La lista è aggiornata con frequenza annuale, entro il 31 dicembre di ogni anno, con un decreto del direttore della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà.

I.A Auditor per gli audit regionali

I.A.1 Schema requisiti per auditor regionali

TITOLO DI STUDIO MINIMO
Diploma di Istruzione secondaria superiore. (N.B.: Sono accettati tutti i titoli, corsi e diplomi europei riconosciuti equipollenti a quelli italiani, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge)

È necessario:
1) A) aver frequentato e superato gli esami:
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per auditor Uni En Iso 22000 di almeno 24 ore;
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per auditor/responsabile gruppo di audit Uni En Iso 19011 di almeno 16 ore;
oppure
B) aver frequentato e superato esami:
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per auditor Iso 9001 di almeno 24 ore;
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per auditor/responsabile gruppo di audit di almeno 16 ore Uni En Iso 19011;
- di un corso per auditor Iso 22000 di almeno 24 ore.

2) aver effettuato almeno numero 3 audit verso le Autorità competenti territoriali, che copre tutte le fasi descritte da 6.3 a 6.6 della Uni En Iso 19011/2003, in affiancamento con personale appartenente almeno a una delle seguenti categorie:
- auditor qualificato come "Auditor di sistemi di gestione Iso 22000" da parte di organismo di certificazione accreditato dal Sincert per i Sistemi di Gestione Iso 22000, oppure da parte di organismo di certificazione e qualifica del personale accreditato Uni Cei En Iso/lec 17024:2004;
- auditor qualificato come "Auditor Sgq" da parte di organismo di certificazione accreditato dal Sincert per Sgq - certificazione di sistemi di gestione per la qualità, oppure da parte di organismo di certificazione e qualifica del personale accreditato Uni Cei En Iso/lec 17024:2004;
- auditor per audit regionali appartenenti all'apposita lista regionale.
Non sono pertanto validi, ai fini della certificazione, gli audit:
- che riguardano solo il monitoraggio dell'attuazione di azioni correttive;
- eseguiti nel solo ruolo di esperto tecnico.

ESPERIENZA DI LAVORO
Almeno 3 anni di lavoro continuativo presso le autorità competenti regionali/territoriali presenti sul territorio nazionale.

CONDIZIONI PER IL MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA
È necessario documentare:
1. l'esito favorevole della valutazione effettuata nel triennio da un'apposita commissione regionale istituita con decreto del direttore generale della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà (cfr. paragrafo 4);
2. l'esecuzione di almeno due audit l'anno verso le Autorità competenti territoriali toscane in qualità di auditor appartenente all'apposita lista regionale;
3. l'aggiornamento professionale, rivolto specialmente all'identificazione delle aree di miglioramento personale e tecnico/normativo, tramite evidenze attestanti la formazione specifica, inclusa l'attività in affiancamento, effettuata per almeno 24 ore negli ultimi 3 anni.

I.A.2 Schema requisiti per responsabile gruppo di auditor regionali

TITOLO DI STUDIO MINIMO
Diploma di Istruzione secondaria superiore. (N.B.: Sono accettati tutti i titoli, corsi e diplomi europei riconosciuti equipollenti a quelli italiani, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge)

È necessario:
1) A) aver frequentato e superato gli esami:
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per auditor Uni En Iso 22000 di almeno 24 ore;
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per auditor/responsabile gruppo di audit Uni En Iso 19011 di almeno 16 ore;
oppure
B) aver frequentato e superato esami:
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per auditor Iso 9001 di almeno 24 ore;
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per auditor/responsabile gruppo di audit di almeno 16 ore Uni En Iso 19011;

2) aver effettuato almeno numero 3 audit verso le Autorità competenti territoriali, che copre tutte le fasi descritte da 6.3 a 6.6 della Uni En Iso 19011/2003, in affiancamento con personale appartenente almeno a una delle seguenti categorie:
- auditor qualificato come "Auditor di Sistemi di gestione Iso 22000" da parte di organismo di certificazione accreditato dal Sincert per i Sistemi di gestione Iso 22000, oppure da parte di organismo di certificazione e qualifica del personale accreditato Uni Cei En Iso/lec 17024:2004;
- auditor qualificato come "Auditor Sgq" da parte di organismo di certificazione accreditato dal Sincert per Sgq - certificazione di sistemi di gestione per la qualità, oppure da parte di organismo di certificazione e qualifica del personale accreditato Uni Cei En Iso/lec 17024:2004;
- auditor per audit regionali appartenenti all'apposita lista regionale.
Non sono pertanto validi, ai fini della certificazione, gli audit:
- che riguardano solo il monitoraggio dell'attuazione di azioni correttive;
- eseguiti nel solo ruolo di esperto tecnico.

ESPERIENZA DI LAVORO
Almeno 5 anni di lavoro continuativo presso le autorità competenti regionali/territoriali presenti sul territorio nazionale.

CONDIZIONI PER IL MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA
È necessario documentare:
1. l'esito favorevole della valutazione effettuata nel triennio da un'apposita commissione regionale istituita con decreto del direttore generale della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà (cfr. paragrafo 4);
2. l'esecuzione di almeno due audit l'anno verso le Autorità competenti territoriali toscane in qualità di responsabile del gruppo di auditor appartenente all'apposita lista regionale;
3. l'aggiornamento professionale, rivolto specialmente all'identificazione delle aree di miglioramento personale e tecnico/normativo, tramite evidenze attestanti la formazione specifica, inclusa l'attività in affiancamento, effettuata per almeno 24 ore negli ultimi 3 anni.

(segue da pag. 4)

I.B Auditor per audit interni del Sgq

I.B.1 Schema requisiti per auditor per audit interni del Sgq

TITOLO DI STUDIO MINIMO
Diploma di Istruzione secondaria superiore. (N.B.: Sono accettati tutti i titoli, corsi e diplomi europei riconosciuti equipollenti a quelli italiani, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge)

È necessario:
1) aver frequentato e superato l'esame di un corso per auditor interni di Sgq (della durata di almeno 16 ore);
2) aver effettuato almeno numero 1 audit interno sull'intera Norma del Sgq, che copre tutte le fasi descritte da 6.3 a 6.6 della Uni En Iso 19011/2003, anche se eseguito in tempi diversi, di una Autorità competente regionale o territoriale presente in Regione Toscana in affiancamento con personale appartenente almeno a una delle seguenti categorie:
- auditor qualificato come "Auditor Sgq" da parte di organismo di certificazione accreditato dal Sincert per Sgq - certificazione di sistemi di gestione per la qualità, oppure da parte di organismo di certificazione e qualifica del personale accreditato Uni Cei En Iso/lec 17024:2004;
- personale appartenente alla struttura aziendale delle Aziende Usl toscane che si occupa di qualità;
- auditor per audit interni del Sgq delle autorità competenti regionali e territoriali toscane appartenenti all'apposita lista regionale.

ESPERIENZA DI LAVORO
Almeno 3 anni di lavoro continuativo presso le autorità competenti regionali/territoriali presenti sul territorio nazionale.

CONDIZIONI PER IL MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA
È necessario documentare:
1. l'esito favorevole della valutazione effettuata nel triennio da un'apposita commissione regionale istituita con decreto del direttore generale della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà (cfr. paragrafo 4);
2. l'esecuzione di almeno un audit interno l'anno sul Sgq di una Autorità competente regionale o territoriale presente in Regione Toscana;
3. l'aggiornamento professionale, rivolto specialmente all'identificazione delle aree di miglioramento personale e tecnico/normativo, tramite evidenze attestanti la formazione specifica, inclusa l'attività in affiancamento, effettuata per almeno 24 ore negli ultimi 3 anni.

I.B.1 Schema requisiti per responsabile gruppo di audit interni del Sgq

TITOLO DI STUDIO MINIMO
Diploma di Istruzione secondaria superiore. (N.B.: Sono accettati tutti i titoli, corsi e diplomi europei riconosciuti equipollenti a quelli italiani, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge)

1) aver frequentato e superato l'esame di un corso qualificato o riconosciuto da Organismo accreditato dal Sincert per auditor interni di Sgq (della durata di almeno 16 ore);
2) aver effettuato almeno numero 1 audit interno sull'intera Norma del Sgq, che copre tutte le fasi descritte da 6.3 a 6.6 della Uni En Iso 19011/2003, anche se eseguito in tempi diversi, di una Autorità competente regionale o territoriale presente in Regione Toscana in affiancamento con personale appartenente almeno ad una delle seguenti categorie:
- auditor qualificato come "Auditor Sgq" da parte di organismo di certificazione accreditato dal Sincert per Sgq - certificazione di sistemi di gestione per la qualità, oppure da parte di organismo di certificazione e qualifica del personale accreditato Uni Cei En Iso/lec 17024:2004;
- personale appartenente alla struttura aziendale delle Aziende Usl toscane che si occupa di qualità;
- auditor per audit interni del Sgq delle autorità competenti regionali e territoriali toscane appartenenti all'apposita lista regionale.

ESPERIENZA DI LAVORO
Almeno 5 anni di lavoro continuativo presso le autorità competenti regionali/territoriali presenti sul territorio nazionale.

CONDIZIONI PER IL MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA
È necessario documentare:
1. l'esito favorevole della valutazione effettuata nel triennio da un'apposita commissione regionale istituita con apposito decreto del direttore generale della Direzione generale del diritto alla salute e Politiche di solidarietà (cfr. paragrafo 4);
2. l'esecuzione di almeno due audit interni l'anno sul Sgq di una Autorità competente regionale o territoriale presente in Regione Toscana in qualità di Responsabile gruppo di auditor;
3. l'aggiornamento professionale, rivolto specialmente all'identificazione delle aree di miglioramento personale e tecnico/normativo, tramite evidenze attestanti la formazione specifica, inclusa l'attività in affiancamento, effettuata per almeno 24 ore negli ultimi 3 anni.

I.C Auditor per audit interni di supervisione

I.C.1 Acquisizione qualifica e mantenimento

Gli audit interni di supervisione professionale sono svolti esclusivamente dai Direttori di Unità operativa professionali o personale da loro formalmente delegato, non sono previsti ulteriori requisiti da rispettare. I Direttori di Unità operativa sono tenuti a verificare almeno il 50% del personale a loro assegnato ogni anno in modo da verificare il 100% del personale assegnato nell'arco del biennio.

I.D Auditor per audit verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

I.D.1 Schema requisiti per auditor per audit verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

TITOLO DI STUDIO MINIMO
Diploma di Istruzione secondaria superiore. (N.B.: Sono accettati tutti i titoli, corsi e diplomi europei riconosciuti equipollenti a quelli italiani, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge)

È necessario:
1) avere conoscenze e competenze specifiche di:
- Codex Alimentarius relativo agli aspetti di sicurezza alimentare in vigore;
- Quadro normativo europeo e nazionale sulla sicurezza alimentare in vigore;
- Processi di filiera produttivi e relative problematiche sulla sicurezza alimentare;
- Valutazione delle tecniche di analisi dei pericoli;
- Tecniche e metodologie degli audit di processo e di sistemi di gestione riferiti alla sicurezza alimentare;
- Verifica dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di gestione;
- Conoscenza delle metodologie e dei processi di audit propri della Iso 19011;
- Capacità attitudinali richieste per dirigere l'audit: capacità di pianificazione, organizzazione, comunicazione e gestione, differenziate per Auditor e Lead Auditor.
(* possono essere documentate e quindi riconosciute attraverso attestati di moduli formativi specifici, esiti positivi di studi pertinenti, rilevanti qualifiche professionali.)

2) aver frequentato e superato:
A) gli esami di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per Auditor Iso 22000 di almeno 40 ore;
oppure
B) aver frequentato e superato gli esami:
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per Auditor Iso 9001 di almeno 24 ore;
- di un corso qualificato da Organismo accreditato dal Sincert per Auditor/Responsabile gruppo di audit ore Iso 19011 di almeno di 16 ore;
- di un corso per auditor Iso 22000 di almeno 24 ore.

3) aver effettuato almeno numero 3 audit su Osa, che copre tutte le fasi descritte da 6.3 a 6.6 della Uni En Iso 19011/2003, in affiancamento con personale appartenente almeno ad una delle seguenti categorie:
- Auditor qualificato come "Auditor di Sistemi di Gestione Uni En Iso 22000" da parte di organismo di certificazione accreditato dal Sincert per i Sistemi di gestione Uni En Iso 22000, oppure da parte di organismo di certificazione e qualifica del personale accreditato Uni Cei En Iso/lec 17024:2004;
- Auditor per audit verso gli operatori del settore alimenti e mangimi appartenenti all'apposita lista regionale.
Non sono pertanto validi, ai fini della certificazione, gli audit:
- che riguardano solo il monitoraggio dell'attuazione di azioni correttive;
- eseguiti nel solo ruolo di esperto tecnico.

ESPERIENZA DI LAVORO
Almeno 3 anni di lavoro continuativo presso le autorità competenti regionali/territoriali presenti sul territorio nazionale.

CONDIZIONI PER IL MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA
È necessario documentare:
1. l'esito favorevole della valutazione effettuata nel triennio da apposita commissione regionale istituita con apposito decreto del direttore generale della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà (cfr. paragrafo 4);
2. l'esecuzione di almeno tre audit l'anno verso Osa in qualità di auditor appartenente alle autorità competenti regionali/territoriali toscane;
3. l'aggiornamento professionale, rivolto specialmente all'identificazione delle aree di miglioramento personale e tecnico/normativo, tramite evidenze attestanti la formazione specifica effettuata per almeno 24 ore negli ultimi 3 anni.

I.D.2 Schema requisiti per responsabile gruppo audit per audit verso gli operatori del settore alimenti e mangimi

TITOLO DI STUDIO MINIMO
Diploma di Istruzione secondaria superiore. (N.B.: Sono accettati tutti i titoli, corsi e diplomi europei riconosciuti equipollenti a quelli italiani, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge)

È necessario:
1) avere conoscenze e competenze specifiche di:
- Codex Alimentarius relativo agli aspetti di sicurezza alimentare in vigore;
- Quadro normativo europeo e nazionale sulla sicurezza alimentare in vigore;
- Processi di filiera produttivi e relative problematiche sulla sicurezza alimentare;
- Valutazione delle tecniche di analisi dei pericoli;
- Verifica dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di gestione;
- Conoscenza delle metodologie e dei processi di audit propri della Iso 19011;
- Capacità attitudinali richieste per dirigere l'audit: capacità di pianificazione, organizzazione, comunicazione e gestione, differenziate per Auditor e Lead Auditor.
(* possono essere documentate e quindi riconosciute attraverso attestati di moduli formativi specifici, esiti positivi di studi pertinenti, rilevanti qualifiche professionali.)

2) aver frequentato e superato:
A) gli esami di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per Auditor Iso 22000 di almeno 40 ore;
oppure
B) aver frequentato e superato gli esami:
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per Auditor Iso 9001 di almeno 24 ore;
- di un corso qualificato da organismo accreditato dal Sincert per Auditor/Responsabile gruppo di audit ore Iso 19011 di almeno di 16 ore;
- di un corso per auditor Iso 22000 di almeno 24 ore.

3) aver effettuato almeno numero 3 audit su Osa, che copre tutte le fasi descritte da 6.3 a 6.6 della Uni En Iso 19011/2003, in affiancamento con personale appartenente almeno ad una delle seguenti categorie:
- Auditor qualificato come "Auditor di Sistemi di gestione Uni En Iso 22000" da parte di organismo di certificazione accreditato dal Sincert per i Sistemi di gestione Uni En Iso 22000, oppure da parte di organismo di certificazione e qualifica del personale accreditato Uni Cei En Iso/lec 17024:2004;
- Auditor per audit verso gli operatori del settore alimenti e mangimi appartenenti all'apposita lista regionale.
Non sono pertanto validi, ai fini della certificazione, gli audit:
- che riguardano solo il monitoraggio dell'attuazione di azioni correttive;
- eseguiti nel solo ruolo di esperto tecnico.

ESPERIENZA DI LAVORO
Almeno 5 anni di lavoro continuativo presso le Autorità competenti regionali/territoriali presenti sul territorio nazionale.

CONDIZIONI PER IL MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA
È necessario documentare:
1. l'esito favorevole della valutazione effettuata nel triennio da apposita commissione regionale istituita con apposito decreto del direttore generale della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà (cfr. paragrafo 4);
2. l'esecuzione di almeno tre audit l'anno verso Osa in qualità di responsabile gruppo di audit appartenente alle autorità competenti regionali/territoriali toscane;
3. l'aggiornamento professionale, rivolto specialmente all'identificazione delle aree di miglioramento personale e tecnico/normativo, tramite evidenze attestanti la formazione specifica effettuata per almeno 24 ore negli ultimi 3 anni.

Sanità Toscana
direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turro
comitato scientifico
Aldo Ancona, Susanna Cressati, Sabina Nuti, Daniele Pugliese, Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 34 del 15-21/9/09 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

(continua a pag. 5)

AMBIENTE

Dall'Isde un workshop per formare e sensibilizzare i camici bianchi



Clima, medici in prima linea

Gli operatori si preparano ad affrontare gli effetti dei cambiamenti

Accrescere il livello di conoscenza-coscienza-azione dei medici sulle tematiche ambientali, individuare il contributo degli indirizzi internazionali, nazionali e regionali alla promozione della salute globale, della qualità dell'ambiente e della stabilizzazione del clima. Queste le finalità del workshop rivolto prevalentemente ai referenti Ambiente e Salute degli Ordini dei medici italiani e ai referenti dell'Associazione medici per l'ambiente - Isde Italia che si è svolto il 4 settembre 2009 a Firenze, e di cui presentiamo in pagina alcuni contributi.

L'iniziativa - che ha voluto offrire strumenti didattico-formativi per la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione, aggiornamento e formazione correlate nel contesto della collaborazione tra Fnomc e Isde, coinvolgendo gli Ordini dei medici provinciali e le sezioni Isde - è stata promossa dalla Scuola internazionale ambiente salute e sviluppo sostenibile (Siass) a cui aderiscono l'Agenzia regionale di Sanità Toscana (Ars), Arpat, Isde e la Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), con il supporto economico anche della Regione Toscana.

Il laboratorio formativo è stato l'occasione per il lancio di una ulteriore importante azione: la presentazione e diffusione dell'«Appello dei medici, ricercatori e scienziati italiani per il controllo dei cambiamenti climatici» (che può essere visionato sul sito www.isde.it e sottoscritto inviando una e-mail a climaesalute@libero.it).

I medici, i ricercatori e gli scienziati italiani,

Co-benefici per la salute delle strategie di mitigazione climatica

	Uso del combustibile fossile	Preservare le foreste	Isole di calore urbane	Design urbano sostenibile	Migliorare i trasporti pubblici
Malattie cardiovascolari	++		+++	+++	++
Malattie respiratorie	+++	+	++	+++	++
Malattie legate all'obesità				+++	++
Salute mentale		++		+++	++
Malattie infettive	++	+++		+	

N.B.: +++ forte evidenza; ++ discreta evidenza, + evidenza relativa

preoccupati degli effetti che i cambiamenti climatici hanno sulla salute globale e l'ambiente, per le presenti generazioni e per le future, si appellano ai Governi del mondo perché mettano in atto una procedura che obblighi a limitare le emissioni di gas serra. Tutti gli operatori sanitari sono chiamati a controllare e ridurre le loro emissioni e a invitare le istituzioni sanitarie ad adottare pratiche sostenibili, gli istituti di ricerca dovranno investire risorse per individuare il modo più efficace per ridurre le emissioni di carbonio ed è necessario combattere le malattie per salvaguardare la vita e la salute delle persone, sia attraverso le cure sia attraverso la prevenzione: questo è

il compito della classe medica la quale dovrà sensibilizzare sull'entità del problema e persuadere che qualcosa si può fare sia a livello individuale che collettivo, a livello nazionale e internazionale.

Se la Sanità deve esercitare il suo ruolo primario, dovrà però lavorare con altri settori quali energia, trasporto, industria e agricoltura per stimolare misure di controllo delle emissioni a beneficio della salute. Dovrà informare il pubblico e tenerlo al corrente delle misure per evitare il rischio di malattie. Dovrà imparare a collaborare con i climatologi, i progettisti urbani per preparare le comunità e le città ad affrontare le crescenti

minacce del clima che cambia. La Sanità pubblica, sulla base dei principi di precauzione e di responsabilità, dovrebbe dare priorità alle cause delle malattie e alla tutela della salute, mirando a prevenire gli effetti avversi.

Oggi la crisi finanziaria sembra la principale emergenza che il pianeta si trova ad affrontare, ma da questa ci si può riprendere. Potrebbe invece non essere rimediabile l'emergenza ambientale e climatica perché il mutamento del clima avrà effetti diretti e indiretti sulla salute umana e animale. Tra i rischi principali vi sono gli effetti di fenomeni meteorologici estremi e l'aumento delle malattie infettive. I cambiamenti climatici faranno aumentare anche il rischio di carestie; il numero di persone in più a rischio potrebbe raggiungere svariate centinaia di milioni. I rischi per la produzione alimentare potrebbero diventare un problema in alcune regioni europee, visto che probabilmente le ondate di calore, la siccità e i parassiti tenderanno a far aumentare l'incidenza dei cattivi raccolti.

La Terra ha "la febbre" e gli "esami dell'aria" sono sempre più alterati. Se non riduciamo le emissioni di gas serra entro la fine del XXI secolo la terra potrebbe riscaldarsi fra 1.8°C e 4°C. L'Ue ritiene che se il riscaldamento supererà i 2°C il processo sarà catastrofico per l'Europa.

Roberto Romizi
Presidente Isde Italia
Coordinatore della Siass

CALDO&MORTALITÀ

Ondate di calore: le incognite minano la prevenzione

La ricerca nell'ambito degli effetti sulla salute delle ondate di calore e dell'efficacia dei programmi di prevenzione ha subito una brusca accelerazione dopo che, in seguito alla persistenza di alte temperature nell'estate del 2003, si sono registrati in tutto il nostro emisfero eccessi di mortalità stagionale. Dagli studi disponibili in letteratura si osserva che in occasione di ondate di calore eccezionale si verificano eccessi di mortalità, non spiegabili come semplice effetto del caso o di alcuni fattori di confondimento noti. Inoltre, studi effettuati in occasione dell'ondata di calore del 2003 in Europa sembrano escludere l'ipotesi che l'"effetto harvesting" (un termine che indica che l'effetto consiste nella anticipazione di decessi che sarebbero comunque avvenuti nel breve periodo) possa spiegare gli eccessi di mortalità riscontrati, se non in misura del tutto limitata.

L'identificazione dei fattori di protezione e di rischio, parallelamente all'implementazione di sistemi per l'allerta meteo, ha permesso agli organi di Sanità pubblica di attivare interventi di prevenzione mirati sia alla popolazione generale, con interventi di

educazione e informazione tempestiva tramite i mass-media, che alla popolazione più fragile, tramite interventi di sorveglianza attiva avviati in concomitanza con il presentarsi di eventi climatici estremi.

Tuttavia l'efficacia di tali azioni di prevenzione è difficile da dimostrare, sia per lo sviluppo relativamente recente che per le difficoltà riscontrate nella conduzione di studi su larga scala. Le metodologie solitamente adottate negli studi in questo ambito non consentono infatti una misurazione puntuale né dell'esposizione al calore né degli esiti in termini di salute. Nonostante le difficoltà espone l'Agenzia regionale di Sanità della Toscana sta comunque tentando una valutazione dell'efficacia dei piani di prevenzioni attuati dopo il 2003, attraverso uno studio che miri a verificare se ci siano state variazioni negli effetti di mortalità conseguente alle ondate di calore. I risultati di tali analisi saranno disponibili entro l'autunno.

Francesco Cipriani
Agenzia regionale di Sanità della Toscana

MONDO&BENESSERE

Per la salute globale va vinta la sfida dell'equità

Dagli anni '80 le istituzioni finanziarie internazionali hanno abbracciato una strategia economica che mette in primo piano il ruolo del mercato nel conseguire una più grande integrazione economica globale costringendo i Governi dei Paesi poveri a dirottare i finanziamenti pubblici dalla Sanità, dall'istruzione e dallo sviluppo sostenibile. Inoltre il fenomeno dell'urbanizzazione degli ultimi decenni ha imposto significativi costi sulla popolazione e sull'ambiente, accompagnato da un aumento nella prevalenza di diabete, malattie cardiocircolatorie, obesità, malattie mentali, abuso di alcol e sostanze, violenza, malattie che sono più comuni tra le popolazioni di basso status sociale. Incidenti stradali e inquinamento dovuto al traffico sono causa di migliaia di morti e di invalidità e il miliardo circa di persone che vivono negli slum delle grandi città sono un ideale terreno di coltura per le malattie infettive.

Le conseguenze si vedono anche nell'equità della salute e dell'alimentazione: la fame interessa oltre 850 milioni di persone nel mondo ma contemporaneamente l'eccesso di consumi di cibi ad alto contenuto calorico, causa della crescente prevalenza dell'obesità, si verifica particolarmente proprio nei gruppi più poveri della popolazione. La natura del sistema alimentare contribuisce alle iniquità nell'accesso al cibo. Poiché il costo dei generi alimentari è in continua crescita tutti, tranne i più ricchi, ne risentono gli effetti. Se è vero che le politiche nazionali e internazionali dominanti hanno prodotto negli ultimi decenni una serie di effetti negativi di inaudita portata sul benessere e sulla salute degli esseri umani e sulle condizioni del pianeta, c'è la necessità di riorientare queste politiche alla luce delle nuove conoscenze sulle cause sociali delle disuguaglianze nella salute e dei cambiamenti climatici. E ci sarà un effetto sinergico nel porre nella stessa agenda queste tre grandi battaglie a favore del genere umano: conseguire l'equità nella salute globale, eradicare la povertà, stabilizzare il clima.

Gavino Maciocco
Dipartimento di sanità pubblica, Università di Firenze

ORGANIZZAZIONE/ 1

Sistemi sanitari al test: collaborare è necessario

L'ultimo decennio ha visto un'impennata decisiva del dibattito sul cambiamento climatico. Le evidenze dell'Ipcc (Intergovernmental Panel on Climate Change) ci hanno raggiunto sistematicamente a partire dall'inizio del secolo e non hanno lasciato più spazio al dubbio: il cambiamento climatico sta accadendo. Le 70mila morti dell'ondata di calore dell'estate 2003 ne sono state il primo esempio allarmante.

Se gli andamenti odierni continueranno, i nostri nipoti moriranno di più per ondate di calore, alluvioni e siccità; per malattie infettive dovute alle alterazioni nella distribuzione geografica dei vettori; per malnutrizione e malattie legate ad acqua e cibo; e per la frequenza di patologie cardiovascolari e respiratorie dovute all'inquinamento atmosferico più diffuso e persistente. L'Italia non fa eccezione. Per ogni grado di aumento della temperatura si calcola una media del 3% di aumento della mortalità nelle città; si rafforza la possibilità di espansione di malattie come la leishmaniosi; e si prevedono più morti e disabili per inondazioni e frane.

Nell'anticipare e prevenire nuovi danni alla salute causati dal clima, ha un ruolo chiave il settore sanitario che deve stabilire collaborazioni efficienti con altri settori e con la popolazione tutta. Lo sviluppo di sistemi d'allerta precoci per gli eventi estremi, insieme a piani di emergenza efficaci, e a una sistematica raccolta e disseminazione delle informazioni ai cittadini hanno già contribuito alla riduzione delle malattie nei Paesi che li hanno adottati. Dopo anni di ricerca, abbiamo un maggiore e più affidabile insieme di conoscenze che devono supportare le scelte politiche post-Kyoto. Salute ed equità devono costituire il perno centrale. Non a caso "clima e salute" sarà per la prima volta al centro dei futuri impegni dei ministri europei che si riuniranno a Parma il 10-12 marzo 2010 in occasione della quinta conferenza ministeriale ambiente e salute sul tema «proteggere la salute dei bambini in un ambiente che cambia».

Bettina Menne, Cristiana Salvi
Oms Ufficio regionale per l'Europa

ORGANIZZAZIONE/ 2

Un manuale segnala i fattori ambientali su cui agire

Sforzo dell'Oms e delle organizzazioni internazionali degli ultimi anni è stato quello di porre l'attenzione sulle disuguaglianze presenti e di indicare a tutti gli attori la strada per migliorare sia l'aspettativa di vita che la sua qualità. Molti di questi temi vengono affrontati nel testo dell'Oms «Prevenire le malattie attraverso un ambiente più salubre. Verso la stima del carico ambientale di malattia» (l'edizione italiana è stata curata da Arpat e Isde). Per capire quante malattie possono essere prevenute attraverso una migliore gestione dell'ambiente l'Oms ha sviluppato un progetto, in cui sono state sintetizzate le evidenze scientifiche disponibili e sono stati consultati oltre 100 esperti, chiedendo loro di stimare quale fosse il contributo dei fattori di rischio ambientale a carico di 85 patologie.

In questo rapporto si trovano i risultati, globali e per regione Oms (Americhe, Africa sub-sahariana, Sud-Est Asiatico, Europa, Mediterraneo orientale, Pacifico occidentale), e quelli specifici per i bambini. L'approccio di studio privilegiato nel libro è verso i fattori ambientali estesamente intesi, comprensivi, ad

esempio, dei fattori occupazionali, e sugli interventi disponibili per modificarli. Esistono però anche altri fattori ambientali di malattia che, pur non essendo facilmente modificabili ed eliminabili, stanno assumendo una importanza sempre maggiore anche nel nostro Paese, come i pollini e le spore fungine aerodispersi e i cambiamenti climatici.

Arpat e Isde hanno trovato in questo libro una prima risposta alla domanda che gli stessi professionisti con cui lavoriamo, sanitari e non, spesso pongono: quanto incide l'ambiente sulla salute? Si tratta anche di un punto di partenza per approfondimenti locali, in parte già avviati grazie alla collaborazione di altre istituzioni, come l'Agenzia regionale di sanità (Ars) per rendere sempre più integrato il lavoro di quanti operano nel campo della salute e dell'ambiente, inteso nella sua complessità, in senso quindi ecologico, sociale e culturale.

Danila Scala
Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (Arpat)

LUCCA

Cinque presentazioni dell'Asl 2 al congresso europeo di Barcellona

Cardiologia, ricerca al top



Valutati con ecocardiogrammi 10mila pazienti affetti da malattia coronarica

Con un record di 33mila partecipanti provenienti dalle cardiologie di tutto il mondo si è appena concluso a Barcellona il congresso annuale della Società europea di cardiologia, che si è tenuto dal 28 agosto al 2 settembre 2009. Anche quest'anno si è registrata un'importante affermazione dalla cardiologia lucchese, grazie ai risultati conseguiti nella ricerca. Si tratta di un riconoscimento per l'attività svolta da medici e infermieri del reparto diretto da Francesco Bovenzi e da tutta l'Asl 2 di Lucca.

Cinque le presentazioni discusse da Lauro Cortigiani, protagonista delle giornate, e soltanto poche

università italiane hanno fatto di più. Tra queste presentazioni una è stata apprezzata in maniera particolare, perché svolta su un'ampia casistica fatta di oltre 10mila pazienti con ipertensione arteriosa e malattia coronarica valutati con ecocardiografia. Questo lavoro è stato inserito nella top ten delle dieci migliori presentazioni di imaging del congresso, meritando dunque una citazione in plenaria come una delle più interessanti ricerche cliniche ospedaliere.

Ma non basta, perché la cardiologia di Lucca ha contribuito anche allo studio internazionale "Current-Oasis 7" i cui risultati erano molto attesi dalla comunità scientifica internazionale. Lo studio ha testato dosi

differenti di farmaci antiaggreganti piastinici nel controllo della malattia coronarica acuta. Lucca è stato uno dei centri italiani più efficienti nel collaborare a una buona analisi dei dati che hanno testato dosaggi più elevati di aspirina somministrata insieme a dosaggi standard o alti del farmaco clopidogrel in quei pazienti con sindrome coronarica acuta se indirizzati alla rivascolarizzazione con angioplastica coronarica.

Solo nella città di Lucca si ricoverano in cardiologia oltre 500 pazienti l'anno affetti da tali problematiche. L'aumento della sopravvivenza e il miglioramento della qualità della vita per tali patologie spesso drammatiche, con molte vite risparmiate nella nostra

realtà territoriale, sono legati alla buona organizzazione e al continuo riferimento e rispetto delle evidenze scientifiche da parte dei medici lucchesi nell'assistenza in terapia intensiva e in reparto.

La costante partecipazione attiva, con ricerche cliniche presentate in vetrine di grande rilevanza internazionale, rappresenta un'ulteriore conferma del livello di efficacia raggiunto dalla cardiologia dell'Asl 2, ormai punto di riferimento e modello assistenziale per molte realtà nazionali.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

LIVORNO

Elisoccorso e norme anti-sisma: lavori in corso a Portoferraio

Partiti i lavori per l'adeguamento antisismico e la realizzazione della piattaforma per l'elisoccorso all'ospedale di Portoferraio.

Per quanto riguarda l'adeguamento antisismico è prevista un'azione di rinforzamento per numerosi pilastri della struttura. Per adesso i lavori sono partiti dal seminterrato e si estenderanno progressivamente anche agli altri piani dell'edificio. Il tempo stimato per la conclusione dell'intervento è di circa 12 mesi durante i quali, pur con qualche disagio per le attività dell'ospedale, sarà sempre garantita la continuità di tutte le prestazioni offerte.

In particolare saranno volta per volta segnalati i cambiamenti relativi sia al traffico dei veicoli al di fuori della struttura sia i percorsi dei pazienti all'interno del palazzo. La conclusione degli interventi porterà al completo adeguamento antisismico previsto dalle attuali norme per le strutture pubbliche.

Al via anche i lavori per la realizzazione della piattaforma per l'elisoccorso sul tetto dell'ospedale. Alla conclusione, prevista per la fine del prossimo anno, la nuova struttura po-

trà essere attivata su tutte le 24 ore con abilitazione, quindi, anche per il volo notturno riducendo in maniera drastica i tempi di spostamento sul territorio per le urgenze. La futura piazzola per l'elicottero sarà poi collegata al pronto soccorso grazie anche a un nuovo ascensore in corso di realizzazione. Questo permetterà di trasportare pazienti e operatori sanitari non solo ai vari piani della struttura, ma anche direttamente sul tetto dell'ospedale. Questo nuovo ascensore sarà collegato ai locali del pronto soccorso attraverso un nuovo tragitto (By pass) che permetterà di ridurre i tempi di percorrenza.

Hanno preso il via anche i lavori per la ristrutturazione dei locali destinati alla dialisi che porteranno a un incremento della capienza da 9 a 14 posti letto. Fino al termine dei lavori, previsto per gennaio 2010, il centro prelievi sarà spostato di pochi metri andando ad occupare quello che è stato, fino a pochi giorni fa, l'ambulatorio dell'otorino a sua volta trasferito al quarto piano.

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

Partita anche la ristrutturazione dei locali per la dialisi

PISA

Per la qualità della vita dei disabili «stimolazione basale» in corsia

L'Asl 5 di Pisa ha organizzato un corso di formazione per migliorare la qualità della vita dei disabili gravi. L'iniziativa coinvolge l'équipe multiprofessionale che ha in carico il soggetto con grave disabilità, in particolar modo i fisioterapisti e neuropsicomotricisti dell'età evolutiva i logopedisti, educatori professionali, estendendo l'accesso ad alcune figure mediche specialistiche (neuropsichiatria infantile, fisiatra, psicologo).

L'Asl 5 di Pisa forma i propri operatori perché sviluppino competenze di «stimolazione basale» per migliorare la qualità della vita dei disabili gravi e, quindi, riuscire ad apprezzare le situazioni di estrema gravità, dove

le comuni metodiche riabilitative non consentono di avere risultati significativi. Da un'analisi della domanda riabilitativa in carico presso l'Unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza, emerge un dato fortemente rappresentato da disabilità gravi e medio gravi per le quali è necessario diversificare l'intervento in termini quantitativi e qualitativi e cioè ricerca di metodologie di approccio riabilitative innovative, capaci di incidere favorevolmente sulla qualità di vita del soggetto disabile compromesso.

Un corso di formazione per tutta l'équipe

Attualmente le strutture sanitarie hanno in carico circa 20 persone affette da grave disabilità. Il percorso formativo è mirato a fornire agli operatori uno strumento adeguato per rispondere a questa tipologia di domanda. La stimolazione basale, creata negli anni 70 da Andrea Frohlich, è un metodo rivolto a bambini/adolescenti/adulti con disabilità gravi e gravissime. Attraverso l'utilizzo di diverse posture stabilizzanti di benessere psico-fisico si ottimizza l'apertura del soggetto verso il mondo esterno permettendogli di vivere e percepirsi come un individuo attivo nel suo ambiente, anche se in maniera limitata. La principale proposta della stimolazione basale è l'esperienza corporea attraverso la stimolazione vestibolare (sperimentare il movimento), stimolazione somatica (esperienza tattile attraverso la pelle), stimolazione vibratoria (esperienza di percezione del proprio corpo) e aiuta a cambiare la caotica sovrabbondanza di stimoli permettendo al bambino di avvicinarsi al mondo come struttura più comprensibile e con minore paura.

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

AREZZO

Tecnologie, comfort e nuovi servizi: il distretto di Bibbiena si rifa il look

Nuovo look, ma anche nuove dotazioni tecnologiche, più comfort ed efficienza, per la sede del distretto socio-sanitario di Bibbiena. Quella della Colombaia negli ultimi due anni è stata oggetto di una serie di interventi grazie a investimenti fatti nel biennio 2008/2009: quasi 450mila euro - in parte già spesi, altri in corso di utilizzo - reperiti grazie a una sinergia e all'unità di intenti di più amministrazioni. Risorse proprie della Asl e della Società della salute, ma anche attingimento dai fondi per la montagna.

Le risorse sono state investite in parte per l'acquisto di tecnologie sanitarie e in parte per manutenzioni straordinarie e l'adeguamento impiantistico alle nuove norme sulla sicurezza, ma anche per la realizzazione del Consultorio unico e la ristrutturazione di una parte del vecchio ospedale per l'accreditamento strutturale del SerT.

Nei locali del distretto sanitario sono stati ristrutturati l'ingresso e i locali del Cup (nuove porte e accessi), realizzati due spogliatoi per gli infermieri, il nuovo deposito farmaci per l'assistenza domiciliare, sostituiti gli infissi, sistemata la pavimentazione dei corridoi e ritinteggiato

il piano terra. Sono stati acquistati nuovi arredi per le sale di attesa, predisposta la nuova cartellonistica, adeguato l'impianto elettrico. È stata completata l'informaticizzazione del Centro vaccinale e riorganizzata la zona parcheggio (con due zone separate per utenti e auto di servizio aziendale, due posti per portatori di handicap, due posti "rosa" per donne in gravidanza). Di prossima realizzazione, un bagno per disabili al piano terra e il risanamento della zona ambulatorio al piano interrato.

Sul fronte delle tecnologie, di particolare rilievo l'acquisto di un nuovo "riunito" (la poltrona dotata di tutta la tecnologia) per l'odontoiatria e altre attrezzature per il laboratorio odontotecnico (vaporizzatore e muffole), due oftalmometri per l'ambulatorio oculistico, uno spirometro portatile per la broncopneumologia territoriale, un pulsio-ossimetro palmare con allarmi, un elettrocardiografo a sei canali per l'ambulatorio di cardiologia, un apparecchio di laser terapia per il servizio di fisioterapia.

Pier Luigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

Nel 2008-2009 sono stati investiti 450mila euro

IN BREVE

▼ GROSSETO

L'Unità funzionale salute mentale adulti dell'Asl 12 di Viareggio ha lanciato un nuovo progetto per i malati psichiatrici in carico al servizio. «Liberi Tutti» mira alla riabilitazione di pazienti psichiatrici gravi attraverso la barca a vela, uno sport che può anche essere definito una vera palestra di vita. Con la navigazione si vuole favorire il recupero di abilità sociali, relazionali e il rispetto delle regole tramite la condivisione di un luogo e di un'azione comune. Saranno previste uscite in mare settimanali, allenamenti, partecipazione a vacanze in barca e a regate. I futuri regatanti saranno accompagnati e seguiti da skipper volontari e dagli infermieri e medici del Servizio territoriale di salute mentale.

▼ EMPOLI

Nel 2008 sono state oltre 700 le ispezioni effettuate dall'Asl 11 sulle aziende del territorio che operano nella filiera alimentare, mentre per il 2009 sono state programmate 670 ispezioni e 6 audit. A integrazione delle attività ispettive l'Asl 11 sta sperimentando dal 2009 la tecnica di «audit interno di supervisione» finalizzata a garantire la massima uniformità dei controlli, dalla preparazione alla gestione dei risultati. L'audit interno di supervisione, effettuato dai direttori delle Unità operative del settore alimenti e veterinaria dell'Asl, intende verificare che le ispezioni siano eseguite in modo efficace, che siano idonee a conseguire gli obiettivi stabiliti dalla legge e che siano conformi ai piani nazionali e regionali.

▼ AREZZO

Ormai è appurato: anche il gioco lecito (slotmachine, gratta-e-vinci, superenalotto ecc.) può portare alla dipendenza. Dal 12 settembre sono ripresi gli incontri e i corsi, presso l'ospedale San Donato di Arezzo, per i gruppi di giocatori e i loro familiari. Gli incontri, che il SerT di Arezzo promuove dal 2006, si sono rivelati particolarmente utili nel favorire un confronto su queste nuove forme di dipendenza senza sostanze, che hanno a che fare con comportamenti spesso socialmente incentivati. La richiesta di aiuto al servizio è effettuata nel 75,5% dei casi da un familiare, l'età media di inizio del gioco problematico è di 36 anni, mentre l'età media di accesso al SerT è di 42: il giocatore arriva al Servizio quando i danni sono già ingenti.

CALENDARIO



FIRENZE/ 1

Il 18 e 19 settembre presso l'Auditorium Folco Portinari di Firenze si terrà, nell'ambito delle Giornate mediche di Santa Maria Nuova, il convegno «L'ospedale dei fiorentini». Tra i temi urgenza, percorsi gestionali, preparazione alla chirurgia e miglioramento dell'outcome, rischio emorragico, patologia cardiovascolare e territorio.



FIRENZE/ 2

«Malattie rare: le necessità e le richieste delle associazioni per una migliore qualità della vita» è il titolo del 3° convegno regionale del Forum delle associazioni delle malattie rare che si terrà presso la Villa Ce.S.I. Dell'Impruneta a Firenze. Obiettivo: creare un proficuo confronto tra medici, istituzioni e pazienti. Per info: 0503152110, info@rtmr.it



FIRENZE/ 3

Presso l'Auditorium del Consiglio Regionale a Firenze si terrà il convegno «Le medicine complementari nel servizio sanitario toscano: l'omeopatia». L'incontro, organizzato dalla Regione Toscana, è dedicato alla medicina omeopatica, la cura complementare più utilizzata. Per info: 055.6461317, 3356721437, www.firenzeconvegni.it



Regione Toscana
 Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Province della Toscana



Pegaso, sistema **ecologico!**



Un solo abbonamento per autobus e treno,
 meno auto, meno inquinamento.
 Pegaso ama l'ambiente e rispetta la natura!

Numero Verde
800-570530

cos'è Pegasocard

È la carta di accesso al sistema Integrato Pegaso, che unisce il trasporto con bus urbano, autobus extraurbano e treno in un unico abbonamento annuale o mensile.

La card si acquista una sola volta, ha un costo di 6 Euro e ti permette di viaggiare ad un prezzo ridotto rispetto alla somma dei singoli abbonamenti utilizzati.

come funziona Pegasocard

Al momento della richiesta della card, si sceglie il percorso che si copre abitualmente.

Pegasocard è nominale, è valida in tutta la Toscana e va esibita unitamente all'abbonamento scelto.

dove trovi Pegasocard

Presso le principali biglietterie ferroviarie, le sedi centrali delle Aziende di trasporto e gli esercizi convenzionati che espongono il marchio **Pegasocard**.