

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. 40
anno XII del 27 ott.-2 nov. 2009
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

**Per il medico
vaccinarsi
è un dovere**

di Mauro Ruggeri *

La comparsa di un nuovo virus influenzale che ha già assunto una diffusione pandemica costituisce un preminente problema sanitario e sociale per l'intera popolazione mondiale e in particolare mette a dura prova l'efficienza dei sistemi sanitari.

Il nuovo virus A/H1N1v risulta essere caratterizzato da una bassa letalità ma da un'alta trasmissibilità: questo potrà determinare un elevato numero di casi specialmente nella popolazione giovanile del tutto sprovvista di immunità specifica. La vaccinazione rappresenta certamente lo strumento più efficace per il contrasto della pandemia.

Il vaccino a disposizione, ottenuto dal ceppo A/California/7/2009 H1N1v, contiene 7,5 microgrammi di emoaagglutinina e MF59 come adiuvante. Il suo profilo di sicurezza è riportato come sovrapponibile a quello del vaccino stagionale adiuvato con MF59, favorevolmente utilizzato ormai da molti anni. La protezione dell'integrità del sistema sanitario costituisce l'obiettivo prioritario fornito dall'Organizzazione mondiale della Sanità ai Paesi per il disegno della strategia vaccinale.

Coerentemente a questo, in Italia la vaccinazione contro l'influenza A/H1N1v è offerta prioritariamente al persona-

CONTINUA A PAG. 2

PREVENZIONE La strategia regionale per contrastare l'ondata di nuova influenza

Pandemia, tutte le risposte

Tra le misure più posti letto, organici potenziati e corsi di formazione

La Regione Toscana ha predisposto un insieme articolato di misure che mirano a contrastare in modo comprensivo la pandemia influenzale, integrando il Piano pandemico regionale del dicembre 2008 e i Piani pandemici aziendali messi a punto durante la scorsa estate. Con l'approvazione della delibera n. 828 del 21 settembre 2009 si sono delineate le azioni chiave previste che riguardano prevenzione e controllo dell'infezione, trattamento e assistenza dei casi, mantenimento dei servizi sanitari essenziali, formazione degli operatori, informazione alla popolazione, monitoraggio delle azioni pianificate.

L'attuazione della misura preventiva per eccellenza, la vaccinazione, viene assegnata ai distretti e ai servizi di igiene pubblica delle Asl relativamente all'immunizzazione di personale sanitario e di servizi essenziali, e a medici e pediatri di famiglia per i soggetti a rischio di complicanze. L'indicazione è di effettuare vaccinazione pandemica e stagionale in tempi separati (anche se la somministrazione simultanea è possibile), richiedendo ai medici di famiglia di effettuare la sorveglianza degli eventuali eventi avversi e fornire un consuntivo dell'attività svolta. Gli stessi medici sono impegnati nella prima linea di trattamento dei pazienti per non sovraccaricare i pronto soccorso, e dovranno garantire tumi in grado di coprire anche i giorni festivi. Per facilitare la valutazione delle situazioni in cui è richiesto il ricovero dei pazienti, è fornita una semplice tabella per la valutazione di parametri vitali con relativo punteggio («modified early warning score»), il cui utilizzo deve comunque tenere conto delle eventuali patologie pre-esistenti.

È previsto il potenziamento delle risorse per far fronte alle complicanze respiratorie, mediante acquisto di duecento ventilatori polmonari, otto dispositivi Ecmo («Extra corporeal membrane oxygenation»), monitor multiparametrici e pulsossimetri da fornire agli ospedali regionali, per una spesa complessiva di tre milioni.

Virus AH1N1

come proteggerti e come non diffonderlo



È un'influenza. Rivolgiti al tuo medico.

Per tranquillizzare i cittadini, senza sottovalutare il problema, la Regione Toscana - che ha già attrezzato i servizi sanitari per fronteggiare un'eventuale epidemia - ha distribuito nelle sedi sanitarie e nei luoghi pubblici più di un milione di brochure in italiano e 200 mila in varie lingue, con consigli su come difendersi dall'influenza AH1N1.

All'interno della brochure, di cui in questa pagina riproduciamo la copertina, dal titolo «Virus AH1N1. Come proteggerti e come non diffonderlo» sono presenti validi consigli per capire cos'è l'influenza pandemica e come prevenirla.

Diviso in varie sezioni, il vademecum ha lo scopo di spiegare a tutta la popolazione toscana - per questo l'importante scelta di distribuirle in più lingue - cos'è, come si trasmette, come proteggersi, quali sono i sintomi, cosa fare e cosa non fare e come la Toscana si è già organizzata. Viene ribadito l'importante comportamento da attuare in caso di contagio, come restare a casa e telefonare al medico o al pediatra di famiglia e, una volta guarito, attendere almeno 24 ore prima di tornare alla normale attività, ma soprattutto non andare immediatamente al pronto soccorso e non assumere farmaci antivirali di propria iniziativa. La brochure inoltre ricorda che il virus AH1N1 provoca una sintomatologia simile alla comune influenza stagionale, però con alta contagiosità, e che quindi può causare complicazioni, in particolare respiratorie.

Gli stessi ospedali dovranno garantire l'aumento temporaneo del 15% dei posti letto a media intensità di cura attualmente disponibili per far fronte al prevedibile aumento delle richieste di ricovero, consentendo al contempo di non modificare l'attività programmata. La numerosità del personale sanitario può essere incrementata tramite contratti a termine e richiamo di personale esperto in pensione. Particolare attenzione è posta alla formazione degli operatori sanitari, con contributi per corsi "a cascata" in tutte le aziende sanitarie, che devono ricalcare i contenuti forniti nel corso regionale di formazione tenutosi il 4 settembre scorso. Altrettanta importanza viene attribuita alla comunicazione alla popolazione, anche attraverso la predisposizione di materiale informativo di immediata comprensibilità, contenente le istruzioni comportamentali per limitare il contagio, sia stampato e già disponibile per tutte le aziende sanitarie in diverse lingue, sia mediante pagine web del sito regionale (www.regione.toscana.it/influenza). È previsto il potenziamento della rete di sorveglianza epidemiologica (mediante medici sentinella) e virologica (tramite 3 laboratori di riferimento regionali), e l'attivazione della sorveglianza sindromica presso i principali pronto soccorso. Sono avviate collaborazioni tra centri dove viene garantita assistenza ventilatoria avanzata e centri dove è possibile integrare l'assistenza ventilatoria avanzata con metodiche non ventilatorie di trattamento della sindrome da distress respiratorio.

La speranza che la pandemia influenzale non si manifesti in modo grave è concreta, ma la macchina organizzativa è giustamente pensata per far fronte a una vera emergenza.

Paolo Bonanni

Professore ordinario di Igiene
Università di Firenze

Componente commissione regionale per le vaccinazioni - Regione Toscana

TESTO ALLE PAG. 4, 5 E 6

CONTROCANTO

Perché il dottore "snobba" il siero

di Eugenio Serravalle *

Molti medici, primi destinatari del siero contro l'influenza A/H1N1, non vogliono vaccinarsi. Il 50% a Hong Kong (BMJ 2009;339:b3391), il 60% in Francia, come in Italia, secondo il sondaggio eseguito all'Ospedale San Carlo di Milano («Corriere della Sera» 13/10/2009).

In Spagna i medici han-

no espresso la loro contrarietà in un documento congiunto pubblicato su oltre 30 blog sanitari («El Pais» 3/9/2009).

Tra le motivazioni, il bisogno di maggiori certezze su efficacia e sicurezza delle vaccinazioni e sulla stessa patologia. Questa

CONTINUA A PAG. 2

Lettere...

L'appello dell'assessore

Caro dottore,

il servizio sanitario della Toscana è chiamato ad affrontare un problema che potrebbe generare situazioni di difficoltà: la diffusione della nuova influenza AH1N1.

Siamo consapevoli del clima di allarme che si è instaurato tra la gente e della necessità di mettere in atto tutte le azioni che potranno farci superare positivamente la sfida. Stiamo organizzando una campagna di vaccinazione senza precedenti, che coinvolgerà larga parte della popolazione toscana. Le direttive ministeriali individuano nel personale sanitario e socio-sanitario la prima categoria alla quale offrire la vaccinazione antinfluenzale.

Rivolgo personalmente e caldamente a tutti gli operatori sanitari l'appello a vaccinarsi.

In tema di prevenzione la Toscana è considerata un esempio a livello nazionale anche per aver sviluppato negli anni un atteggiamento positivo e propositivo sulla vaccinazione. Mantenersi sempre aggiornati, valutare le nuove possibilità, offrire gratuitamente quanto ritenuto necessario: questi gli orientamenti che ci hanno guidato.

È giusto quindi che gli operatori sanitari, nel caso di un'emergenza pandemica, assumano comportamenti adeguati per farvi fronte.

Vaccinarsi è un atto di amore e di rispetto nei confronti di se stessi e dei cittadini e il miglior modo per affrontare serenamente il lavoro che ci attende.

Enrico Rossi

Assessore Diritto alla salute Regione Toscana

ALL'INTERNO

Lavoro sicuro, misure extra

A PAG. 2

Cantieri aperti a Cisanello

A PAG. 3

Livorno, robot «farmacista»

A PAG. 7

MODELLI

Approvato dalla Giunta il piano straordinario per rafforzare le tutele



Lavoro, obiettivo sicurezza

Sprint a corsi di formazione, assistenza e promozione del benessere

Potenziare la funzione di informazione e assistenza nell'ambito del lavoro. È l'obiettivo della Regione Toscana che, con la delibera n. 803 del 14 settembre 2009 prevede la realizzazione di un "Piano straordinario della formazione per la sicurezza", stilato con l'intento di migliorare la qualità e la sicurezza del lavoro e, di conseguenza, il benessere e la salute nei luoghi di lavoro. Il piano è in linea con la strategia presentata dalla Commissione europea nel febbraio 2007 - Migliorare la qualità e la produttività sul luogo del lavoro: la strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro - che propone un mutamento del comportamento dei lavoratori attraverso un approccio orientato alla salute da parte dei datori di lavoro, e che invita gli Stati membri dell'Ue a integrare nei programmi di istruzione e formazione i temi della salute e della sicurezza.

Stanziate 3mila euro per addestrare categorie ad hoc

Una buona salute sul luogo di lavoro, infatti, permette di migliorare sia la Sanità pubblica in senso lato, riducendo la spesa sociale, che la produttività e la competitività delle imprese. Garantire condizioni di lavoro gradevoli e salutari, quindi, ha effetti positivi non soltanto per i lavoratori, ma anche per tutta la società. La strategia di intervento proposta risulta essere rilevante perché coinvolge vari soggetti e implica delle politiche regionali che valorizzeranno gli apporti interni ed esterni al Sistema sanitario regionale come l'intervento attivo delle forze sociali più rappresentative del mondo del lavoro, dei datori di lavoro e dei lavoratori, la promozione della responsabilità sociale dell'impresa, della certificazione etica, del benessere organizzativo sul lavoro e dei

sistemi aziendali di gestione della sicurezza.

La Regione Toscana infatti si propone innanzitutto di creare e diffondere una cultura della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e di promuovere il benessere dei lavoratori favorendo l'acquisizione di una maggiore consapevolezza dei problemi legati a questo ambito, e tramite l'estensione della formazione in materia di sicurezza a tutte le scuole e il sostenimento di processi di innovazione e ricerca orientati verso il miglioramento tecnologico e l'adeguamento di strutture e attrezzature per garantire la sicurezza dei lavoratori. La formazione sarà focalizzata sull'attuale normativa legata alla sicurezza sul lavoro, dopodiché ogni singolo settore si occuperà dei rischi e delle procedure di sicurezza e igiene specifici del comparto cui appartiene.

Nei corsi, di varia durata, sarà presente un responsabile coordinatore dell'intervento formativo, e al termine di ciascun percorso formativo verrà rilasciato ai partecipanti un documento attestante la formazione svolta. La formazione è destinata a lavoratori stranieri e lavoratori con meno di 2 anni di esperienza nell'esercizio delle proprie mansioni o attività; a lavoratori stagionali del settore agricolo; ai datori di lavoro delle piccole medie imprese, piccoli imprenditori e lavoratori autonomi; rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza e tutti coloro che lavorano nel mondo della scuola.

I fondi per l'attuazione di questo piano formativo saranno stanziati dal ministero del Lavoro e delle Politiche e dalla Regione Toscana, per un totale di circa 3mila euro, di cui il 30% fornito dalla Regione.

Alessandra Modica

In diretta dalla ricerca

SCOZIA, ALLARME CARDIOPATIA ISCHEMICA NEI GRUPPI PIÙ GIOVANI E MENO BENESTANTI DELLA POPOLAZIONE

In Scozia la mortalità prematura da cardiopatia ischemica, maggiore nei gruppi meno benestanti, contribuisce in modo marcato alle ineguaglianze sociali e la non riduzione della mortalità da cardiopatia ischemica negli ultimi venti anni nella popolazione più giovane e meno benestante costituisce un segnale di allarme da non sottovalutare (O'Flaherty M. et al. Coronary heart disease mortality among young adults in Scotland in relation to social inequalities: time trend study. BMJ 2009; 339: b2613).

■ Anche nel Regno Unito come nel resto del mondo, dove ogni anno muoiono oltre 15 milioni di individui di cardiopatia ischemica, questa malattia è il primo determinante di mortalità, e la mortalità da cause cardiovascolari è particolarmente elevata in Scozia. Dal momento che le tendenze dei fattori di rischio cardiovascolare maggiori si stanno modificando, e che tali fattori di rischio sono strettamente associati con il quadro socio-economico, gli Autori di questo studio hanno esaminato in modo sistematico le tendenze recenti dei fattori di rischio e le variazioni socio-economiche nella mortalità da cardiopatia ischemica. Con riferimento al periodo 1986-2006 sono stati studiati donne e uomini scozzesi di almeno 35 anni in termini di mortalità cardiovascolare collegata al profilo socio-economico. Sono state riscontrate differenze di sei volte a sfavore dei gruppi meno benestanti, nella mortalità da cardiopatia ischemica tra i gruppi più benestanti e quelli meno benestanti di età compresa tra 35 e 44 anni. Tali differenze si riducevano con l'aumentare dell'età. Nel periodo considerato la mortalità da cardiopatia ischemica aggiustata per l'età si è ridotta del 56% tra le donne e del 61% tra gli uomini, mentre la mortalità da cardiopatia ischemica si è mantenuta costante dal 1994 in poi tra le donne di 35-44 anni e i maschi giovani. La mancata riduzione della mortalità da cardiopatia ischemica nelle donne e negli uomini più giovani è appannaggio degli strati della popolazione meno benestanti.

Dal momento che la spiegazione più appropriata delle ineguaglianze socio-economiche è da ricercarsi, in questo contesto, nelle tendenze non favorevoli nei fattori di rischio cardiovascolari maggiori (e non, per esempio, nel peggioramento della qualità del trattamento medico della cardiopatia ischemica), l'educazione alla prevenzione della popolazione, e in particolare dei gruppi meno abbienti, dovrebbe diventare sempre più un obiettivo chiave della Sanità pubblica.

INGHILTERRA, ASPETTATIVA DI VITA RIDOTTA NEI PAZIENTI CON FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Ridotta l'aspettativa di vita nei pazienti con fattori di rischio cardiovascolare in Inghilterra. (Robert Clarke, Jonathan Emberson, Astrid Fletcher, Elizabeth Breeze, Michael Marmot, Martin J Shipley, Life expectancy in relation to cardiovascular risk factors: 38 year follow-up of 19 000 men in the Whitehall study. BMJ 2009).

■ La mortalità cardiovascolare in Inghilterra è diminuita in relazione alla riduzione della prevalenza dei tre principali fattori

di rischio cardiovascolare (fumo di sigaretta, ipertensione arteriosa e dislipidemia) e al miglioramento del trattamento dei pazienti con malattie cardiovascolari. Lo studio Whitehall ha arruolato 19.019 uomini del servizio civile inglese che avevano fra i 40 e i 69 anni quando hanno fatto la prima valutazione nel 1967-1970 (nel momento in cui in Inghilterra si registrava il picco dell'epidemia della malattia cardiovascolare). Questo ampio studio condotto a Londra in modo prospettico ha seguito per 38 anni i pazienti, dei quali nel 1997 13.501 erano morti e 4.811 sono stati rivalutati. Gli scopi dello studio erano confrontare l'andamento della mortalità vascolare e non vascolare nello studio Whitehall con quello della popolazione inglese; stimare l'aspettativa di vita all'età di 50 anni in Inghilterra in relazione alle singole misure basali dei tre principali fattori di rischio (fumo, ipertensione arteriosa, e colesterolemia), soli e in combinazione e stimare l'aspettativa di vita in relazione a una più accurata caratterizzazione dei fattori di rischio cardiovascolari includendo oltre ai tre principali fattori di rischio il diabete, l'indice di massa corporea e il grado di occupazione.

All'ingresso nello studio il 42% degli uomini erano fumatori, il 39% erano ipertesi, e il 51% avevano ipercolesterolemia. Alla rivalutazione nel 1997 fra i 7.044 uomini che completavano i questionari, 7, il 13% erano fumatori e il 58% erano ex fumatori, e la maggior parte aveva smesso dopo poco l'ingresso nello studio. Degli uomini che fumavano nel 1967-1970 solo il 29% continuava a fumare alla rivalutazione (oltre i 2/3 aveva smesso). La differenza fra livelli medi di pressione sistolica per gli uomini con pressione arteriosa basale "elevata" (≥ 140 mm Hg) o "bassa" si riduceva di oltre i 2/3 (30,6 v 8,3 mm Hg) fra il 1967-1970 e il 1997. La stessa cosa vale per la differenza di livelli medi fra "elevato" (≥ 5 mmol/l) e "basso" livello di colesterolemia (1,86 v 0,49 mmol/l) nel periodo di tempo in esame. La mortalità vascolare aumentava progressivamente con l'aumentare del numero dei fattori di rischio se confrontata con gli uomini senza fattori di rischio. Infatti in confronto agli uomini senza fattori di rischio (17%) gli uomini con tutti e tre i fattori di rischio (8,3%) nel 1967-1970 avevano una mortalità vascolare tre volte più elevata e una mortalità non vascolare due volte più elevata; l'aspettativa di vita a 50 anni si riduceva di circa 10 anni (23,7 v 33,3 anni). Se confrontati con gli uomini nel gruppo con punteggio di rischio cardiovascolare più basso (fumo, diabete, grado di occupazione e livelli pressori e colesterolemici e indice di massa corporea) quelli con rischio più elevato avevano un'aspettativa di vita dai 50 anni minore di 15 anni (20,2 v 35,4 anni). Dopo circa 40 anni di follow-up per mortalità causa specifica, lo studio Whitehall fornisce una rara opportunità per valutare l'impatto delle differenze dei fattori di rischio cardiovascolari sull'aspettativa di vita.

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)

ha rivelato un indice di letalità inferiore all'influenza stagionale, anche se occorrono più informazioni sulle rare forme respiratorie gravi segnalate in soggetti sani e in giovane età, sulle discrepanze dei dati epidemiologici (differenti rapporti morbilità/mortalità anche in Paesi con condizioni sanitarie simili), sulla diffusione del virus in un periodo climatico inusuale. Non esistono strumenti e modelli teorici per prevedere se il virus rimarrà tale o cambierà (per mutazione o per riassortimento con altri virus) diventando più aggressivo. Forse solo una trasformazione dell'intero assetto/network genomico (evento del tutto imprevedibile) può renderlo realmente pandemico-pericoloso. In questo nuovo contesto, i vaccini

mirati all'attuale AH1N1 potrebbero non essere utili. Di più: qualsiasi pressione selettiva (sia farmacologica che di immunoprofilassi) può costituire uno stimolo alla mutazione virale. I dati sull'efficacia dei vaccini non sono noti.

L'Emea ha autorizzato la commercializzazione di due vaccini con adiuvanti e un terzo che ne è privo. L'autorizzazione è stata rilasciata in «circostanze eccezionali», mutuando i dati relativi ai vaccini antinfluenzali stagionali prodotti dalle medesime case farmaceutiche. Ma l'antigene, derivato dal virus, è diverso: è come autorizzare un nuovo farmaco in base a studi eseguiti su un altro della stessa categoria, ma con un principio attivo diverso. La presenza di adiuvanti di recente introduzione

pone altri dubbi. L'Fda americana, a differenza dell'Emea, non ne ha finora autorizzato l'uso.

I dubbi sulla sicurezza a distanza degli adiuvanti vengono sollevati da diversi autori (Drug Discovery Today 2009; 14: 541-551, Fda meeting December 2008, BioPharm International, August 2007) non essendo esclusa la loro attività nell'induzione di risposte auto-immuni. La stessa Oms dichiara che la sicurezza di alcuni vaccini pandemici allestiti con nuove tecnologie non è stata valutata estesamente su alcuni gruppi di popolazione, come i bambini (http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_vaccine_20090713/en/).

* Pediatra

Per il medico vaccinarsi... (segue dalla prima pagina)

le sanitario ed è, parimenti a quella stagionale, fortemente raccomandata a ogni medico. Tuttavia il tasso di copertura per la vaccinazione annuale contro l'influenza stagionale nel personale sanitario non supera il 10% e da un recente sondaggio condotto dalla Fimmg su un campione di 2.158 medici emerge che solo il 32,9% dichiara di volersi vaccinare contro l'influenza stagionale e quella da AH1N1v. Ma sono proprio i medici che per primi hanno il compito di garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini; dovranno somministrare innumerevoli dosi di vaccino e prendersi cura di molte persone influenzate.

Come potranno i medici curare adeguatamente i propri pazienti e come potranno evitare di

diventare loro stessi fonte di contagio se si ammalano d'influenza perché non vaccinati? Inoltre, come potranno consigliare efficacemente la vaccinazione ai pazienti se loro stessi non si vaccineranno? Quale risposta coerente potranno fornire al paziente indeciso che domanderà «ma lei dottore si vaccina», se non quella «io mi sono già vaccinato»? Pertanto, vaccinarsi per ogni medico diviene non solo un efficace strumento di protezione individuale, ma anche, una coerente azione di buona pratica professionale e un preciso dovere deontologico al quale difficilmente potrà sottrarsi.

* Medico di Medicina generale
Commissione vaccini
Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Conto alla rovescia per il nuovo ospedale: il Santa Chiara trasloca

Grandi manovre a Cisanello



La direzione si è già trasferita: entro fine anno toccherà a dieci reparti

Il conto alla rovescia è iniziato. L'ospedale di Cisanello, quello che un tempo era un sanatorio nella campagna che lambisce le sponde dell'Arno, sarà tra cinque anni uno dei più grandi ospedali europei. Il 21 settembre si è trasferita anche la direzione aziendale, e il cuore dell'ospedale ha cominciato a battere lontano dall'antico cortile degli spedalinghi, che lo ha ospitato per secoli, a un passo dalla Torre. Il destino di quel cortile e di tutto il vecchio ospedale lo scriverà David Copperfield, l'architetto inglese, che ha vinto il concorso internazionale di idee e che attende di completare l'iter autorizzativo del piano di recupero per partire nella riprogettazione di un'area che diventerà fondamentale per lo sviluppo, anche economico, della città. Intanto a Cisanello i lavori vanno avanti.

Tra pochi mesi sarà inaugurato il nuovo Dea che si aggiungerà al cosiddetto "Primo potenziamento", la cui piena operatività verrà raggiunta a cavallo della fine dell'anno con i trasferimenti di altri dieci reparti ospedalieri dal vecchio Santa Chiara: otorinolaringoiatria I, II e otorino-foniatra, oculistica e chirurgia oftalmica, urologia I e II, chirurgia generale II e IV, anestesia e rianimazione IV. Questi reparti vanno a sommarsi ad altri edifici di recente costruzione: endocrinologia, dipartimento cardiotoracico, malattie infettive e libera professione.

Tutte queste nuove sezioni dell'ospedale sono state progettate individuando e rispettando percorsi di continuità e intensità di cure tra gli edifici tra loro adiacenti, in modo da ottimizzare gli spazi, ridurre al minimo gli spostamenti esterni dei pazienti e garantire la massima flessibilità e integrazione d'uso di blocchi operatori, terapie intensive, posti letto ordinari, professionisti e



Tra pochi mesi debutterà il Dea: emergenza a tutta tecnologia

Entro pochi mesi un pezzo fondamentale del vecchio Santa Chiara si sposterà a Cisanello. Si tratta del Dea - Dipartimento di emergenza-accettazione - che ospiterà il pronto soccorso, il pronto soccorso ortopedico, la medicina d'urgenza ospedaliera, la chirurgia generale e d'urgenza universitaria, la radiodiagnostica del pronto soccorso, l'anestesia e rianimazione, la neuroradiologia e la neurochirurgia I e II.

Con questo trasferimento, che si completerà nei primi mesi del 2010, quasi due terzi dell'ospedale saranno a Cisanello (circa mille posti letto su 1.500 totali). La spesa per i lavori strutturali è di circa 28 milioni, e particolarmente significativo è l'investimento dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana - circa dieci milioni di euro - nelle attrezzature tecnologiche. Nel nuovo edificio - che occupa una volumetria complessiva di circa 24mila metri quadrati, disposti su quattro piani, di cui uno seminterrato - troveranno spazio due risonanze magnetiche ad alto campo più una a basso campo e tre Tac (di cui due a 64 slice e una a 40 slice). Ci sarà poi la radiologia convenzionale (quattro apparecchi per le lastre, compreso quello per i codici rossi nella

shock room), una sala angiografica con angiografo digitale, quattro sale ecografiche con quattro ecografi nuovi, una Tac portatile per i ricoverati delle terapie intensive, oltre a numerosi apparecchi per le radiografie ai letti degli ammalati, più un apparecchio con valenza angiografica a uso della sala operatoria, per attività di tipo interventistico.

I posti letto totali saranno circa 110, con otto sale operatorie, una shock room e la discharge-room, uno spazio adibito all'accoglienza dei pazienti. Sempre al pronto soccorso ci saranno due punti triage, quello per l'accesso dei pazienti più gravi, barellati, e quello per i pazienti deambulanti. Particolare attenzione è stata posta sulle vie d'accesso: il pronto soccorso, assieme agli altri nuovi reparti, convoglierà una parte del traffico verso i quartieri nord-est della città. È quindi in corso di realizzazione una strada di accesso che dal Ponte alle Bocchette - per chi giunge da Cascina e Pontedera - porti all'ingresso del nuovo pronto soccorso, mentre è già presente l'elicottero, costruito sul tetto dell'edificio e progettato per essere utilizzato sia dall'elicottero Pegaso, della Regione Toscana, sia da mezzi più pesanti, come quelli militari.

discipline. Ai trasferimenti dal vecchio Santa Chiara si aggiungono quello - terminato nell'agosto del 2007 - delle unità operative di ortopedia, chirurgia della mano e riabilitazione, trasferite da Calambrone, sulla costa, e quello - portato a termine nel gennaio del 2008 - della libera profes-

sione, in precedenza ospitata al Parlascio, nel quartiere di Porta a Lucca.

L'investimento economico necessario a realizzare un'opera di questa portata è notevole: l'importo complessivo, sommate le somme già investite, sarà di circa 500 milioni di euro. Tale cifra ha ovviamente

reso necessario il contributo della Regione Toscana. La Giunta regionale - con una delibera dell'agosto 2008 - ha incrementato di 400 milioni di euro il "fondo di rotazione" per il periodo 2010-2015. Tale fondo va ad aggiungersi ai 30 milioni già stanziati dal 2004 annualmente dalla Giun-

ta regionale, ed è finalizzato al reperimento delle risorse necessarie per finanziare i programmi di investimento previsti dagli accordi di programma, ottenendo così in anticipo le risorse che deriveranno dalle dismissioni immobiliari.

Il "fondo di rotazione" prevede infatti che l'azienda resti-

tuisca la liquidità acquisita senza aggravio - almeno nel primo triennio - di interessi. Nel frattempo saranno costruiti la Piastra diagnostica, che ospiterà i laboratori, il "Secondo potenziamento", il polo didattico, che comprenderà anche l'intera facoltà di Medicina e chirurgia, oltre ai servizi necessari per le migliaia di persone che quotidianamente lavoreranno e visiteranno l'ospedale. Una massa critica che di fatto sposta il baricentro della città e che ha reso necessaria la costruzione di infrastrutture che possano sostenere un cambiamento di tale portata.

Sono stati progettati, e in parte già realizzati, nuovi collegamenti viari, assieme a una rimodulazione del trasporto pubblico e la realizzazione di nuovi parcheggi a ridosso della cittadella ospedaliera. Al momento vi sono circa 1.800 posti auto, di cui oltre 1.100 gratuiti, e quando le infrastrutture viarie saranno terminate, nel 2011, i posti saranno almeno 4.000, di cui ben oltre la metà gratuiti, con la possibilità di ampliare ulteriormente l'offerta grazie a un migliaio di parcheggi ricavati con i cosiddetti "fast park" a due piani.

L'obiettivo dichiarato è quello di ottenere un ospedale ad alta specializzazione ma anche ad alto standard di sostenibilità ecologica, al cui interno la mobilità sia garantita da mezzi elettrici e biciclette. Di particolare interesse l'operazione "ultimo miglio", elaborata dall'AouP e dal Comune di Pisa, che prevede il trasporto gratuito di chi sale sugli autobus nei pressi dei parcheggi scambiatori. Tutto ciò finché non saranno attivati tutti i parcheggi previsti dal piano di mobilità, serviti anche da navette che circoleranno a ciclo continuo.

Andrea Zanotto
Ufficio stampa Aou Pisa

PARLA IL DIRETTORE GENERALE DELL'AOU PISANA

La sfida: interpretare il cambiamento

Progettare e costruire un nuovo ospedale è cosa difficile in sé ma anche affascinante, perché pone la grande sfida della interpretazione dei nuovi modelli di cura e di assistenza che si affermeranno nel medio-lungo periodo, tempo che normalmente corrisponde alla sommatoria dei tempi della progettazione e della costruzione, normalmente fra i quattro e gli otto anni. Si tratta dunque di una sfida che punta a evitare che il nuovo ospedale non sia già più in linea con le conoscenze e le nuove necessità operative che nel frattempo si saranno affermate.

La difficoltà è concreta vista la velocità con cui, negli ultimi anni, si stanno affermando nella pratica quotidiana le novità tecnologiche che rende necessario pensare gli spazi e il layout distributivo delle varie funzioni, per garantirsi sempre la possi-

bilità di poter avere delle vie di ampliamento per quelle funzioni caratterizzate dalla presenza di alta tecnologia o di un loro possibile sviluppo. Il discorso si fa ancora più difficile se pensiamo a un ospedale che svolge anche funzioni di formazione, insegnamento e ricerca, come tipicamente si realizza nelle aziende ospedaliere universitarie.

Se caliamo questo scenario nel complesso ospedaliero universitario di Pisa l'asticella della difficoltà si innalza ancora di più perché sono presenti due presidi ospedalieri, quello storico di Santa Chiara e quello più recente, di Cisanello, che svolgono funzioni e hanno natura e vocazioni diverse e destinate a cambiare. Al momento attuale, dei 1.500 posti

letto complessivi, circa un terzo è presente a Cisanello e due terzi a Santa Chiara. Abbiamo detto impegno difficile ma anche affascinante perché la responsabilità di garantire un ospedale funzionale, efficace ed efficiente è presente in tutto il personale dell'azienda, circa 5mila persone, tutte fortemente orgogliose del proprio ospedale.

Tutto questo porta a una ovvia ma non scontata riflessione: nel momento della progettazione è necessario avere le idee molto chiare sui modelli organizzativi che si vorranno utilizzare in futuro, sui modelli anche di insegnamento, di ricerca e di formazione che sono in continua evoluzione. Solo la condivisione di nuovi modelli teorici basati sull'in-

tensità di cura, sulle logiche lean e su quelle dell'Operation Management - che verranno tradotti in spazi di degenza o ambulatoriali, in impianti tecnologici, in percorsi, in aree di attesa, in infrastrutture di mobilità - garantisce sul grande rischio delle opere pubbliche e, in particolare degli ospedali: quello dei tempi di costruzione, che spesso trasformano un bellissimo progetto in una scadente realizzazione, proprio in virtù di un adeguamento in corso del progetto primario rispetto alle necessità emergenti che non sono state adeguatamente previste.

Diventa quindi prioritario concentrarsi sulla preparazione e traduzione operativa delle funzioni in forma di progetto esecutivo e sul fattore

tempo: due aspetti strettamente correlati che si potenziano a vicenda.

Una grande sfida anche culturale perché tutti i professionisti sono chiamati a un confronto sul funzionamento dell'intero ospedale e non solo della loro singola struttura. Un momento importante per capire cosa chiede l'ospedale per poter funzionare al meglio, per non andare incontro al peggiore spreco cui le nostre strutture possono andare oggi incontro e con cui purtroppo sembriamo confrontarci ogni giorno: il paradosso dell'insormontabile opportunità data dalla ricchezza dei tanti professionisti e delle loro professionalità e dalla straordinaria ricchezza tecnologica presente dentro questi complessi.

Carlo Tomassini
Direttore generale Aou Pisa

DOCUMENTI

Aggiornata la strategia per minimizzare i rischi di trasmissione, ridurre l'impatto della pandemia sui servizi e monitorare l'efficacia delle misure



Nuova influenza, ecco le linee regionali d'intervento

Aziende sanitarie e operatori mobilitati su vaccinazione, informazione, potenziamento di posti letto e continuità assistenziale

IL TESTO DELLA DELIBERA

Pubblichiamo il testo della delibera n. 828 del 21 settembre scorso, dal titolo "Rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v: specifiche linee di intervento a integrazione del Piano pandemico regionale approvato con Dgr 1198/2008".

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare il "Piano operativo regionale di preparazione e risposta al rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v" allegato sotto la lettera A al presente provvedimento, quale sua parte integrante e sostanziale;

2. di impegnare le Aziende sanitarie toscane a dare operatività alle disposizioni contenute nell'allegato A realizzando le azioni previste con le modalità e i tempi di attuazione richiesti;

3. di prenotare:

- sul capitolo n. 26131 del bilancio gestionale del corrente anno la somma di euro 60.000,00 per la realizzazione del percorso formativo e comunicativo delle Aziende sanitarie;
- sul capitolo n. 26166 del bilancio gestionale del corrente anno la somma di euro 45.000,00 per lo svolgimento delle attività di sorveglianza virologica dei laboratori regionali di riferimento;
- sul capitolo n. 24047 del bilancio gestionale 2009 la somma di euro 3.000.000,00 per l'acquisto di dispositivi per le complicanze respiratorie;

4. di prendere atto che è in corso un apposito accordo con i Mmgs e i pediatri di famiglia per la definizione delle modalità organizzative per la continuità assistenziale nei giorni festivi e prefestivi del periodo pandemico e che pertanto la quantificazione della relativa spesa dovrà essere oggetto di un prossimo atto deliberativo;

5. di stabilire che le ulteriori spese per emergenza pandemia sono da riconsidersi nell'ambito delle risorse assegnate ordinariamente alle Aziende sanitarie a risorse complessive invariate;

6. di stabilire che il documento "Piano operativo regionale di preparazione e risposta al rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v", allegato "A" alla presente deliberazione, è suscettibile di periodiche revisioni in relazione al mutamento della situazione epidemiologica.

ALLEGATO A

Piano operativo regionale di preparazione e risposta al rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v

1. Premessa

Il presente documento ha lo scopo di integrare le Linee di indirizzo della Regione Toscana per la gestione della emergenza pandemica influenzale approvate con Dgr 1198/2008 mediante il quale la Regione Toscana intende, nel quadro dell'Accordo di Conferenza Stato-Regioni del 9/2/2006 (rep. 2479) con cui è stato approvato il Piano nazionale pandemico, affrontare il rischio di pandemia da influenza umana da virus A/H1N1v.

I dati di partenza e i criteri di valutazione sono desunti dalla letteratura scientifica internazionale, dalle indicazioni operative del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (di seguito chiamato solo Ministero), dagli studi predisposti e dal monitoraggio attuato dalle strutture tecniche della Direzione generale Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà della Regione Toscana.

Il Piano operativo regionale si sviluppa in coerenza con gli scenari evolutivi possibili della pandemia influenzale; ciascuno scenario contiene specifiche fasi operative; ogni fase operativa si caratterizza per specifici obiettivi e azioni conseguenti.

Il previsto outbreak del nuovo virus influenzale A/H1N1v in Italia è ancora agli stadi iniziali; i casi registrati nell'emisfero meridionale (in particolare Argentina e Australia) permettono, a oggi, di affermare che l'impatto e la severità dell'influenza umana da virus A/H1N1v sembrano sovrapponibili a una normale influenza stagionale, per quanto con alcune peculiarità epidemiologiche quali la rapida diffusione nelle popolazioni non immunizzate e la particolare incidenza nelle coorti di soggetti più giovani.

L'esperienza dei Paesi temperati dell'emisfero meridionale, utile anche per l'Europa, indica che, se anche l'impatto sui servizi essenziali nei Paesi efficacemente preparati è stata contenuta, la pressione su alcuni servizi sanitari, soprattutto ospedalieri, è stata notevole.

Il principio ispiratore del Piano operativo regionale è l'assunto che emergenze globali quali la pandemia influenzale richiedono risposte coordinate e omnicomprensive, dove il momento di pianificazione deve essere condiviso dai responsabili delle decisioni e il momento dell'azione deve essere conosciuto prima del verificarsi dell'evento in modo che ognuno sia in grado di "giocare" il suo ruolo e le sue responsabilità.

2. **Obiettivi e azioni chiave**

L'obiettivo del presente aggiornamento delle Linee di indirizzo della Regione Toscana per la gestione della emergenza pandemica influenzale attraverso il Piano operativo regionale è, quindi, rafforzare la preparazione alla pandemia a livello di ogni realtà locale sulla base delle conoscenze e delle esperienze che sono attualmente disponibili e secondo le disposizioni emanate dal Ministero, in modo da:

1. minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbilità e la mortalità dovute alla pandemia;
2. ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
3. assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia;

4. garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico;

5. monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del Piano sono:

1. attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di Sanità pubblica, vaccinazione);
2. garantire il trattamento e l'assistenza dei casi;
3. mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali;
4. attuare il piano di formazione;
5. attuare una azione informativa capillare;
6. monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.

3. Misure di profilassi

Gli interventi di Sanità pubblica che possono risultare efficaci per limitare e/o ritardare la diffusione dell'infezione sono basati sulla riduzione dei contatti tra persone infette e persone non infette, e/o sulla minimizzazione della probabilità di trasmissione dell'infezione in caso di contatto attraverso comuni norme igieniche e misure di barriera.

È quindi indispensabile agire in primo luogo informando la popolazione generale sulle semplici misure igienico-sanitarie che permettono di limitare il contagio attraverso una azione informativa capillare che verrà attuata con le caratteristiche di cui al successivo punto 7.

Fondamentale risulta inoltre la prevenzione del contagio all'interno delle strutture del Sistema sanitario regionale, in ospedale e negli ambulatori, e anche nell'assistenza domiciliare.

Quindi ogni Piano aziendale deve precisare:

- a) quali misure devono essere attuate al fine di differenziare i percorsi di triage per quei pazienti che si presentano in pronto soccorso con sintomi influenzali;
- b) le misure di barriera (Dpi) che devono essere adottate dagli operatori addetti all'assistenza;
- c) la disponibilità di mezzi di protezione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Si sottolinea che sono già state fornite indicazioni sui Dpi da utilizzare e, in particolare, sull'igiene delle mani, raccomandando la diffusione dei flaconi gel alcolico e dei poster esplicativi sul loro uso (campagna regionale e buona pratica "Le mani pulite").

Le direzioni sanitarie di presidio ospedaliero in collaborazione con i referenti del rischio clinico dovranno controllare periodicamente la corretta adozione delle misure di profilassi dell'influenza A/H1N1v, indicate nell'apposita checklist, sub-allegato 1, per l'assistenza al paziente dell'Oms (versione italiana a cura del Centro Grc e settore Igiene pubblica della Direzione generale Diritto alla salute).

Sia i mezzi di protezione individuale sia i prodotti di pulizia e disinfezione debbono essere acquistati dalle singole Aziende sanitarie attraverso gli Estav. Le aziende sanitarie, anche avvalendosi delle scorte regionali disponibili, garantiscono, sulla base dei bisogni rilevati, la messa a disposizione dei cittadini dei mezzi di protezione individuale.

4. La vaccinazione

La prevenzione primaria della influenza umana dispone di un unico strumento di provata efficacia: il vaccino specifico.

In questa situazione eccezionale dovrà essere condotta una doppia campagna di vaccinazione, la prima con il solito vaccino a tre componenti per la cosiddetta influenza stagionale, per la quale il ministero ha già dato indicazioni con la circolare n. 33541-P del 23/7/2009.

La seconda campagna verrà condotta con il vaccino pandemico.

È presumibile che le prime dosi del vaccino pandemico siano disponibili a decorrere dal 15 di ottobre, nelle quantità e per le categorie definite dal livello nazionale.

4.1 Il vaccino stagionale

La circolare ministeriale con la quale vengono identificate le caratteristiche e le modalità di utilizzo del vaccino stagionale è già stata inviata alle Aziende sanitarie in data 24 luglio 2009, l'Ordinanza dell'11 settembre 2009 precisa che tale vaccinazione inizia il 1° ottobre.

Le modalità di distribuzione e di esecuzione della vaccinazione sono quelle ormai consolidate nel corso degli anni precedenti.

I medici di medicina generale e i pediatri di famiglia somministreranno il vaccino ai propri assistiti appartenenti alle categorie individuate dalla circolare ministeriale, secondo le modalità, di cui al sub-allegato 2a, modalità appositamente concordate nell'ambito dei rispettivi Comitati regionali della Medicina generale e della pediatria di famiglia.

4.2 Il vaccino pandemico

Tale vaccino viene messo gratuitamente a disposizione delle Regioni dal ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali; l'identificazione delle categorie prioritarie a cui offrire la vaccinazione, la distribuzione dei vaccini alle Regioni, la determinazione dei volumi per ciascuna Regione, i tempi di distribuzione sono competenza dello stesso Ministero; le prime indicazioni in merito sono state fornite con l'Ordinanza dell'11 settembre 2009 a firma del vice-ministro prof. Ferruccio Fazio.

La Toscana ha già predisposto il piano di stoccaggio e distribuzione del vaccino pandemico. Appena pervenuta l'autorizzazione le Asl riceveranno il vaccino e dovranno distribuirlo secondo modalità preventivamente definite ai singoli medici e ai centri di vaccinazione.

Il vaccino è fornito in confezione multi-dose, dovranno quindi essere anche fornite ai vaccinatori precise istruzioni sulle modalità di frazionamento e conservazione delle fiale.

Ogni Azienda sanitaria dovrà comunicare alla Regione il responsabile a cui far riferimento per l'esecuzione di questa vaccinazione.

I medici che effettuano la vaccinazione dovranno attenersi strettamente al protocollo di sorveglianza degli eventi avversi in fase di predisposizione dall'Aifa che sarà coordinato dal Sistema di farmacovigilanza della Regione Toscana. Le Aziende sanitarie sono tenute a dare tutto il supporto monitoraggio.

I medici di medicina generale e i pediatri di famiglia somministreranno il vaccino ai propri assistiti appartenenti alle categorie individuate dall'ordinanza, secondo le modalità, di cui al sub-allegato 2b, modalità appositamente concordate nell'ambito dei rispettivi Comitati regionali della Medicina generale e della pediatria di famiglia.

Per il calcolo delle dosi da assegnare a ciascun medico le Aziende sanitarie si baseranno sulle liste di esenzione ticket e sulla valutazione clinica del medico di medicina generale o specialista pubblico della branca specialistica interessata.

I distretti e i servizi di igiene pubblica dovranno somministrare il vaccino ai soggetti appartenenti ai servizi pubblici essenziali o direttamente o tramite medici competenti delle aziende di servizio e degli enti locali.

Si ricorda che la categoria di assoluta priorità per la vaccinazione è quella degli operatori sanitari e degli addetti ai servizi di sostegno del sistema sanitario toscano per i quali dovranno essere predisposte modalità di somministrazione che facilitino la massima adesione.

5. Trattamento e assistenza dei casi

Saranno i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta la "prima linea" di attacco alla pandemia e solo grazie al loro impegno sarà possibile evitare un sovraccarico inappropriato dei Ps e dei Po anche in considerazione che i soggetti a rischio presumibilmente sono i soggetti che presenteranno il maggior carico assistenziale, cioè soggetti con possibili sovrapposizioni di complicanze plurigiarne.

5.a Modalità e funzioni secondo accordo con i medici di famiglia

La medicina di famiglia, medici di medicina generale e pediatri di famiglia, per il ruolo specifico che riveste sul territorio derivante dal rapporto di fiducia che lega l'assistito al proprio medico, rappresenta l'ambito del Ssr più appropriato a garantire il governo di questo evento influenzale attraverso la promozione, l'effettuazione e il controllo della vaccinazione pandemica e quella stagionale.

Nel rispetto delle specifiche tecniche emanate dal livello nazionale, determinanti a evitare una strategia diversificata da regione a regione, diventa fondamentale concordare a livello regionale i parametri cui i soggetti coinvolti, Aziende e medici convenzionati, devono far riferimento in materia di livello organizzativo attraverso il quale ottemperare alle azioni necessarie ma anche di indirizzo cui i professionisti possano far ricorso per assicurare in modo efficace gli adempimenti richiesti.

L'attribuzione della funzione di "presa in carico" propria della medicina di famiglia induce il sistema a prevedere interventi che assicurino una maggiore presenza del medico sul territorio che garantisca una tempestività della risposta, indispensabile a governare l'eccezionalità dell'evento. Tale risposta è necessario sia assicurata dalla medicina generale e dalla pediatria di famiglia anche nei giorni festivi e prefestivi attraverso l'apertura degli ambulatori prevista secondo un piano strategico di distribuzione concordato nella misura a livello regionale e nella distribuzione territoriale a livello aziendale.

Naturalmente la risposta sanitaria della medicina di famiglia è ispirata al principio della flessibilità, alla luce delle possibili variabili di intensità dell'evento sia rispetto alla diffusione in popolazioni non immunizzate che rispetto al potenziale sviluppo di complicanze gravi.

È essenziale che nei Ps degli ospedali vi giunga il minor numero possibile di pazienti in modo tale che possano essere trattati con la massima attenzione; in questo modo sarà possibile limitare il numero dei ricoveri.

Il Consiglio sanitario regionale ha elaborato linee guida che orientano i medici di medicina generale sui criteri in base ai quali disporre appropriatamente l'eventuale ricovero dei pazienti.

La griglia di valutazione ricovero è riportata nel sub-allegato 2.c.

5.a.1 Continuità assistenziale nei giorni festivi e prefestivi

È in corso con i medici di famiglia la definizione delle modalità organizzative

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

più adeguate per garantire la continuità assistenziale nei giorni festivi e prefestivi del periodo pandemico.

5.b Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi: il domicilio, il pronto soccorso, l'ospedale

Una pandemia, indipendentemente dalla sua virulenza, può mettere in crisi anche il miglior servizio sanitario se non viene affrontata e gestita con un governo forte dell'intero sistema che preveda l'individuazione delle criticità e le soluzioni da mettere in atto per prevenirle e controllarle.

In ambito regionale sono state condotte delle simulazioni di impatto utilizzando il modello di simulazione "Flu Surge" creato da Cdc di Atlanta per mostrare agli addetti ai lavori, l'andamento dell'epidemia e, nel nostro caso, l'impatto sulle attività delle rianimazioni e terapie intensive della Regione Toscana. Elementi per noi molto significativi presi in considerazione dal Servizio di epidemiologia riguardano una serie di dati sui pazienti ricoverati e in particolare quelli relativi al ricorso alla ventilazione meccanica (7,5%), ai ricoveri in terapia intensiva (15%), alla degenza media in terapia intensiva (10 giorni), al tempo di utilizzo dei ventilatori (10 giorni). Il tasso di ospedalizzazione stimato è dell'1,72% mentre il tasso di mortalità previsto dello 0,38 per cento.

In base all'algoritmo Flu Surge, considerando i dati relativi alla popolazione in Toscana, censita al 1° gennaio 2008, sono stati analizzati tre possibili scenari a diverso impatto sanitario:

1. durata di 6 settimane e tasso d'attacco del 15% (impatto lieve);
2. durata di 8 settimane e tasso d'attacco del 25% (impatto moderato);
3. durata di 12 settimane e tasso d'attacco del 35% (impatto severo).

L'esperienza dei Paesi temperati dell'emisfero meridionale, utile anche per l'Europa indica che, se anche l'interruzione totale dei servizi essenziali nei Paesi efficacemente preparati è stata contenuta, la pressione su alcuni servizi sanitari, soprattutto ospedalieri è stata notevole.

In particolare, pur considerando la specificità delle situazioni epidemiologiche locali, alcuni servizi ospedalieri sembrano essere stati sottoposti a particolare tensione operativa: l'area critica nel suo insieme per la comparsa di complicanze d'organo generalmente riferibili all'apparato respiratorio, e l'area intensiva per una quota parte importante di disfunzioni multi-organo quasi sempre provocate da stati di comorbidità pre-esistenti nelle persone colpite dal virus. È quindi ragionevole ritenere che anche il nostro Servizio sanitario regionale dovrà prevedere per i pazienti ospedalizzati una strategia di trattamento con "impegno" progressivo delle risorse basata prevalentemente sul grado di compromissione della funzione respiratoria e sulla sua eventuale associazione ad altre comorbidità (cardio-circolatorio; renale; metabolico; emocoagulativo; gastroenterico...).

La ventilazione non invasiva (Niv) che viene assicurata senza richiedere intubazione tracheale sia sotto forma di semplice pressione continua positiva di fine espirazione (Cpap) che di pressione di supporto associata alla pressione continua di fine espirazione, rappresenta una importantissima opportunità di trattamento della insufficienza respiratoria di pazienti responder, che sono la maggior parte, dato che può essere applicata con una certa facilità in ogni area dell'ospedale dove sia presente personale formato al suo impiego. Inoltre la Niv, se applicata precocemente, è in grado di prevenire l'aggravamento ulteriore della insufficienza respiratoria che richiederebbe il ricorso alla ven-

tilazione invasiva con intubazione tracheale, aumento dei giorni di ventilazione, della degenza media in terapia intensiva e in ospedale, della mortalità.

Fermo restando che la risposta più appropriata dovrà essere organizzata a livello della singola Azienda sanitaria, attraverso l'integrazione di interventi a più livelli e di varia tipologia e la formulazione di protocolli operativi stabiliti dai Dipartimenti coinvolti e le Direzioni aziendali, nelle settimane di outbreak particolarmente strategici risulteranno l'individuazione precoce dei pazienti a rischio di insufficiente della simulazione "Flu Surge" creato da Cdc di Atlanta per mostrare agli addetti ai lavori, l'andamento dell'epidemia e, nel nostro caso, l'impatto sulle attività delle rianimazioni e terapie intensive della Regione Toscana. Elementi per noi molto significativi presi in considerazione dal Servizio di epidemiologia riguardano una serie di dati sui pazienti ricoverati e in particolare quelli relativi al ricorso alla ventilazione meccanica (7,5%), ai ricoveri in terapia intensiva (15%), alla degenza media in terapia intensiva (10 giorni), al tempo di utilizzo dei ventilatori (10 giorni). Il tasso di ospedalizzazione stimato è dell'1,72% mentre il tasso di mortalità previsto dello 0,38 per cento.

La Direzione generale "Diritto alla salute e politiche di solidarietà", attraverso la valutazione delle attuali potenzialità organizzative e tecnologiche rispetto al supporto della funzione respiratoria compromessa e all'assistenza al paziente critico in generale, ha prodotto una stima delle necessità tecnologiche che richiedono implementazione in funzione degli scenari epidemiologici possibili (ventilatori di fascia media, ventilatori dotati di compressore interno, ventilatori da trasporto, monitor multiparametrici, dispositivi per Ecls presso i Centri operativi, pulsossimetri, implementazione sistemi per erogazione di ossido nitrico, ambulanza per il trasporto di pazienti con Ecmo in corso).

La stima è stata condotta con l'importante contributo delle Direzioni aziendali, con la collaborazione dei Servizi di Ingegneria clinica e il rilevamento diretto presso gli operatori; da tenere in considerazione che i dati relativi alla "estensione" tecnologica si basano sulle dotazioni attuali dichiarate dalle singole Aziende e quindi sul gap relativo:

- acquisto di circa 200 ventilatori polmonari da assegnare a tutti i Presidi ospedalieri toscani;

- acquisto di 8 dispositivi Ecmo da assegnare ai Centri dove viene applicata tale metodica;

- acquisto di ventilatori dotati di compressore interno, monitor multiparametrici, monitordefibrillatori, pulsossimetri.

La Regione raddoppierà il parco delle attrezzature per l'assistenza respiratoria. Si prevede una spesa di circa 3 milioni di euro. Il piano acquisti riguarda tecnologie diverse: i dispositivi Cpap per l'assistenza respiratoria non invasiva, respiratori per la Niv e la ventilazione invasiva e i sistemi Ecls (Extra corporeal life support), una tecnica di supporto cardiopolmonare che sostituisce il normale meccanismo di ossigenazione.

5.d Aumento temporaneo di posti letto a media intensità di cura in tutti i presidi ospedalieri

- nella misura del 15% in più della attuale dotazione.

Il secondo grande problema è quello di dotare tutti i presidi ospedalieri della Toscana di un sufficiente numero di posti letto per ricoverare tutti coloro che ne presentano necessità e di aumentare sia pure temporaneamente il numero di operatori professionali e di tecnologie sanitarie che si stiano necessarie per far fronte allo sviluppo dell'epidemia influenzale.

Il modello di simulazione "Flu Surge" già ricordato prevede un tasso di ospedalizzazione stimato dell'1,72% che applica-

to allo scenario "durata di 8 settimane e tasso d'attacco del 25%" (impatto moderato) produce il seguente quadro epidemiologico:

Scenario con impatto moderato (tasso di attacco del 25% e durata della pandemia di 8 settimane);

- 919.262 casi di influenza durante outbreak;

- i ricoveri ospedalieri per influenza sarebbero 15.794 (1,72%);

- viene impegnato il 18% dei posti letto non intensivi;

- intorno al 28° giorno dall'inizio sono previste circa 3.000 ammissioni e la presenza di ricoverati in terapia intensiva per complicanze sarebbe di circa 600 unità;

- sono previsti, nel periodo suddetto, circa 300 pazienti che necessitano di ventilazione polmonare.

Si ipotizza l'apertura temporanea di circa 3.000 posti letto in tutti i Po della Toscana suddivisi nei singoli presidi in rapporto alla densità di popolazione di ciascun bacino di utenza.

Le direzioni aziendali sono impegnate a individuare gli spazi necessari all'interno di ciascun presidio ospedaliero per l'apertura progressiva del n. totale dei posti letto di sub-intensivi previsti.

Sono già pervenuti i Piani delle singole Aziende sanitarie; gli stessi sono risorse in corso di attuazione.

Con riferimento ai piani aziendali di incremento temporaneo dei posti letto a media intensità assistenziale, le Aziende, trattandosi di esigenze temporanee ed eccezionali, provvedono al reclutamento del personale necessario mediante contratti di lavoro a termine, nel rispetto della normativa vigente, per far fronte alle attività di cura così incrementate in rapporto all'attivazione progressiva dei posti letto e all'affluenza dei ricoveri specifici.

In questo ambito, tenuto conto della particolarità della situazione, può risultare opportuno anche il conferimento di incarichi a personale, già dipendente del Ssr, cessato dal servizio. In tal modo si potrà far fronte all'emergenza influenzale anche con professionisti che hanno già una lunga e specifica formazione, oltre che una conoscenza diretta del sistema sanitario e dell'organizzazione dei presidi ospedalieri. Particolare attenzione dovrà essere posta nel reclutamento del predetto personale, preferendo quello con più esperienza nei settori della medicina interna, delle terapie intensive e sale operatorie, delle malattie infettive.

La spesa sostenuta per i contratti di lavoro a termine, posti in essere per l'incremento dei posti letto per l'emergenza pandemica, non concorre al raggiungimento del tetto di spesa aziendale per il personale.

Le Aziende sono tenute ad attivare, nel più breve tempo possibile, ogni iniziativa necessaria al fine di attuare quanto sopra previsto.

5.f Mantenimento della attività programmata all'interno di tutti i presidi ospedalieri

Tutti gli interventi programmati dalla Regione Toscana per fare fronte alla prossima epidemia influenzale, sono predisposti e quantificati per garantire non solo un livello di efficiente risposta del sistema, ma anche per garantire, nello stesso tempo il corretto e costante funzionamento

Sub-allegato 3				
Azienda sanitaria	Posti letto attualmente disponibili	Posti letto convertibili ⁽¹⁾	Posti letto attivabili l'ipotesi ⁽²⁾	Note
Massa Carrara	606	74	155	+ 26 da dic. 2009
Lucca	620	25	76	
Pistoia	706	170	190	
Prato	770	379	224	
Pisa	400	32	34	
Livorno	835	209	104	
Siena	421	36	-	
Arezzo	781	10	70	
Grosseto	734	88	188	
Firenze	641	286	156	Altri 245 pl sono reperibili c/o case di cura
Empoli	210	120	123	di cui 10 intensivi
Versilia	327	22	64	
Aou Careggi	1.261	410	44	di cui 13 terapia intensiva/subintensiva
Aou Meyer	94	49	133	
Aou Senese	737	48	80	
Aou Pisana	1.270	68	187	
Totale	10.413	2.026	1.828	

(1) già esistenti da utilizzare in caso di pandemia; (2) da attivare ex novo

del sistema sanitario regionale. L'obiettivo è che, indipendentemente dalle dimensioni con cui si presenterà, il sistema sanitario con il suo complesso e in particolare la funzione specialistica ospedaliera, non debbano subire alcuna riduzione della attività programmata e corrente.

6. La formazione

Tutte le Aziende sanitarie hanno programmato interventi di formazione nel proprio Piano aziendale pandemico che dovranno essere attuati entro ottobre sulla base delle indicazioni già fornite nel corso regionale del 4 settembre.

Le Aziende sanitarie potranno richiedere l'accreditamento Ecm dei corsi alla Regione Toscana in deroga ai 60 gg. dell'ex-ante previsti dalla procedura. La Regione finanzia il percorso formativo con complessivi 100.000 euro finalizzati ed erogati dal ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - Ccm che verranno suddivisi fra le Aziende sanitarie, sulla base dei seguenti criteri di ripartizione: 1.000,00 euro quale quota fissa per ciascuna Azienda sanitaria per complessivi 16.000,00 euro; la rimanente quota di euro 84.000,00 sarà ripartita proporzionalmente in base al numero dei dipendenti in servizio al 31/11/2008 aumentato del numero dei medici e pediatri convenzionati con le Aziende stesse.

7. **Comunicazione e informazione**

Tali attività sono fondamentali per gestire al meglio la pandemia e debbono essere particolarmente curate. Ogni Asl nel proprio Piano ha già individuato la propria organizzazione della comunicazione e il relativo responsabile. È opportuno che siano particolarmente curate anche le attività di comunicazione interna affinché tutti i soggetti si sentano parte integrante e responsabile della rete di prevenzione e assistenza che deve affrontare l'emergenza pandemia. In tale contesto è prevista la realizzazione di una brochure informativa e di una locandina, di taglio generale, il cui contenuto è volto a promuovere e diffondere nella collettività comportamenti igienici semplici e utili per contrastare e limitare il contagio e dare indicazioni in caso di sintomi. La brochure è stampata in un elevato numero di copie e distribuita nelle 16 aziende sanitarie che la diffonderanno nelle strutture, non solo sanitarie e negli studi dei medici di famiglia e pediatri (insieme alle locandine) che sono impegnati in prima linea nell'assistenza ai cittadini. In considerazione della presenza della popolazione migrante sul territorio regionale, il materiale informativo è tradotto in 9 lingue, in base alla numerosità dei gruppi di migranti nei territori di riferimento delle Asl. Le pagine web del sito regionale, www.regione.toscana.it/influenza, dedicate al Virus A H1N1, offrono ulteriori informazioni e garantiscono tempestività e aggiornamento in linea con le indicazioni ministeriali.

8. **Monitoraggio**

Le attività di sorveglianza sulla pandemia sono iniziate immediatamente dopo l'annuncio di un nuovo virus fatto dall'Oms, proseguendo in ininterrottamente secondo le indicazioni ministeriali.

Dal primo di ottobre inizierà la sorveglianza dei medici e pediatri sentinella. Le modalità operative per la realizzazione del sistema di sorveglianza si realizzano secondo quanto già disposto con Deliberazione della Giunta regionale n. 1386 del 17/12/2001. Le Linee di indirizzo della Regione Toscana per la gestione della emergenza pandemica influenzale approvate con Deliberazione della Giunta regionale n. 1198/2008 prevedono espressamente che in periodo pandemico, il numero dei medici sentinella possa essere aumentato per garantire che il campione di popolazione rappresentato sia sufficiente. Le associazioni di categoria, secondo quanto previsto negli accordi regionali di settore sottoscritti, individuano in 48 medici di medicina generale e 9 pediatri di famiglia suddivisi equamente tra le tre Aree vaste (16 medici di medicina generale e 3 pediatri per Area vasta).

Per potenziare, in periodo pandemico, la sorveglianza virologica dei tre laboratori all'uopo individuati:

- Laboratorio di virologia Dip. Sanità pubblica Università degli Studi di Firenze;
- Laboratorio epidemiologia molecolare, Dip. Fisiopatologia, medicina sperimentale e Sanità pubblica Aou Senese;
- Uo complessa di virologia universitaria Aou Pisana.

Si rende necessario finanziare con la somma complessiva di euro 45.000 le attività richieste per garantire una adeguata sorveglianza.

Sempre nella stessa data le quattro Aziende ospedaliere inizieranno la sorveglianza sindromica attraverso i propri Pronto soccorso, secondo il protocollo predisposto dall'Istituto superiore di Sanità. Viene attivato uno specifico sistema informativo sull'andamento dell'epidemia con particolare riguardo all'andamento dei ricoveri e al trattamento dei casi. Per migliorare la performance del sistema dovranno essere attivati audit clinici o rassegne di morbosità e mortalità in tutti i casi di complicanze da influenza umana da virus A H1N1v in soggetti considerati non a rischio. L'agenzia regionale sta predisponendo appositi moduli per la raccolta dati da integrare che costituiscono una integrazione specifica e transitoria all'attuale sistema informativo regionale.

9. **La rete dei presidi e delle competenze ospedaliere**

Particolare forza e utilità assume in questo frangente la rete delle relazioni sia strutturali, disegnata per grading di complessità crescente sulle funzioni/nodi ospedalieri aziendali e regionali, che di competenza specialistica disegnata nell'offerta, complementare, della funzione universitaria propria delle Aziende ospedaliere-universitarie.

La rete ha una dimensione di governo programmatico, tramite il Comitato di Area vasta, e di governo clinico tramite i Dipartimenti interaziendali, specifica in ciascuna Area vasta; la peculiarità della rete ospedaliera toscana consente la continuità dei percorsi assistenziali, secondo il principio della intensità e complessità del

(contin

► (segue da pagina 5)

del bisogno assistenziale e assicura una immediata condivisione professionale degli standard di conoscenza e qualità necessari per la gestione anche dei possibili quadri complessi, specificamente connessi alla clinica delle complicanze di questa pandemia. Saranno avviate iniziative orientate alla identificazione di percorsi clinico-assistenziali (complicanze respiratorie e disfunzioni multiorgano conseguenti alla influenza H1N1v) che dovranno garantire l'omogeneità delle prestazioni su tutto il territorio regionale, attraverso la collaborazione tra Centri dove viene garantita assistenza ventilatoria avanzata e Centri dove è possibile integrare l'assistenza ventilatoria avanzata con metodiche non ventilatorie (Ecls/Ecmo) di trattamento della Ards anche ricorrendo alla implementazione tempo correlata di risorse umane per assicurare tale attività.

10. Governo della rete ospedaliera regionale

È istituito un Gruppo di lavoro regionale composto dai professionisti con specifica competenza nelle aree e settori interessati a un governo efficiente ed efficace della pandemia: si provvederà alla sua costituzione con successivo decreto.

Il gruppo opererà in seduta permanente, anche integrando i lavori con ulteriori competenze ove necessario.

All'interno di ogni Azienda sanitaria viene istituito un Gruppo di lavoro con gli obiettivi di:

- valutare e selezionare le modalità applicative del documento regionale sulla pandemia;
- valutare le risorse e le dotazioni strumentali e confermare e/o modificare gli adeguamenti previsti dal piano;

- stilare un piano di ampliamento della recettività ospedaliera rispetto al bisogno assistenziale di erogazione della Niv e IV.

Il gruppo di lavoro è così composto: Direttore sanitario (o Direttore di presidio); rappresentante della facoltà di Medicina e chirurgia nelle Aziende ospedaliere-universitarie; medico di pronto-soccorso; medico del sistema I18 afferente; medico internista; medico anestesista-rianimatore; medico infettivologo; rappresentante della direzione infermieristica; rappresentanti medicina di famiglia; rappresentante servizio di ingegneria clinica.

Nel gruppo di lavoro aziendale istituito presso le Aziende ospedaliere-universitarie è prevista anche la partecipazione di un medico cardiologo.

La valutazione dei parametri vitali

Modified Early Warning Score Scoring system per l'area ospedaliera di pazienti adulti con diagnosi di influenza A(H1N1) in corso di pandemia. A 1. Si incrementa il score come di età e comorbidità.

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Età	Valore								
					3	2	1	0	1	2	3		
Frequenza Respiratoria		< 8	9-14	15-20	21-29	> 30							
Frequenza Cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 129						
Pressione Arteriosa Sistolica		< 70	71-80	81-99	101-199	> 200							
Livello di Coscienza	Non risponde	Risponde al dolore	Risponde alla voce	Vigile									
Temperatura corporea (°C)		< 35	35,1-38,4	> 38,5									
Comorbidità					Totale								

Wong EKH, Wilson L, Singh M. An early warning scoring system for identifying respiratory risk in the hospital. JAMA. 2007;297:100-106. Copyright © 2007 American Medical Association. All rights reserved. Reproduced with permission of the American Medical Association.

Il vademecum per le cure al paziente

Checklist di assistenza al paziente Nuova influenza A (H1N1) - Giugno 2009

Questa checklist è rivolta al personale ospedaliero che tratti qualsiasi caso sospetto o confermato di nuova influenza A (H1N1) secondo le definizioni nazionali. La checklist evidenzia le aree di criticità assistenziale per la gestione della nuova influenza A (H1N1). Non sostituisce le procedure di routine

All'arrivo in ospedale/Area di triage

- Indirizzare il paziente con sintomi simili-influenzali nella sala d'attesa designata
- Fornire istruzioni e materiale per igiene respiratoria e igiene della tosse
- Fare indossare al paziente una mascherina monouso se disponibile e tollerata dal paziente

Valutazione iniziale

- Misurare la frequenza respiratoria su un intero minuto e saturimetria
- Se la frequenza respiratoria è alta o se la saturazione di ossigeno è < 90% allertare personale esperto¹
- Raccogliere l'anamnesi, inclusi la presenza di sintomi simil-influenzali, la data di insorgenza, viaggi, contatti con persone con sintomi simil-influenzali, co-morbidità
- Valutare l'opportunità di richiedere l'esecuzione di test diagnostici specialistici (es. Rt-Pcr)
- Usare mascherina, protezione oculare, guanti per raccogliere campioni respiratori
- Etichettare correttamente i campioni e inviarli al laboratorio come da disposizioni vigenti relative al rischio biologico
- Tenere presenti possibili diagnosi alternative o concomitanti
- Segnalare i casi sospetti alle autorità sanitarie come da disposizioni nazionali

Gestione iniziale del paziente

La terapia di supporto per pazienti con nuova influenza A (H1N1) è la stessa valida per qualsiasi paziente affetto da influenza:

- somministrare ossigeno per mantenere una saturazione sopra il 90% o nel caso che la frequenza respiratoria sia elevata (nel caso non sia possibile monitorare la saturazione)
- nel caso di pazienti minori di anni 18 quale antipiretico somministrare paracetamolo/acetaminofene
- somministrare un antibiotico appropriato se vi sono segni di infezione batterica secondaria (es. polmonite)
- prendere in considerazione possibili diagnosi alternative o concomitanti
- decidere se sia necessario il ricorso agli antivirali² (1, 2; per ulteriori informazioni e documentazione di riferimento, consultare il seguito di questa scheda. Si raccomanda l'impiego dello strumentario e dell'equipaggiamento citati nella checklist, quando essi siano disponibili) (oseltamivir o zanamivir) tenuto conto delle relative controindicazioni e interazioni farmacologiche

Prima di ogni trasporto/trasferimento

- Fare indossare al paziente mascherina monouso se disponibile e tollerata dal paziente

Prima di qualsiasi contatto

- Indossare mascherina monouso
 - Igiene delle mani
 - Indossare protezione oculare, guanti e camice se c'è rischio di esposizione a fluidi corporei/schizzi
 - Pulire e disinfettare l'equipaggiamento dedicato al paziente e l'equipaggiamento personale tra un paziente e l'altro
 - Cambiare guanti e curare l'igiene delle mani tra un paziente e l'altro
- IN CASO DI PROCEDURE CHE GENERANO AEROSOL (es. intubazione, broncoscopia, rianimazione cardiopolmonare, aspirazione)**
- Consentire l'ingresso soltanto al personale essenziale
 - Indossare il camice
 - Indossare mascherina filtrante (es. FFP2)
 - Indossare protezioni oculari e poi indossare i guanti
 - Eseguire la procedura prevista in una stanza adeguatamente ventilata

Prima che il paziente entri nell'area designata (stanza o coorte di isolamento)

- Collocare cartelli di "Accesso riservato" e "Controllo infezioni"
- Fornire equipaggiamento dedicato al paziente, se disponibile
- Fare sì che tra i pazienti ricoverati nell'area designata (coorte di isolamento) vi sia uno spazio di almeno un metro
- Implementare un protocollo specifico che assuri l'assidua pulizia di biancheria e superfici all'interno dell'area designata
- Smaltire i rifiuti contaminati da virus come rifiuti speciali (Quanto sopra vale anche per i visitatori)

Prima della dimissione di un caso confermato o sospetto

- Fornire istruzioni e materiale per igiene respiratoria e igiene della tosse al paziente/accompagnatore
- Fornire raccomandazioni su isolamento domiciliare, modalità di controllo del contagio e necessità di limitare i contatti sociali
- Prendere nota dell'indirizzo e del numero telefonico del paziente

Dopo la dimissione

- Pulire o far pulire e disinfettare i presidi dedicati al paziente come da protocollo vigente
- Cambiare e lavare la biancheria evitando di scuoterla
- Pulire le superfici come da protocollo vigente
- Smaltire i rifiuti contaminati da virus come rifiuti speciali

IL SIGNIFICATO DI QUESTA CHECKLIST

La checklist Oms denominata "Assistenza al paziente: nuova influenza A (H1N1)" è rivolta al personale ospedaliero che ha in carico un caso clinicamente sospetto o confermato di nuova influenza A (H1N1). Questa checklist unisce due aspetti: 1) management clinico del singolo paziente e 2) misure di contenimento del contagio per evitare la diffusione della nuova influenza (H1N1).

Le checklist Oms per la sicurezza del paziente sono strumenti pratici e facili da usare che mettono in risalto le azioni di importanza critica da mettere in atto in momenti cruciali e vulnerabili dell'assistenza sanitaria. Sono inoltre redatte in un format che ne rende agevole e pronto l'utilizzo ripetuto da parte del personale sanitario, aiutando ad assicurare che le azioni critiche siano messe in atto. Le checklist Oms per la sicurezza del paziente non sono protocolli completi e non intendono sostituirsi alla assistenza sanitaria di routine.

Come utilizzare questa checklist

Il personale sanitario può adoperare questa checklist in molti modi; spuntare a penna le singole voci è opzionale. L'obiettivo è assicurare che nessun punto critico per l'assistenza sanitaria sia omesso durante o subito dopo le procedure.

La checklist può essere:

- adoperata come parte integrante della cartella clinica del paziente;
- riprodotta in formato poster, da esporre negli ospedali;
- oppure essere stampata in formato idoneo a essere portato con sé da parte degli operatori sanitari. Singole parti delle checklist possono inoltre essere utilizzate come tali, per ciascuno di questi usi.

Questa checklist non rimpiazza le linee-guida cliniche né il giudizio clinico. I suoi utilizzatori dovrebbero inoltre conoscere bene i documenti Who di riferimento elencati di seguito, che sono stati usati per preparare questa checklist.

Adozione locale della checklist

La checklist Oms "Assistenza al paziente: nuova influenza A (H1N1)" può essere reimpaginata o riveduta alla luce delle modalità operative del luogo.

A ogni modo si mettono in guardia le istituzioni e i singoli contro l'eventualità di renderla troppo complessa.

Documenti di riferimento

Linee guida sul controllo delle infezioni:

- Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. WHO Interim Guidance (Publication date: 29 April 2009) http://www.who.int/csr/resources/publications/infection_control/en/index.html

- Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. WHO Interim Guidelines (Publication date: June 2007) http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CD_EPR_2007_6/en/

Linee guida sul management clinico:

Clinical management of human infection with new Influenza A (H1N1) virus (Publication date: 21 May 2009) http://www.who.int/entity/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management_H1N1_21_May_2009.pdf

*Al presente mancano dati sulla efficacia clinica degli antivirali in questa malattia. I farmaci antivirali devono essere usati secondo quanto previsto dai piani nazionali per fronteggiare l'eventualità di una pandemia influenzale. Se si prescrivono farmaci antivirali, per i pazienti affetti da influenza A (H1N1) si dovrebbero usare oseltamivir o zanamivir, poiché c'è un aumentato rischio di resistenza nei confronti di altri antivirali. Laddove vi sia disponibilità di farmaci antivirali, i clinici dovrebbero basare le proprie decisioni sulla valutazione della situazione di rischio riferita al singolo paziente. Anche il rapporto rischio/beneficio dovrebbe essere calcolato caso per caso.

Le presenti linee-guida potranno essere aggiornate con l'evolversi della situazione. Per ottenere la versione più aggiornata della presente checklist e di altri documenti, far riferimento al sito web dell'Oms (www.who.int) oppure contattate l'ufficio Oms del vostro Paese.

GLOSSARIO

Igiene delle mani: le mani possono essere pulite sia lavandole con acqua e sapone o strofinandole con una formulazione a base di alcool. La seconda tecnica è da preferirsi quando si assistono casi confermati o sospetti di infezione da virus A (H1N1), a meno che le mani non siano particolarmente e visibilmente sporche.

Le mani vanno pulite in cinque situazioni-chiave: **1)** prima di toccare un paziente; **2)** prima di una procedura "pulita" o asettica; **3)** dopo il rischio di essere stati esposti a liquidi corporei; **4)** dopo aver toccato un paziente; **5)** dopo aver toccato le suppellettili attorno al paziente.

Area designata (area di isolamento): quella dove vengono posizionati i pazienti colonizzati ovvero infetti dallo stesso patogeno. Viene impiegata quando stanze singole o di isolamento non sono disponibili. Permette a specifici operatori sanitari di assistere questi specifici pazienti, mirando a cercare di evitare la diffusione dell'infezione ad altri. I pazienti con infezione confermata dovrebbero idealmente essere tenuti separati da quelli con infezione solo sospetta.

Igiene della tosse: gli operatori sanitari, i pazienti e i loro familiari dovrebbero coprirsi la bocca e il naso (p. es. con un panno) quando tossiscono o starnutiscono. Se viene impiegato un panno, gettarlo poi in un cestino dotato di coperchio, e poi pulirsi le mani.

L'igiene della tosse dovrebbe essere illustrata ai pazienti a mezzo posters e foglietti illustrativi.

Sala di attesa separata: la sala di attesa per soggetti sintomatici dovrebbe essere separata dalla sala di attesa generale.

Si potrà utilizzare a tal fine un settore della sala di attesa generale, purché vi sia almeno un metro di distanza tra quest'area e il resto della sala di attesa generale. All'interno di quest'area separata, i singoli pazienti sintomatici dovrebbero inoltre rimanere a distanza di almeno un metro l'uno dall'altro.

Protezione per gli occhi: questa può essere una visiera, degli occhiali di protezione, o una maschera facciale. I normali occhiali da vista non sono fatti per proteggere la mucosa oculare dagli spruzzi, pertanto non dovrebbero essere intesi quale dispositivo protettivo.

Sintomi simil-influenzali: febbre, tosse, cefalea, dolori muscolari e articolari, mal di gola, rinorrea e talvolta diarrea e vomito.

Camice: un camice pulito, non sterile, a manica lunga.

Istruzioni per il controllo delle infezioni da fornire al paziente e a chi lo assisterà al momento della dimissione: se il paziente è ancora sintomatico o ha meno di un anno di età (i minori di anni uno possono continuare a essere infettivi per tre settimane dopo la cessazione della fase sintomatica):

- Quarantena: il paziente ammalato dovrebbe essere messo in una stanza a parte e dovrebbe avere contatti sociali limitati.

- Istruzioni circa l'igiene nel tossire.

- Tutte le persone della casa dovrebbero curare assiduamente l'igiene delle proprie mani, e dopo ciascun contatto con il malato.

- Chi presta assistenza al malato dovrebbe indossare i migliori dispositivi di protezione disponibili per evitare di esporsi alle secrezioni respiratorie, ed evitare il contatto con i liquidi corporei o con oggetti contaminati; minimizzare i contatti stretti (a meno di 1 metro) e faccia a faccia col paziente; curare l'igiene delle mani.

Mascherine: utilizzare mascherine di tipo chirurgico per proteggere il naso e la bocca di chi le indossa da esposizioni fortuite (p. es. spruzzi).

Respiratore particolato: uno speciale tipo di maschera controllata per la perfetta aderenza al viso, che è in grado di filtrare il particolato, e pertanto di proteggere dall'inhalazione di aerosols infettivi (p.es. Eu Ffp2 e Us NIOSH-certified N95).

Igiene respiratoria: vedi igiene della tosse.

FREQUENZA RESPIRATORIA (livello di riferimento per valutare i valori elevati)

Età	Frequenza respiratoria
< 2 mesi	≥ 60/minuti
2-11 mesi	≥ 50/minuti
1-5 anni	≥ 40/minuti
>5-12 anni	≥ 30/minuti
13 anni	≥ 20/minuti

Percorso seguito per arrivare alla checklist

Rispondendo al potenziale pandemico posto da un nuovo ceppo influenzale A (H1N1), il processo di preparazione della presente checklist è cominciato il 30 aprile 2009. Il gruppo preposto all'interno del Programma Oms per la sicurezza del paziente ha collaborato con gli esperti Oms nei temi della sicurezza e dell'ambiente. Essi hanno consultato esperti in tre settori: **1)** controllo delle infezioni, **2)** management clinico dell'influenza suscettibile di diventare pandemica e **3)** checklist per l'assistenza sanitaria. L'aspetto e i contenuti della checklist sono stati sviluppati progressivamente nel corso di successive tornate consultive. Team di clinici in vari contesti l'hanno testata per valutarne la chiarezza e la usabilità. Il suo uso nella pratica clinica sarà oggetto di ulteriore valutazione in itinere.

LIVORNO

Affidata a un'apparecchiatura la preparazione dei chemioterapici

Antitumorali, ci pensa il robot



Dal letto del paziente all'assemblaggio il processo è automatizzato

Meno sprechi per l'azienda sanitaria e meno rischi per pazienti e operatori. Sono solo alcuni dei vantaggi portati da Cytocare, il nuovo robot per la preparazione dei farmaci antitumorali utilizzato dalla farmacia dell'ospedale livornese. L'assemblaggio di questi preparati è, in realtà, un'operazione complessa e piena di rischi, sia per il personale che per i pazienti, ma l'intervento della tecnologia consente grandi miglioramenti. La nuova apparecchiatura permette, infatti, di superare alcuni dei principali problemi legati alla preparazione di questi prodotti. In particolare, a esempio, viene evitata

non solo l'esposizione agli agenti tossici, ma anche la possibilità di ferite accidentali nella manipolazione di aghi, senza considerare tutte le difficoltà nel reperimento di personale qualificato. Il sistema automatizzato diventa così "infallibile" potendo sempre garantire corrette somministrazioni ai pazienti.

Il robot ha l'aspetto e le dimensioni di un grande armadio "intelligente", dove vengono manipolate le soluzioni dei farmaci. Attorno al nuovo robot si muove un'équipe di cinque farmacisti e nove infermieri professionali a stretto contatto con i sette medici dell'Uo Oncologia

medica. L'attività è stata calibrata sui dati di somministrazione del day hospital livornese che porta a cinquanta allestimenti medi giornalieri, curati da due infermieri e un farmacista, e un costo attuale di farmaci antiblastici soggetti ad allestimento pari a 5 milioni di euro.

«In concreto la nuova tecnologia - spiega Fabio Lena, direttore della Uo Farmaceutica territoriale dell'Asl 6 di Livorno - prevede un software di prescrizione al letto del paziente che invia in tempo reale la prescrizione del trattamento infusione necessario. Da quel momento in poi il processo è completamente automatizza-

to, anche se ovviamente vi sono dei passaggi di controllo del personale sanitario». L'investimento per acquistare il robot è stato di circa 500mila euro, a fronte però di numerosi benefici sulla sicurezza di pazienti e operatori, e anche di risparmi in termini di gestione: meno soldi per i dispositivi di sicurezza, meno costi legati agli scarti dei farmaci antitumorali (molto costosi), miglior utilizzo del personale, più potere negoziale verso i produttori delle materie prime.

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

LUCCA

Nelle scuole «educazione tra pari» per promuovere salute e relazioni

Si è svolto il 9 e 10 ottobre sul Monte Argegna il campus di formazione dei peer educators per la promozione della salute nelle scuole medie superiori del territorio dell'Asl 2 di Lucca dal titolo «Dal benessere al miglior essere». L'esperienza è stata organizzata realizzando sinergie virtuose tra soggetti istituzionali diversi: la Comunità montana della Garfagnana per conto della Conferenza dei sindaci della Valle del Serchio, nell'ambito del progetto "Generazioni", l'unità operativa Educazione alla salute dell'Asl 2 di Lucca, le istituzioni scolastiche.

Concluso il campus di formazione dei peer educators

Hanno infatti partecipato gruppi di studenti e insegnanti di alcune scuole medie superiori: istituto tecnico commerciale e geometri L. Campedelli, istituto professionale S. Simoni, istituto tecnico industriale F. Vecchiacchi, liceo scientifico G. Galilei di Castelnuovo di Garfagnana; istituto sociopsico-pedagogico G. Pascoli di Barga, istituto tecnico industriale e liceo tecnologico E. Fermi di Lucca.

Nelle due giornate di lavoro i gruppi peer, gli insegnanti,

gli operatori dell'associazione "And or, margini creativi" e operatori dell'Educazione alla salute dell'azienda sanitaria lucchese hanno approfondito il ruolo, la motivazione e l'impegno di un educatore tra pari all'interno della scuola, si sono confrontati su tematiche legate al benessere dei giovani e sulle strategie da utilizzare per coinvolgere i loro pari. Hanno poi ideato e progettato, utilizzando tecniche espressive e creative, materiale di comunicazione su temi legati alla salute da divulgare nelle scuole.

L'iniziativa fa parte di un progetto finalizzato a promuovere quelle

competenze emotive e relazionali che rendono le nuove generazioni più consapevoli e responsabili nelle proprie scelte di vita e che agiscono trasversalmente rispetto ai differenti comportamenti a rischio. Altre azioni daranno continuità al progetto per rafforzare il ruolo dei peer e diffondere la metodologia dell'educazione tra pari in un contesto di rete sempre più ampio.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

SIENA

Informazione e vaccini: le armi delle Scotte contro l'influenza A

L'informazione è una delle armi più importanti per combattere la nuova influenza da virus A H1N1. Per questo motivo al policlinico Santa Maria alle Scotte ha preso il via una serie di iniziative con l'obiettivo di tenere costantemente aggiornati tutti gli operatori al fine di dare una corretta informazione ai cittadini. In particolare, l'azienda ospedaliera ha predisposto un piano pandemico, disponibile per tutti i dipendenti sulla rete Intranet aziendale. Inoltre tutti i dipendenti saranno vaccinati, sia per l'influenza stagionale che per quella da virus A H1N1.

Sul sito pubblico, all'indirizzo www.ao-siena.toscana.it, è presente un collegamento al sito della Regione Toscana, con molte informazioni utili sul tema e una sezione contenente indicazioni concrete realizzate dall'assessorato regionale al Diritto alla salute, riguardanti il virus, le modalità di contagio, i sintomi, i provvedimenti per proteggersi e altri consigli generali, utili per ogni cittadino.

Nei giorni scorsi, il direttore sanitario, Laura Radice, ha incontrato i medici di medicina generale e i pediatri per concordare le principali azioni da intraprendere

quando la stagione influenzale toccherà i picchi previsti. «Durante l'incontro - afferma Radice - abbiamo stabilito che è di fondamentale importanza che chiunque presenti sintomi sospetti faccia riferimento in primo luogo al proprio medico di famiglia che deciderà se indirizzare o meno il paziente al pronto soccorso, al fine di evitare un inutile sovraffollamento della struttura di emergenza e urgenza». Di fondamentale importanza è anche il coordina-

mento costante con la Asl 7, con la quale l'azienda ha iniziato una collaborazione per quanto riguarda le azioni di comunicazione esterna, per mantenere una coerenza

che garantisca messaggi non discordanti verso la popolazione e sia in linea con le indicazioni provenienti dalla Regione. Infine per aggiornare i dipendenti sulla situazione e divulgare un'informazione puntuale e precisa è stato organizzato un corso di formazione per tutti i dipendenti tenuto da medici dell'Uoc Direzione medica di presidio e da alcuni infermieri.

Ines Ricciato
Ufficio stampa Policlinico Santa Maria alle Scotte

EMPOLI

Nel «Ben... essere day» i consigli per stili di vita sani e cure naturali

Alimentazione, ambiente e natura, attività fisica sono stati i protagonisti di "Ben...essere day", l'iniziativa dell'Asl 11 realizzata in collaborazione con Unicoop Firenze che si è svolta il 10 ottobre con l'obiettivo di promuovere gli ingredienti che sono alla base della ricetta per prevenire le malattie e le loro conseguenze.

La giornata dedicata allo stile di vita è iniziata al Centro*Empoli, dove alcuni professionisti dell'unità operativa Igiene degli alimenti e nutrizione e del Centro clinico di medicina naturale dell'Asl 11 sono stati a disposizione dei cittadini per fornire informazioni sull'alimentazione corretta e sulle opportunità di cura

Alimentazione, ambiente e natura sotto i riflettori

delle erbe medicinali. Sempre al Centro*Empoli anche per quest'anno si è svolto anche l'Obesity Day, la giornata di sensibilizzazione nazionale su sovrappeso e salute organizzata dall'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica (Adi) che vede coinvolti più di 200 tra centri di dietetica e unità operative di igiene degli alimenti e nutrizione, fra le quali anche quella dell'Asl 11.

Grazie a uno stand informativo è stato possibile effettuare il calcolo dell'indice di massa corporea e la misurazione della circon-

ferenza vita, rilasciando consigli e opuscoli informativi in merito all'alimentazione, all'etichetta nutrizionale dei prodotti e ai modi per migliorare o mantenere il proprio peso. Quest'anno l'iniziativa ha acquisito a Empoli un'importanza ulteriore in quanto si inserita nel contesto del "Ben...essere day", una giornata dedicata anche alla medicina naturale e fitoterapia (Green Day) e all'attività fisica con la quinta edizione di Afa day 2009, promossa dal dipartimento

delle fragilità dell'Asl 11 e giunta alla sua quinta edizione. Nel corso dell'evento i partecipanti ai corsi Afa (Attività fisica adattata), organizzati in collaborazione con le pale-

stre del territorio aderenti all'iniziativa, hanno eseguito dimostrazioni alternandosi a esibizioni musicali. Le tre iniziative vogliono quindi sottolineare che per raggiungere a una condizione di benessere occorre agire su più fronti contemporaneamente: una sana alimentazione, un'equilibrata attività fisica e stile di vita attivo, il privilegiare ciò che la natura mette a disposizione sia come alimenti sia come specialità medicinali.

Maria Antonietta Cruciatà
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

IN BREVE

PRATO

È ripartito il 5 ottobre il corso "QiGong" organizzato dall'Uo Malattie infettive dell'ospedale dell'Asl 4 con il Centro Psycheros, allo scopo di offrire uno strumento che può integrare i percorsi di cura delle persone con malattia cronica di fegato o infezione da Hiv. Il programma, a cura di Ursula Wunderli, è stato messo a punto in relazione alla tipologia di utenza e comprende vari tipi di esercizi di QiGong medico tradizionale. Quest'attività, avviata in via sperimentale nel 2004, ha portato a risultati clinici e di attività molto buoni. La pratica regolare di questo metodo permette di sostenere i processi di autoregolazione dell'organismo, le difese immunitarie e il terreno vitale in modo da affrontare al meglio anche i momenti critici.

VIAREGGIO

La Giunta regionale della Toscana, dopo il grave incidente del 29 giugno scorso, causato dall'esplosione del treno merci alla stazione di Viareggio, garantirà gratuitamente ai cittadini colpiti dall'evento tutte le prestazioni sanitarie, le prestazioni farmaceutiche e parafarmaceutiche adeguate ai bisogni conseguenti ai danni riportati per l'esplosione. I cittadini colpiti saranno esentati dal pagamento della compartecipazione alla spesa sanitaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei livelli essenziali di assistenza, utili alla cura e al monitoraggio di tutte le patologie che i cittadini dovessero aver riportato in conseguenza dell'incidente.

SIENA

Lo spettacolo «Dietro il proprio naso», realizzato dal gruppo del laboratorio teatrale permanente della salute mentale adulti della Asl 7 di Siena zona Valdichiana, è stato insignito di due premi dalla giuria dell'11esima edizione del Festival del teatro sociale di Castrocaro Terme. La giuria ha assegnato il premio per i migliori costumi e il premio speciale Fitel (Federazione italiana tempo libero Cgil, Cisl e Uil) avendo trovato lo spettacolo intenso e vibrante, di grande impatto visivo e massima coerenza tematica. Lo spettacolo realizzato nell'ambito del progetto didattico "Mobilità e arti" con il teatro Mascagni, il Comune di Chiusi e la Società della Salute Valdichiana Senese, era già stato presentato lo scorso dicembre con grande successo.

CALENDARIO



28
ott.
2009

SIENA

Esplorazione funzionale del cervello, coregistrazione Tms-Eeg e connettività cortico-corticale, psicofisiologia dell'improvvisazione musicale. Sono alcuni dei temi del XVII congresso della Società italiana di psicofisiologia (28-31 ottobre, Certosa di Pontignano). Info: Ebellucci@unisi.it; corsir@unisi.it; tel. 0577/232130-131-132



6
nov.
2009

FIRENZE/ I

«Terapie innovative in oncologia» è il titolo del convegno che si svolgerà il 6-7 novembre presso il Chiostro del Maglio. Organizzato dal Gruppo oncologico chirurgico cooperativo Italiano, tratterà le terapie innovative in vari tipi di neoplasie (colon retto, mammella, polmone ecc.) e le terapie di supporto. Info: 0555035320, a.batistini@oic.it



7
nov.
2009

FIRENZE/ 2

Il Consiglio sanitario regionale ha organizzato un convegno nel quale verrà presentata e discussa la Carta di valutazione geriatrica predisposta dal Consiglio stesso per valutare i fattori di rischio per la salute connessi all'invecchiamento che sono causa potenziale di malattie e invalidità. Si terrà a Villa la Quiete. Info: 0554383510

Ottobre 2009
 un mese straordinario
 nelle biblioteche
 della **Toscana**.



tipi
 da biblioteca

www.tipidabiblioteca.it



Regione Toscana
 Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

VOGLIO VIVERE COSÌ
www.turismo.intoscana.it

ottobre
 Piovono libri
la Regione Toscana