

Modello basato su formazione e buone prassi

di **Marco Masi ***

Le forme nuove del lavoro, la rilevanza di processi di decentramento ed esternalizzazione di interi cicli produttivi, che generano spesso la diffusione di tipologie di lavoro a rischio di marginalità, richiedono un'opera di costante monitoraggio e nuovi strumenti di analisi e conseguentemente nuove metodologie di intervento coordinato.

In presenza di una più diffusa e avvertita sensibilità per la qualità della vita, ci si interroga frequentemente sulle condizioni fisiche e di benessere della propria esperienza lavorativa e si avverte con maggior consapevolezza il diritto a una vita e a un ambiente qualitativamente migliori.

L'approccio scelto dalla Regione Toscana è quello di affrontare in maniera organica i problemi dello sviluppo e della qualificazione del sistema produttivo regionale, del sostegno e della qualificazione delle capacità lavorative, del miglioramento delle relazioni sociali e delle condizioni di lavoro e di tutela della salute, cui si aggiungono anche altri interventi sul versante della trasparenza e della regolarità degli appalti.

Sono dunque essenziali attività formative e informative finalizzate alla costruzione di una reale cultura che permei il mondo del lavoro ma anche della scuola e dell'Università, favorendo il miglioramento dei sistemi di gestione aziendali, an-

CONTINUA A PAG. 2

STRATEGIE Iniziativa Regione-Inail per l'avvio di un programma dedicato alle donne

Sicurezza «rosa» sul lavoro

Primo passo: linee operative secondo le indicazioni dell'Oms e della Ue

La necessità di un approccio al tema della salute e sicurezza sul lavoro che tenga conto delle diversità legate al genere sembra ovvia in quanto non c'è nessuna forma di prevenzione che possa prescindere dal fatto che esistono "uomini e donne" che lavorano. Questa affermazione, che appare logica e conseguente, è tutt'altro che scontata: la salute e la sicurezza femminile sul lavoro è stata per lungo tempo legata prevalentemente al periodo della maternità o a questa successivo; i pericoli del lavoro sono stati associati ad attività quasi esclusivamente maschili piuttosto che alle attività nelle quali l'occupazione femminile si concentra; non sono state prese in considerazione le diverse conseguenze, in termini di morbilità, a pari esposizione a rischio, di donne e uomini, così come non è stata adeguatamente valutata l'incidenza sulla sicurezza dell'impari ripartizione di compiti di cura nell'ambito domestico.

Da questa convinzione e dalla necessità di dare corpo al "Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro" è nato il progetto «Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere» che ha dato concretezza a un'idea promossa dall'Inail Direzione regionale Toscana e dal Cpo nazionale Inail e dalla Regione Toscana: da qui la nascita, destinata a essere ufficializzata nell'ambito di un protocollo operativo, di un'alleanza tra Regione Toscana e Inail Toscana per un impegno forte e concreto sul tema della sicurezza in ottica di genere.

L'accordo prevede la realizzazione di obiettivi ambiziosi, ma estremamente concreti: primo fra tutti la redazione di linee operative per la valutazione del rischio "genere" così come previsto dall'art. 28 del Testo unico. Ciò richiederà attività di studio, ricerca, analisi dei processi produttivi e valutazione dell'incidenza dei rischi in relazione alle variabili di genere, adeguata considerazione dei fattori di discriminazione e dei condizionamenti sociali e culturali nell'ambito lavorativo che



BENESSERE ANIMALE

Tre progetti per lo zooprofilattico

Gli argomenti: alimenti, medicine complementari e ittiopatologia

La Giunta regionale ha approvato i progetti per l'anno 2010 dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana. Grazie all'approvazione della delibera regionale n. 281 dell'8 marzo, saranno sviluppati i progetti «Applicazione del risk assessment nel settore del controllo degli alimenti di origine animale, mangimi e allevamenti», «Sviluppo delle medicine complementari in medicina veterinaria attraverso il centro studi per le terapie alternative e tutela del benessere animale presso la sezione di Arezzo», «Laboratorio di Ittiopatologia».

Il primo progetto vuole consolidare le azioni degli obiettivi raggiunti nell'anno 2009 integrandosi con quelli previsti nell'ambito del progetto di razionalizzazione della rete dei laboratori di prevenzione della Regione Toscana.

Tra gli obiettivi del secondo l'esecuzione di ricerca applicata in allevamenti zootecnici e la programmazione di un evento formativo destinato a medici veterinari.

Il terzo progetto punta alla prosecuzione e il consolidamento delle attività programmate nel precedente anno come l'accreditamento delle prove relative alla ricerca delle biotossine algali e l'implementazione del controllo microbiologico dei molluschi bivalvi vivi.

possano incidere, anche in termini di fattori stressogeni, sulla salute di donne e uomini. La dimensione dell'impegno che si va ad assumere e l'istituzionalizzazione del medesimo comporterà indagini conoscitive, elaborazione dei dati acquisiti e acquisibili, osservatori di realtà lavorative anche territoriali e locali, la costruzione di un portale dedicato, la realizzazione di strumenti adeguati di informazione e comunicazione da utilizzare per la formazione degli attori della salute e sicurezza sul lavoro. Partners di elezione saranno le Asl, le direzioni provinciali del Lavoro, la rete delle Consigliere di parità, le Università, le parti sociali. Si tratta dunque dei primi passi di un cammino destinato a durare nel tempo.

L'appello alla riconduzione del diritto alla salute al concetto esteso di equità di opportunità per tutti è giunto, prima della legislazione nazionale, dal contesto esterno. Da un lato la strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro 2002-2006 ha iniziato a introdurre il tema della differenza di genere come strategico rispetto ai propri obiettivi, dall'altro sulla base delle indicazioni dell'Oms il Consiglio dei ministri d'Europa nel 2008 ha raccomandato di prendere in considerazione gli effetti delle differenze di genere e le loro conseguenze nella pianificazione delle politiche sanitarie, nelle prestazioni sanitarie e nei processi derivanti. In Italia il Dlgs 81/2008 (Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro) ha introdotto una concezione di "salute e sicurezza" e di "prevenzione" non più neutra, ma che deve tener conto delle differenze legate al genere. L'applicazione concreta del Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro impone ora di andare oltre gli stereotipi e cimentarsi in un processo di produzione di conoscenze indispensabili per eliminare dal campo della salute legata al lavoro ogni possibile discriminazione

Antonella Ninci
Avvocato Inail e Presidente Cpo Inail

CONTROCANTO

Garanzie non solo per la gravidanza

di **Marina Capponi ***

I Dlgs 81 del 2008 segna una svolta epocale nell'approccio al tema della salute e alla sicurezza, imponendo una maggiore attenzione alle condizioni di lavoro e alla loro diversa ricaduta su lavoratrici e lavoratori, tenendo presente la loro età, etnia e tipologia contrattuale considerati come fattori di rischio.

Mentre in passato veniva data rilevanza alla tutela del lavoro femminile esclusivamente per i profili legati alla gravidanza e al puerperio, privilegiando una visione del lavoro solo apparentemente neutra, ma in realtà modellata sulla figura maschile, come pa-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Innovazione per l'alta specialità

La Giunta regionale ha deciso di determinare, per il 2009, circa 28 milioni per il fondo per la diffusione dell'innovazione nelle aziende ospedaliere per attività gestite con risorse del servizio sanitario regionale e dell'Università, ai sensi del Piano sanitario regionale 2008-2010. Il fondo - per il 100% in proporzione al valore tariffario dei Drg di alta specialità - è stato così ripartito: Ao Pisana (11,2 milioni); Ao Senese (circa 5 milioni); Ao Careggi (circa 11,4 milioni); Ao Meyer (circa 1,2 milioni di). (Delibera n. 286 del 08/03/2010)

▼ I defibrillatori sono «in campo»

L'Estav Centro provvederà all'acquisto di 100 defibrillatori semiautomatici per gli impianti sportivi calcistici sul territorio regionale, per avviare un percorso sperimentale condiviso con il Comitato regionale Toscana Federazione italiana giuoco calcio-Lega nazionale dilettanti per contrastare la morte cardiaca improvvisa durante l'attività sportiva. L'intervento, che costerà circa 250mila euro, si è reso necessario dopo i decessi sui campi di calcio che hanno colpito soggetti giovani durante l'attività sportiva. (Delibera n. 311 del 15/03/2010)

ALL'INTERNO

Cremazioni, regole uniformi

A PAG. 2

Santa Verdiana ha il day service

A PAG. 3

Teatroterapia sul palco a Lucca

A PAG. 7

FORMAZIONE Parte il corso destinato agli operatori per uniformare le procedure



Cremazione, servizi omogenei

Richieste in aumento nella Regione - Direttive tecniche ed etiche

Affrontare le tematiche specifiche relative alla cremazione dei defunti e alla conservazione, all'affidamento e alla dispersione delle ceneri con l'obiettivo di rendere maggiormente coerenti, e di uniformare, le procedure adottate nel territorio regionale. Questi alcuni temi del corso svolto il 3 maggio presso Villa La Quiete, sede del Formas, l'organismo della Regione Toscana deputato alla formazione in Sanità.

Hanno partecipato oltre 100 operatori dei Comuni, per la maggior parte responsabili dei servizi cimiteriali e ufficiali di stato civile. La volontà di affrontare i nodi

tecnici problematici rimasti ancora irrisolti in molte realtà non disperde l'obiettivo primario della normativa per la cremazione: tutelare, mediante la disponibilità dei servizi, l'affidamento e la dispersione delle ceneri e la loro efficienza e accessibilità nel territorio regionale, la dignità di ogni persona, la sua libertà di scelta, le sue convinzioni religiose e culturali, il suo diritto a una corretta e adeguata informazione. Ed è proprio su questo ultimo punto che deve ora essere indirizzato l'impegno regionale.

Infatti i percorsi di miglioramento dei servizi offerti dal sistema regionale hanno spesso biso-

gno di trovare una propria collocazione all'interno di processi che sono in primo luogo di cambiamento culturale: non sorprende quindi che, a quasi sei anni dall'emanazione della legge regionale concernente l'affidamento, la conservazione e la dispersione delle ceneri derivanti dalla cremazione dei defunti, siano ancora in atto provvedimenti e iniziative volte a una sua piena realizzazione. Nell'ambito dei lavori del tavolo tecnico, istituito a seguito della stipula nel 2007 del Protocollo d'intesa tra l'Ance e la Regione Toscana, un'indagine condotta su tutti i Comuni toscani evidenziava la persistenza di carenze e la poca uniformità nei servizi offerti e una ancora scarsa informazione rivolta ai cittadini. Sebbene le difficoltà non siano dunque ancora del tutto supe-

rate, il numero dei toscani che ricorrono alla cremazione è tuttavia in costante aumento (5.951 nel 2008), così come le richieste di affidamento delle urne contenenti le ceneri dei defunti.

L'opera di sensibilizzazione e di facilitazione che negli ultimi anni è stata compiuta dalla Regione e dalle Società di cremazione, si è recentemente fatta molto più incisiva: in primo luogo, la redazione e la condivisione di un vademecum per l'adeguamento dei regolamenti comunali e la risoluzione delle criticità più ricorrenti, nel quale sono anche contenuti i principi etici e di riferimento elaborati sulla base delle indicazioni della Commissione regionale di bioetica. Sono contenute anche le indicazioni per una corretta interpretazione della normativa regionale e nazionale e per

rendere omogenei i comportamenti a livello delle amministrazioni comunali. Per la realizzazione di questo risultato sono stati necessari sforzi importanti di coordinamento tra i professionisti operanti nel territorio, ma anche la consulenza di alcuni tra i maggiori esperti nazionali in materia. È stata poi resa disponibile una proposta di Carta dei servizi per i gestori dei forni crematori che, alle norme tecniche di riferimento, affianca le disposizioni per agevolare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

Ma le direttive tecniche non sono ancora sufficienti: vi è infat-

ti la consapevolezza della necessità di una crescita della sensibilità nei confronti di questa materia e per questo in un convegno a gennaio è nata ed è stata condivisa l'idea di un corso di formazione rivolto agli operatori dei comuni toscani per indirizzare i singoli territori verso una omogeneizzazione delle pratiche e una completa realizzazione di quanto dettato dalla normativa.

Tutelare il diritto della libera scelta e dell'informazione

Proposta una Carta dei servizi per gestire le apparecchiature

Marco Menchini
Dirigente settore qualità, partecipazione e diritti
Commissione regionale di bioetica

In diretta dalla ricerca

CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA IN PAZIENTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO 2

L'aver come obiettivo una pressione arteriosa sistolica inferiore a 120 mmHg, in confronto a valori inferiori a 140 mmHg, non riduce la frequenza dell'esito combinato di eventi cardiovascolari maggiori fatali e non fatali. Bibliografia: The Accord Study Group, Effects of Intensive Blood Pressure Control in Type 2 Diabetes Mellitus, N Engl J Med 2010 362:1575-85.

■ Non esistono evidenze derivate da studi clinici controllati randomizzati a sostegno di una strategia di abbassamento della pressione arteriosa sistolica fra 135 e 140 mmHg in soggetti con diabete mellito di tipo 2. Abbiamo perciò valutato se una terapia volta a ottenere valori di pressione sistolica normale (-120 mmHg) è in grado di ridurre l'incidenza di eventi vascolari maggiori in soggetti con diabete tipo 2 ad alto rischio di eventi cardiovascolari. In questo studio sono stati valutati in totale 4.733 pazienti con diabete di tipo 2 che sono stati assegnati in modo randomizzato a una terapia antiipertensiva intensiva, che aveva come obiettivo una pressione sistolica inferiore a 120 mmHg, o a una terapia standard, che aveva come obiettivo una pressione sistolica inferiore a 140 mmHg. Obiettivo primario di esito era un end-point composito costituito da infarto miocardico non fatale, ictus non fatale e

morte da cause cardiovascolari. Il follow-up medio era di 4,7 anni. Dopo un anno la pressione sistolica media era di 119,3 mmHg nel gruppo trattato in modo intensivo e di 133,5 mmHg nel gruppo a trattamento standard. La frequenza annuale dell'esito primario era di 1,87% nel gruppo con trattamento intensivo e del 2,09% nel gruppo a trattamento standard (il rapporto di rischio con la terapia intensiva era di 0,88; i limiti di confidenza al 95% erano da 0,73 a 1,06; P=0,20). La frequenza annuale di morte da qualsiasi causa era di 1,28% e di 1,19% nei due gruppi rispettivamente con un rapporto di rischio di 1,07 e un intervallo di confidenza al 95% da 0,85 a 1,35; P=0,55. La frequenza annuale di ictus, un obiettivo secondario ben specificato era di 0,32% e di 0,53% nei due gruppi rispettivamente (rapporto di rischio, 0,59; intervallo di confidenza al 95% da 0,39 a 0,89; P=0,01). Eventi avversi gravi attribuiti al trattamento antiipertensivo erano avvenuti in 77 dei 2.362 partecipanti al gruppo terapia intensiva (3,3%) e in 30 dei 2.371 partecipanti al gruppo in trattamento standard (1,3%) (P<0,001). In conclusione, in pazienti con diabete di tipo 2 ad alto rischio di eventi cardiovascolari avere come obiettivo una pressione arteriosa sistolica inferiore a 120 mmHg, in confronto a valori inferiori a 140 mmHg, non riduce la frequenza dell'esito combinato di eventi cardiovascolari maggiori fatali e non fatali.

RIPARAZIONE PERCUTANEA DELLA VALVOLA MITRALICA CON SISTEMA MITRA CLIP

La riparazione percutanea può essere ottenuta con bassi livelli di morbosità e mortalità e un miglioramento acuto dell'insufficienza mitralica. Bibliografia: Feldman T, Kar S, Rinaldi M, et al. for the Everest Investigator Percutaneous Mitral Repair with the MitraClip System. Safety and Midterm durability in the initial Everest (Endovascular Valve Edge-to-edge Repair Study) Cohort J Am Coll Cardiol 2009; 54: 686-694

■ Il gruppo ha condotto uno studio prospettico multicentrico a braccio singolo per valutare la fattibilità, sicurezza ed efficacia del Sistema Mitra Clip (Evalve Inc, Menlo Park, California, Usa). La riparazione della valvola mitralica per insufficienza mitralica è stata effettuata con l'uso di un doppio orificio creato chirurgicamente. I pazienti con insufficienza mitralica medio-grave sono stati selezionati secondo le linee guida dell'American Heart Association/American College of Cardiology ed è stato allestito un laboratorio ecocardiografico di riferimento per lo studio. Sono stati trattati un totale di 107 pazienti. Il 9% (10) ha avuto un evento avverso maggiore, compresa una morte non procedurale. La libertà da eventi embolici era del 100%. Il distacco parziale della clip è avvenuto in 10 pazienti (9%). In totale 79 dei 107 pazienti (74%) ha avuto un

successo procedurale acuto e 51 (64%) erano dimessi con insufficienza mitralica inferiore o uguale a 1+. Il 30% (32) dei pazienti ha avuto necessità di un trattamento chirurgico della mitrale nei 3,2 anni dopo la procedura con clip. Quando è stata programmata la riparazione, l'84% (21 di 25) è stato trattato con successo. Pertanto, le opzioni chirurgiche sono state mantenute. Un totale di 50 su 76 (66%) pazienti trattati con successo erano liberi da morte, interventi chirurgici sulla valvola mitralica, o insufficienza mitralica superiore a 2+ a 12 mesi (end-point di efficacia primaria). La sopravvivenza erano 95,9%, 94% e 90,1% e la libertà da intervento chirurgico erano 88,5%, 83,2% e 76,3% a 1, a 2 e a 3 anni rispettivamente. I 23 pazienti con insufficienza mitralica funzionale avevano durata e risultati acuti simili. La riparazione percutanea può essere quindi ottenuta con bassi livelli di morbosità e mortalità e un miglioramento acuto dell'insufficienza mitralica inferiore a 2+ nella maggioranza dei pazienti e un periodo di durata libero da morte, da interventi chirurgici o recidiva di insufficienza mitralica in una percentuale consistente (Everest I e Everest II).

A cura di Gian Franco Gensini (Firenze), Giuliano Mariani (Pisa), Mauro Galeazzi (Siena)
con la collaborazione di Andrea Alberto Conti, Beatrice Dilaghi e Martina Minelli (Firenze)

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

radigma di riferimento, oggi diventa centrale la promozione del benessere sul luogo di lavoro, introducendo secondo il principio comunitario del mainstreaming la prospettiva di genere in ambito prevenzionistico.

Pertanto l'iniziativa congiunta Regione Toscana e Inail di realizzare un progetto dedicato a salute e sicurezza in ottica di genere si pone come ottimo sviluppo operativo di tali impegnative finalità legislative. E ve ne era necessità: anche nella civile società toscana infatti i fenomeni di "insicurezza" lavorativa colpiscono maggiormente le donne sotto il profilo dello stress lavoro-correlato, legato alla fatica del doppio ruolo, familiare e lavorativo. Basta porre mente alla percentuale di lavora-

trici, maggiore dei lavoratori, vittime di infortuni "in itinere", mentre si recano o escono dal lavoro, fenomeno che possiamo leggere nell'ottica di una difficile conciliazione dei tempi (non è un caso che siano prevalentemente le madri ad accompagnare i figli a scuola).

Un dato in controtendenza rispetto al minore coinvolgimento delle donne nell'infortunistica stradale. Si segnala una presenza maggioritaria delle donne nei contratti flessibili, in una situazione di precarietà stressogena. Inoltre non vanno trascurate le situazioni di vera e propria discriminazione, ancora una volta legate al ruolo familiare: emarginazioni e demansionamenti al rientro dai congedi, mancati rinnovi dei contratti a termine, tutte situazioni con impor-

tanti implicazioni sulla salute.

Sarà pertanto necessario attivare tutti gli attori indicati nel progetto, con particolare coinvolgimento della Rete delle consigliere di parità e del Servizio ispettivo del lavoro, come organismi a presidio contro le discriminazioni, per tutti gli interventi di prevenzione e sensibilizzazione delle parti sociali, in particolare dei ruoli apicali nelle aziende pubbliche e private.

Nella convinzione che la salute e la sicurezza si perseguono soprattutto con il rispetto delle regole e con interventi incisivi di formazioni e sensibilizzazione verso il management.

* Consigliera Regionale di Parità della Toscana

Modello basato su formazione... (segue dalla prima pagina)

che attraverso lo strumento della certificazione sociale delle imprese e dei processi produttivi, consolidando la sicurezza come indicatore di "qualità" di impresa.

Per qualificare e migliorare davvero le prestazioni produttive è importante quindi offrire agli operatori la possibilità di promuovere contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale, cercando di contribuire non soltanto alla crescita economica di una comunità, ma anche al suo benessere complessivo.

Va in questa direzione il protocollo operativo, approvato tra la Regione Toscana, Inail Toscana insieme al Comitato pari opportunità

sul tema della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro in ottica di genere, anche attraverso la promozione di buone prassi finalizzate alla diffusione della cultura dell'uguaglianza dei diritti e della lotta alla discriminazione.

Un linguaggio comune, metodologie condivise e strumenti elaborati grazie a un confronto aperto e costante con le forze sociali, le Istituzioni e il mondo scientifico, sono ormai patrimonio di quello che può essere chiamato "il sistema integrato della prevenzione" che mi auguro possa essere un riferimento davvero utile per le lavoratrici e i lavoratori della nostra Regione.

* Dirigente settore Ricerca, sviluppo e tutela nel lavoro Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Viaggia a pieno regime il cantiere dell'ospedale di Castelfiorentino

Santa Verdiana fa continuità



Già in funzione il day service - A maggio 40 letti-ponte con il territorio

Conclusi i lavori che hanno portato all'attivazione del "day service" sono in via di completamento anche i lavori di ristrutturazione del terzo piano del "Santa Verdiana" di Castelfiorentino, l'ospedale di continuità nato con la collaborazione dell'azienda ospedaliera di Careggi e dell'Università di Firenze, che si avvia a svolgere un ruolo sempre più cruciale nel sistema sanitario toscano. Il "Santa Verdiana" si configura infatti come centro di eccellenza per la presa in carico dei malati complessi, con malattie croniche, dei pazienti che necessitano di long term care e per coloro che necessitano di cure palliative (hospice), nonché per la formazione universitaria dei futuri medici e infermieri. Ecco - in una sorta di visita guidata - come sarà articolata l'attività della struttura.

Diagnosi e cura in "day service". Il "day service" prevede attività di diagnosi e cura esercitata attraverso servizi ambulatoriali ovvero un poliambulatorio specialistico e radiodiagnostico in grado di gestire diverse situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero risulta inappropriato, ma per le quali non è possibile trovare risposte adeguate in un servizio ambulatoriale in grado di mettere rapidamente in relazione il medico di medicina generale con le specialistiche ospedaliere, con tempi e modalità diverse dalle ordinarie. Nel "day service" è possibile svolgere percorsi diagnostici con tempi brevi e terapie realizzabili con difficoltà a domicilio, per la diagnosi e la cura di numerose patologie. Il

"day service" ha il suo punto di forza nell'elevata integrazione e nello scambio reciproco delle informazioni tra il medico di famiglia e il medico specialista della struttura ospedaliera. Da questo deriva la sua capacità di prendersi carico dei pazienti cronici che presentano riacutizzazioni o pazienti con problematiche a diagnosi complessa, per i quali i percorsi d'accesso ordinari ai servizi ambulatoriali sarebbero insufficienti, ma non avrebbero bisogno del ricovero ospedaliero.

Degenze per cronici e disabili gravi. La ristrutturazione è stata completata nel mese di ottobre 2009 e ha interessato i locali dedicati alla degenza. In questi locali sono ospitati sia pazienti con patologie croniche che con gravi disabilità neurovegetative. Il paziente è del tutto dipendente dagli altri e la sua sopravvivenza è condizionata da dispositivi che ne assicurano la ventilazione e l'alimentazione: rientra nel long term care anche il coma vegetativo in respirazione assistita. Il criterio con cui sono stati eseguiti i lavori di ristrutturazione è quello di consentire il ricovero di pazienti con la volontà, laddove possibile, di recuperare le capacità residue per favorire il rientro al domicilio con minori difficoltà per il paziente stesso e la sua famiglia. Inoltre, sono funzionanti i locali destinati ai malati oncologici che comprendono l'ambulatorio, la sala d'attesa dedicata, la sala per le terapie, la sala per i gruppi e i servizi. Inoltre, al primo piano dell'ospedale la riabilitazione è già un presidio d'avanguardia sul territorio per la fisioterapia, logopedia e riabilitazione, com-



Ospedale Santa Verdiana, Castelfiorentino

I numeri del Centro trasfusionale			
	2007	2008	2009
Attività di donazione del sangue ed emocomponenti			
Totale donazioni	4.167	4.426	4.690
Donazioni di sangue in.	2.868	3.067	3.125
Donazioni di plasma	1.299	1.359	1.565
Attività dell'ambulatorio di medicina trasfusionale			
Visite mediche	1.580	2.204	2.020
Prelievi venosi	984	1.256	1.363
Emocromi	947	1.256	1.450
Infusioni di ferro	245	527	484
Salassi terapeutici	163	159	188
Trasfusioni di sangue	401	401	441

Nel long term care anche lo stato di coma vegetativo

prende quella intensiva per gravi difficoltà neurologiche. Nel reparto vengono accolti circa 700 pazienti l'anno, per trattamenti ambulatoriali o in day hospital, seguiti da 5 fisioterapisti e un logopedista: d'avanguardia sia le dotazioni tecniche che i progetti riabilitativi proposti; previsto anche un potenziamento contestuale all'avvio dei moduli dedicati all'ospedale di continuità.

Ricoveri di continuità con 40 posti letto. I lavori avviati a fine 2009 e in via di completamento permetteranno di disporre di un reparto di degenza per la medicina di continuità da 40 posti letto (25 al secondo piano, già disponibili e 15 al terzo, in via di completamento, tutte a due letti e con il bagno). Tutte le camere sono dotate di servizi igienici e di impianto di climatizzazione e ricambio aria. Il presupposto dell'ospedale di continuità è la maggiore integrazione tra momento specialistico e medicina generale, tra regime di ricovero in ospedale e assistenza sul territorio. Spetterà alla struttura - che aprirà nel mese di mag-

gio - la presa in carico delle riacutizzazioni che spesso si verificano nei malati cronici, affetti da patologie cardiorespiratorie, vascolari, infezioni broncopulmonari e delle vie urinarie, stati di disidratazione, pazienti a rischio di non autosufficienza perché colpiti da ictus, fratture femorali ecc.

Hospice (cure palliative). Si tratta di un reparto destinato a ospitare i pazienti colpiti da gravi malattie per le quali non è più prevedibile una guarigione, ma che hanno necessità di cure palliative, ovvero di quelle cure destinate a migliorare lo stato clinico, la qualità della vita, i sintomi e le problematiche legate alla patologia originale. L'obiettivo è garantire a questi malati la possibilità di vivere fino all'ultimo istante in un ambiente "protetto", quando questo non sia possibile nella propria abitazione. Il reparto di hospice sarà organizzato in camere singole con la possibilità di accogliere un letto a disposizione di un familiare per garantire il più possibile una vicinanza affettiva. La ristrutturazione del quarto piano inizierà nel 2011 e sarà realizzata con un finanziamento ministeriale di 1,5 milioni di euro.

Formazione. I laboratori di formazione, all'interno del "Santa Verdiana", hanno lo scopo di valorizzare la centralità della persona e dei suoi bisogni di salute attraverso: la ricerca e l'integrazione multiprofessionale; la continuità degli interventi, l'acquisizione di competenze relative ai ruoli professionali all'interno dei percorsi di diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione. Si punta a favorire e sviluppare la crescita culturale dei professionisti della salute e della collettività, tramite il governo dei percorsi di formazione di base e di aggiornamento continuo, indirizzandosi alla qualità delle cure e all'etica professionale, nonché armonizzando i cambiamenti socio-economici, l'innovazione tecnologica, il progresso scientifico, la sostenibilità e l'appropriatezza degli interventi. Le attività si articolano nella formazione alla medicina di comunità e alla continuità dell'assistenza, nella formazione in ecografia e nella formazione dei formatori tramite il supporto di metodologie attive, training on the job e l'impiego di scenari di simulazione. Destinatari del progetto sono medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici ospedalieri e medici dello sport, specializzandi in medicina, operatori delle professioni sanitarie, ma anche cittadini, utenti del Servizio sanitario regionale, care-giver, associazioni e volontariato.

Cure terminali: hospice in pista entro il 2011

Centro trasfusionale. Il centro trasfusionale sarà oggetto di alcuni interventi volti ad aumentare la potenzialità, in particolare sarà ingrandito lo spazio di attesa, creato un locale per l'accettazione, incrementato il numero di poltrone da 6 a 7, ampliato uno dei due ambulatori e ampliata l'area del laboratorio, anche in virtù di un incremento dell'attività svolta nel corso degli ultimi

anni (cfr. tabella).

ne alla medicina di comunità e alla continuità dell'assistenza, nella formazione in ecografia e nella formazione dei formatori tramite il supporto di metodologie attive, training on the job e l'impiego di scenari di simulazione. Destinatari del progetto sono medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici ospedalieri e medici dello sport, specializzandi in medicina, operatori delle professioni sanitarie, ma anche cittadini, utenti del Servizio sanitario regionale, care-giver, associazioni e volontariato.

pagina a cura di **Maria Antonietta Cruciani**
Ufficio stampa
Asl 11 Empoli

BILANCIO SUI PRIMI QUATTRO MESI DI VITA DEL DIPARTIMENTO CREATO AL SAN PIETRO IGNEO

A Fucecchio la chirurgia protesica ha una marcia in più

Chiuso con un bilancio più che lusinghiero il primo periodo di rodaggio del Dipartimento di ortopedia protesica in Area vasta Centro. Nei primi quattro mesi di vita, della struttura situata nell'ospedale "San Pietro Igneo" di Fucecchio, infatti, l'équipe di ortopedia protesica - coordinata dal professor Massimiliano Marcucci - ha effettuato ben 217 interventi affrontando una casistica che va dalla sostituzione di articolazioni maggiori al reimpianto degli arti inferiori, alla revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio e così via.

Alla luce dei casi trattati il Dipartimento si configura come un centro di cura per pazienti toscani e non. Sono stati 140 gli utenti operati a Fucecchio provenienti dalle aziende sanitarie afferenti l'Area vasta Centro, 18 quelli provenienti dall'Area vasta Sud-Est e 12 quelli dall'Area vasta Nord-Ovest. In 30 sono confluiti nella struttura fucecchiese dal territorio dell'Asl 11 e in 17 da altre regioni.

Oltre all'avvio dell'attività chirurgica, nei primi quattro mesi di attività si è realizzata presso il dipartimento una delicata fase costitutiva e organizzativa anche dal punto di vista

Area vasta Centro: le attività del dipartimento di ortopedia protesica

Area vasta di provenienza	Azienda di provenienza	Numero ricoveri	Età media	Degenza media
Area vasta Nord	102	1	81,0	10,0
	105	3	79,3	10,7
	106	8	60,6	7,5
Area vasta Centro	103	10	61,0	8,7
	104	11	50,9	6,8
	110	119	66,9	8,1
Area vasta Sud	107	4	71,0	6,8
	108	13	63,0	8,1
	109	1	54,0	6,0
Fuori Regione	Fuori regione	17	61,4	7,7
Residenti	Residenti	30	65,7	7,7
Totale complessivo		217	65,0	7,9

giuridico-amministrativo e medico-assistenziale che hanno ormai raggiunto il definitivo assestamento, trasformando la struttura anche in sede di iniziative scientifiche e di sperimentazioni assistenziali.

Di recente, inoltre, sono stati inoltre avviati

i lavori del primo piano dell'ospedale "San Pietro Igneo" per aumentare i posti letto e, quindi, la capacità di accoglienza di quanti intendono avvalersi della struttura ospedaliera fucecchiese: i letti di degenza attualmente disponibili sono 24; a conclusione dei lavori,

iniziati nel mese di febbraio, saranno 38.

Per il primo semestre del 2010 sono stati già programmati 332 interventi. Merita sottolineare che l'ospedale di Fucecchio nel corso del secondo semestre del 2009 si è configurato all'interno dell'Area vasta Centro come struttura pubblica del network ospedaliero, cioè specifica struttura dedicata alla quota parte di chirurgia protesica dell'anca in regime di elezione, in coerenza con la collocazione della funzione operativa "Programma clinico-assistenziale per la Chirurgia protesica dell'anca" nell'ospedale aziendale come previsto nel Piano sanitario regionale 2005-2007 e confermato nella proposta di Psr 2008-2010.

L'impianto organizzativo più idoneo al raggiungimento di elevati livelli di integrazione tecnico-assistenziale associati alla didattica e alla ricerca è stato ritenuto essere il dipartimento interaziendale tecnico-funzionale a valenza gestionale tra Azienda ospedaliera universitaria Careggi e l'Asl 11 di Empoli per l'erogazione di prestazioni di ortopedia protesica.

La pianificazione dell'attività si è concretizzata con la presa in carico dei pazienti e il completamento dei percorsi assistenziali.

DOCUMENTI

Al via lo schema di indirizzo dell'Osservatorio permanente che ha l'obiettivo di uniformare il sistema regionale del pronto soccorso

Emergenza-urgenza: ecco le linee guida per le Asl

L'iter da seguire: dalla gestione del percorso assistenziale all'algorithmo decisionale - Priorità alla formazione del personale

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO (SECONDA PARTE)

Pubblichiamo la seconda e ultima parte della delibera n. 446/2010 sul sistema di emergenza-urgenza. In particolare sono pubblicati gli allegati «C», parte dell'allegato «D» ed «E». La prima parte è stata pubblicata sul numero precedente di Toscana Salute n.17/2010. Per il testo completo si veda l'indirizzo web: <http://bit.ly/blbkD>.

Allegato C
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE TOSCANA
"Gruppo di lavoro Flussi verso e dal Pronto soccorso"

La gestione del percorso assistenziale
"Per e dal Pronto soccorso: il ruolo del 118, del Pronto soccorso e dell'assistenza extraospedaliera"

Per descrivere con esattezza il percorso del paziente per e da il pronto soccorso è necessario definire la mission sia del 118 che del Pronto soccorso: il sistema 118 è la struttura deputata a garantire l'intervento sanitario in tempi coerenti con la riduzione della mortalità e il contrasto all'instaurarsi di disabilità sviluppate in ambito territoriale.

Alla funzione di emergenza urgenza, soddisfatta massimamente attraverso l'esecuzione in tempi rapidi di attività protocollate, salvavita, si associa però quella di assistenza attraverso la quale assicurare il trasporto in ospedale. Il pronto soccorso è la struttura deputata alla gestione dell'emergenza-emergenza sanitaria che giunge all'ospedale dal territorio; garantisce, nel minor tempo possibile, l'inquadramento clinico e la stabilizzazione dei pazienti con patologia acuta che si presentano al pronto soccorso e, quando se ne ravvisi la necessità, provvede al loro ricovero in struttura adeguata.

È necessario descrivere brevemente le problematiche che si possono presentare a un paziente che dal territorio giunge a un pronto soccorso e deve essere ricoverato: il sistema è apparentemente semplice ma in realtà ad alta complessità come tutti i sistemi dove molteplici sono gli attori: un cittadino ha un problema sanitario critico, chiama telefonicamente il 118 che attiva un'ambulanza e contemporaneamente un'automedica. Il medico arriva sul posto, fa un esame clinico del paziente e, se se ne presenta la necessità, sale in ambulanza e trasporta, assistendolo, il cittadino al Pronto soccorso del presidio più vicino oppure del presidio più idoneo alla patologia presentata. Il cittadino arriva al pronto soccor-

so viene valutato e se necessario viene ricoverato, su un posto liberato all'interno del presidio dallo specialista di turno (internista, cardiologo, nefrologo ecc.) a seconda della tipologia di problema presentato.

Descriviamo ciascuna fase in maniera più accurata.

Emergenza sanitaria territoriale effettua le seguenti attività articolate in fasi:

- il necessario intervento sanitario, effettuato direttamente sul territorio laddove si verifica l'evento, mediante l'invio di mezzi ed equipaggi di soccorso;
- il trasporto verso un Dipartimento di emergenza accettazione/pronto soccorso, quando è indicata la ospedalizzazione;
- il coinvolgimento di altre componenti assistenziali (Mmg, Medico continuità assistenziale ecc.) nel caso in cui il paziente soccorro non necessita di ospedalizzazione;
- utilizzo integrato "a rotazione" del personale afferente al 118/PS;
- la centralizzazione sul numero 118 delle richieste telefoniche di assistenza sanitaria di emergenza urgenza provenienti dal territorio.

È altresì evidente che le centrali del 118 dovrebbero costituire la cabina di regia unica che si interfaccia con gli altri nodi del sistema (Pronto soccorso, Ospedali) per uso appropriato e soprattutto efficiente in termini di tempestività. La gestione del trasporto sanitario ordinario che ha ruolo strategico nel migliorare l'efficienza delle dimissioni ospedaliere rimane affidata alle associazioni di volontariato.

Per fare funzionare bene il meccanismo di accoglienza-gestione del cittadino arrivato al Pronto soccorso del Presidio è indispensabile riorganizzare il Ps ma anche i flussi intraospedalieri attraverso le seguenti direttrici:

- configurazione del Ps come struttura ad alto indice di rotazione di pazienti, con una disponibilità congrua di posti letto di Osservazione breve, e al cui interno la permanenza non deve superare le 24-36 ore;
- consolidamento del processo di divisione dei flussi in Ps tra pazienti ad alto e basso bisogno assistenziale e dei percorsi "fast-track";
- organizzazione linee di ingresso e assistenziali diversificate per i ricoveri di urgenza e quelli in elezione, in maniera coerente quindi con la riorganizzazione degli ospedali secondo il principio dell'intensità di cura.

La trasformazione della dimissione ospedaliera da processo pulsato a processo continuo sia nell'arco della giornata che per tutti i giorni della settimana, attraverso l'organizzazione di procedure di trasferimento verso le strutture territoriali (domicilio, Rsa, ospedali di comunità), creazione di strutture per l'attesa della dimissione (discharge room) e una gestione sempre più efficiente dei servizi di trasporto.

Struttura di radiodiagnostica dedicata per i Ps ad alto afflusso (> 35.000 accessi). Questo è schematicamente il percorso del cittadino all'interno dell'Ospedale (vedi grafico 1).

Il governo e il controllo dei flussi intraospedalieri afferisce naturalmente alla Direzione medica di ciascun presidio ospedaliero (comma 3 e 4 dell'art. 68 della Legge regionale n. 60 del 10/11/2008 "Disciplina del Servizio sanitario regionale") con la necessità di una previsione, conduzione e gestione dei seguenti punti:

- definizione del numero dei posti letto destinati ad assorbire i casi provenienti dal Ps, in base alla necessità di garantire le attività programmate sia di area medica che chirurgica a larga diffusione, secondo la mission dei singoli presidi ospedalieri;
- le modalità di gestione, dei ricoveri cosiddetti "in appoggio" qualora le condizioni di afflusso superino l'offerta di posti letto sopra determinata, elaborando non-

me e modalità organizzative per la gestione del fenomeno;

- le modalità di trasporto interno e di passaggio dei pazienti da un livello ad alta intensità verso un livello di media intensità e viceversa;

- puntualità della dimissione dei pazienti attraverso un collegamento funzionale con il Punto unico di accoglienza e/o l'approntamento di strutture, all'interno del presidio, di sosta in attesa della dimissione con conseguente disponibilità anticipata dei posti letto per i pazienti in ingresso (Discharge room);

- i pazienti con affezioni di tipo internistico di media gravità devono essere trasferiti nel più breve tempo possibile ai reparti di degenza ordinaria dove concluderanno l'iter diagnostico cominciato al Deu;

- per quanto riguarda i pazienti ricoverati è fondamentale che dall'ingresso in reparto vengano sottoposti, da parte del personale infermieristico, a una valutazione delle condizioni di supporto sociale, familiare e abitativo che possano rendere difficile la dimissione in modo da evitare tempestivamente le strutture territoriali per la programmazione integrata della dimissione a domicilio

o in altra struttura. (A tal fine è necessario che all'ingresso venga fatta una previsione il più possibile precisa di gg di ricovero);

- i pazienti con patologie mediche che dopo la Osservazione breve presentano bisogni assistenziali che non richiedono ospedalizzazione vengono indirizzati direttamente agli ambulatori specialistici specifici (medici o chirurgici) che assicurano la presa in carico del paziente nel senso di programmare un approfondimento diagnostico e terapeutico verso le strutture di day service e/o day hospital medico e/o chirurgico;

- a livello dei presidi ospedalieri è necessaria la figura del bed manager: questa figura è coperta da un medico di Direzione sanitaria di presidio e ha la funzione di verifica delle procedure concordate dai professionisti ed in caso di iperafflusso svolge la funzione di reperimento di posti letto eventualmente bloccando i ricoveri programmati; costituisce una interfaccia professionale di grande importanza nei rapporti fra strutture complesse o fra diversi dipartimenti;

- Discharge room: recentemente è stata proposta e in alcuni ospedali già attivata un'area di "scambio pazienti" indispensabile nei casi in cui manchi la sincronizzazione fra dimissioni dai reparti e reale liberazione del posto letto, oppure nel caso in cui analogo fenomeno si verifichi presso la struttura complessa di Medicina di urgenza per ritardo di dimissione effettuata e reale abbandono del reparto per ritardo dei parenti, dei servizi di trasporto ecc.

In questa zona aperta 8-20 sosta il cittadino assistito per quanto necessario da uno staff costituito prevalentemente da Oss con un bassissimo numero di infermieri visto che il paziente è effettivamente dimesso.

Fino a ora abbiamo trattato la fase di assistenza territoriale, la fase di arrivo al Ps e la gestione interna al Ps stesso e al reperimento di pi all'interno dell'ospedale. Queste due prime fasi possono ragionevolmente funzionare solo se funziona bene la terza: "Da il Pronto soccorso" intesa come flussi in uscita dall'ospedale verso il territorio sia che la provenienza sia il Dea sia che sia un posto letto ordinario.

Flussi in uscita dall'ospedale a salvaguardia dei posti letto del presidio
Questa fase del percorso trova il suo

naturale luogo di governo e di coordinamento nel team del Punto unico di accesso (Pua) il cui responsabile è un dirigente della Zona distretto in cui è ubicato il presidio ospedaliero. Il team del Pua prevede la partecipazione attiva del Mmg che ha un ruolo strategico nella pianificazione del progetto terapeutico per ciascun paziente in dimissione.

Affinché la presa in carico territoriale possa avvenire in tempi corretti è necessario che il personale infermieristico delle strutture di ricovero Ospedaliero non appena prende in carico pazienti "target" per i quali è ipotizzabile una difficoltà di dimissione, faccia effettuare una valutazione di tutte le variabili di contesto (sociali, abitative, familiari) entro le prime 24 ore dall'ingresso fornendo tali notizie al Pua.

Il responsabile del Pua dovrà concordare con il sistema di trasporto ordinario le modalità operative di raccordo per la dimissione puntuale. Affinché tale processo si sviluppi in maniera fluida è necessario che siano definiti protocolli d'intesa tra Pua, Mmg e specialisti ospedalieri per dimissione di soggetti "target" verso il domicilio, gli ospedali di comunità o le strutture intermedie.

Tutto ciò finalizzato a una gestione efficiente di questa fase del percorso conseguendo i seguenti obiettivi:

- migliorare il flusso in entrata e in uscita dall'ambulatorio ospedaliero garantendo la continuità delle cure e dell'assistenza;
- favorire il mantenimento dei soggetti fragili al proprio domicilio attraverso la diffusione dei servizi domiciliari;
- ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti o incongrui legati a un precario equilibrio clinico nel periodo immediatamente successivo alla dimissione non organizzata;

so lo sviluppo domiciliari;

Flussi in uscita dall'ospedale e dal Dea (invio dei pazienti al proprio domicilio e/o nella sede di provenienza)
I problemi si pongono con i pazienti barellati o comunque per coloro che non utilizzano mezzo proprio, a tal fine è necessario un accordo con le organizzazioni di volontariato per un trasporto in tempo reale.

Considerando che è fortemente impropria ogni ora di sosta in Dea di un paziente dimesso. Ove sussistano anche problemi di natura sociale (cosa sempre più frequente vista l'età media dei pazienti) sarebbe importante una rapida presa in carico di tali problematiche da parte del servizio sociale ospedaliero

È indispensabile valutare e realizzare tutte le tappe su esposte ma pur avendole realizzate non è detto che si riesca a sincronizzare tutte le fasi in una dinamica "pull". Allora può diventare necessario attivare altri percorsi quali: discharge room; area discharge; protocolli operativi con il sistema di trasporto ordinario; dimissioni diluite nel tempo, continue, con programmazione quantitativa temporizzata.

Quando detto da l'idea della complessità di un fenomeno che, in altri tempi, non creava analoghi problemi forse perché la popolazione era era così vecchia, non si recava tanto all'ospedale (chiedeva molto meno servizi), avevamo molti più posti letto con degenze medie molto elevate e con permanenze nei posti letto ospedalieri di pazienti facilmente dimissibili. Riduzione del numero totale dei posti letto, degenze medie basse, età media dei pazienti alta, eccesso di richiesta di diagnostica fanno sì che il percorso debba essere costantemente vigilato non avendo più a disposizione "grandi riserve".

Breve termine:
- azione formativa su tutto il personale coinvolto nel primo soccorso per assicurare la massima efficacia delle prime cure e una più precisa valutazione della gravità del paziente in modo da scegliere sempre le soluzioni più appropriate;

Collegamento in rete Centro ustioni - punti primo intervento
Il sistema dell'emergenza - urgenza regionale coinvolge 4 ospedali sede di Dea di livello 22 ospedali sede di Dea di livello e 18 semipil Pronto soccorso regolarmente distribuiti sull'intero territorio e collegati alla rete del 118. Per quanto concerne le ustioni bisogna considerare che:

- vi è un limitato numero di posti letto

Nonostante tutto, la Commissione ritiene che il sistema emergenza-urgenza in Toscana abbia raggiunto alti livelli organizzativi. Quanto detto deve costituire però uno stimolo continuo ed ulteriore al miglioramento del sistema.

Allegato E
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE TOSCANA
"Gruppo di lavoro Gestione del grande ustionato"

Il gruppo di lavoro sul "grande ustionato", afferente all'Osservatorio permanente sul sistema emergenza-urgenza della Regione Toscana, dopo aver individuato alcune "criticità" nell'organizzazione territoriale del soccorso di pazienti ustionati, ha formulato alcune proposte per rendere più efficace il percorso assistenziale di questi particolarissimi pazienti.

La gestione in emergenza degli ustionati, infatti, richiede una precisa definizione dei percorsi al fine di assicurare una risposta rapida, efficiente ed efficace garantendo, nello stesso tempo, un razionale impiego delle risorse umane, tecnologiche e strutturali. È stata evidenziata la necessità, in primis, di adeguare le conoscenze in materia di tutto il personale impegnato nella catena del soccorso in modo tale da garantire sempre un elevato e qualificato livello assistenziale già sul posto dell'incidente ed essere in grado di fare una giusta valutazione del danno sia per una più esatta impostazione della terapia e sia per scegliere la destinazione ospedaliera più appropriata in rapporto alla effettiva gravità delle lesioni riscontrate.

È stata evidenziata una criticità riferita al percorso assistenziale per i pazienti in età pediatrica con ustioni estese a oltre il 30% della superficie corporea. È stata messa in evidenza l'impossibilità di incrementare il turnover dei pazienti ricoverati in Centro ustioni per le enormi difficoltà a ricollocare sul territorio gli ustionati non più bisognosi di cure intensive ed interventi specialistici.

È stato richiesto, infine, un potenziamento del Centro ustioni di Pisa (Cu) che, pur essendo di recente realizzazione, non è completamente rispondente alla funzione di Centro di riferimento regionale. Per affrontare queste problematiche il Gruppo di studio ha proposto il raggiungimento di alcuni obiettivi suddivisi in rapporto alla differente tematica, nel modo di seguito riportato:

Breve termine:
- azione formativa su tutto il personale coinvolto nel primo soccorso per assicurare la massima efficacia delle prime cure e una più precisa valutazione della gravità del paziente in modo da scegliere sempre le soluzioni più appropriate;

Collegamento in rete Centro ustioni - punti primo intervento
Il sistema dell'emergenza - urgenza regionale coinvolge 4 ospedali sede di Dea di livello 22 ospedali sede di Dea di livello e 18 semipil Pronto soccorso regolarmente distribuiti sull'intero territorio e collegati alla rete del 118. Per quanto concerne le ustioni bisogna considerare che:

- vi è un limitato numero di posti letto

Formazione del personale
La "qualità" del primo soccorso può incidere moltissimo sulla prognosi dei grandi ustionati. Per questo motivo, è necessario che tutti gli operatori nel settore dell'emergenza siano a conoscenza dei problemi connessi a un esteso trauma termico e siano in grado di effettuare, immediatamente, un preciso inquadramento prognostico del traumatizzato, adottare gli opportuni provvedimenti terapeutici e pianificare correttamente il trasferimento nel Centro ustioni secondo il modello "Hub and Spoke". Tutto questo richiede un'adeguata attività educativa e formativa destinata principalmente alle seguenti categorie di soccorritori e medici che avviano le cure:

- Vigili del fuoco;
- personale medico e infermieristico del Servizio 118;
- personale volontario delle Associazioni di volontariato (Misericordie, Pubbliche assistenze, Croce rossa);
- personale del Pronto soccorso - Dea;
- personale delle Uo di Pediatria (all'arrivo di un bambino in Ps, indipendentemente dalla patologia presentata, il Pediatra viene quasi sempre chiamato a consulenza);
- Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta (in realtà decentrate e coinvolti spesso nel primo soccorso).

La formazione del personale dovrebbe prevedere lezioni molto pratiche con simulazioni di determinati scenari e discussioni sulle diverse modalità di intervento. Potrebbero essere trattati i seguenti argomenti:

- il primo soccorso sul luogo dell'incidente;

- i criteri di gravità di un'ustione;

- il trasporto in Ospedale;

- il primo trattamento locale e generale nel Pronto soccorso;

- criteri di trasferimento al Centro di riferimento;

- il trattamento delle ustioni ambulatoriali.

Le lezioni potrebbero essere svolte con le modalità della video-conferenza in modo da semplificare gli spostamenti e coinvolgere contemporaneamente il maggior numero possibile di operatori.

Per programmare in tempi ragionevoli brevi un simile modello formativo e organizzarlo al meglio è stato ritenuto opportuno e utile il coinvolgimento dell'Unità operativa regionale per la formazione del personale.

Durante il 2009 è stata avviata una collaborazione con la facoltà di Medicina e chirurgia di Pisa, con la Scuola di specializzazione in Chirurgia generale, con la Dermatologia di Pisa e con la Scuola di specializzazione in Dermatologia di Firenze per una più approfondita formazione sulle problematiche riferite alle ustioni degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia e alle Scuole di specializzazione in Scienze infermieristiche. È stata ottenuta, infine, una Borsa di studio regionale assegnata alla Scuola di specializzazione in Chirurgia plastica di Siena, per la specifica formazione di specialisti esperti nel trattamento delle ustioni.

Collegamento in rete Centro ustioni - punti primo intervento
Il sistema dell'emergenza - urgenza regionale coinvolge 4 ospedali sede di Dea di livello 22 ospedali sede di Dea di livello e 18 semipil Pronto soccorso regolarmente distribuiti sull'intero territorio e collegati alla rete del 118. Per quanto concerne le ustioni bisogna considerare che:

- vi è un limitato numero di posti letto

Formazione del personale
La "qualità" del primo soccorso può incidere moltissimo sulla prognosi dei grandi ustionati. Per questo motivo, è necessario che tutti gli operatori nel settore dell'emergenza siano a conoscenza dei problemi connessi a un esteso trauma termico e siano in grado di effettuare, immediatamente, un preciso inquadramento prognostico del traumatizzato, adottare gli opportuni provvedimenti terapeutici e pianificare correttamente il trasferimento nel Centro ustioni secondo il modello "Hub and Spoke". Tutto questo richiede un'adeguata attività educativa e formativa destinata principalmente alle seguenti categorie di soccorritori e medici che avviano le cure:

- Vigili del fuoco;
- personale medico e infermieristico del Servizio 118;
- personale volontario delle Associazioni di volontariato (Misericordie, Pubbliche assistenze, Croce rossa);
- personale del Pronto soccorso - Dea;
- personale delle Uo di Pediatria (all'arrivo di un bambino in Ps, indipendentemente dalla patologia presentata, il Pediatra viene quasi sempre chiamato a consulenza);
- Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta (in realtà decentrate e coinvolti spesso nel primo soccorso).

in Cu (solo 8 per una popolazione residente di circa 3,5 milioni di abitanti) da riservare a pazienti effettivamente bisognosi di cure intensive;

- il territorio regionale è molto vasto con collegamenti stradali non sempre agevoli e questo rende difficoltoso il trasferimento degli ustionati il più delle volte inviate presso il Cu anche solo per consulenze.

Questi due fattori limitano il percorso assistenziale del paziente pediatrico ustionato. È stato proposto un sistema facilmente adottabile come la creazione di un collegamento in rete Web tra il Cu e tutte le strutture regionali coinvolte nel sistema urgenza emergenza. L'interazione multimediale real-time tra l'ustionologo e gli operatori territoriali e dei pronto soccorsi, infatti, consentirebbe di "visionare" direttamente il paziente (grazie alla possibilità di trasferimento di video di buona risoluzione) ed effettuare già una prima rapida consulenza specialistica utile per una più precisa valutazione clinica. In questo modo la scelta del percorso assistenziale, condivisa con lo specialista, potrà essere molto più appropriata con risparmio di risorse economiche relative ai molti trasferimenti, di tanti pazienti con ustioni modeste sopravvalutate con invii evitabili in Cu talora con l'impiego dell'elisoccorso.

Individuazione strutture per cure post-intensive e riabilitazione
Molto spesso i pochi posti letto del Centro ustioni sono impropriamente occupati da pazienti che, superata la fase critica e completato il programma ricostruttivo chirurgico, avrebbero bisogno di degenza in reparti di riabilitazione o altre strutture territoriali in grado di gestire al meglio eventuali lesioni residue in via di guarigione. Questi trasferimenti non sono sempre possibili non solo per carenza di posti letto ma, il più delle volte, per un'adeguata capacità a gestire simili lesioni. Si è ipotizzata, pertanto, la necessità di collegare il Centro Ustioni ad alcune strutture periferiche (Uo di dermatologia, Adi, Rsa, Hospice, Centri di riabilitazione ecc.) individuando almeno una per singola provincia. In queste strutture, dopo opportuna formazione del personale, si potrebbero trasferire i pazienti che hanno superato la fase critica e non richiedono più particolari cure intensive ed ulteriori trattamenti specialistici. Alcuni centri hanno già espresso parere favorevole a una simile collaborazione (come a es. la dermatologia di Viareggio e quella di Pistoia) e altre ancora potrebbero essere coinvolte con opportune incentivazioni.

Trattamento delle gravi ustioni pediatriche
Una criticità nel sistema dell'emergenza per ustionati è rappresentata senza dubbio dalla carenza di percorsi assistenziali standardizzati per i gravi ustionati in età pediatrica. In regione, infatti, manca un Centro ustioni pediatrico e i piccoli pazienti ustionati sono attualmente trattati presso il Meyer di Firenze laddove, non essendoci un vero e proprio Centro ustioni, possono essere accolti solo se l'estensione dell'ustione è al di sotto del 30% della superficie corporea. Presso il Cu di Pisa dove attualmente ci sono solo letti di terapia intensiva per adulti vi è carenza di figure professionali (rianimatori in particolare) con sufficiente esperienza in ambito pediatrico.

In generale il paziente intensivo pediatrico dovrebbe essere gestito in una Terapia intensiva pediatrica limitando il suo ricove-

ro in una Ti per adulti solo al tempo necessario per la sua iniziale stabilizzazione clinica. Nel caso specifico di bambini ustionati il Centro ustioni dovrebbe essere l'unico reparto di riferimento poiché solo al suo interno è possibile garantire le cure più adeguate.

Allo stato attuale in Toscana sono in via di perfezionamento le procedure operative che consentiranno di definire il percorso assistenziale del paziente pediatrico ustionato.

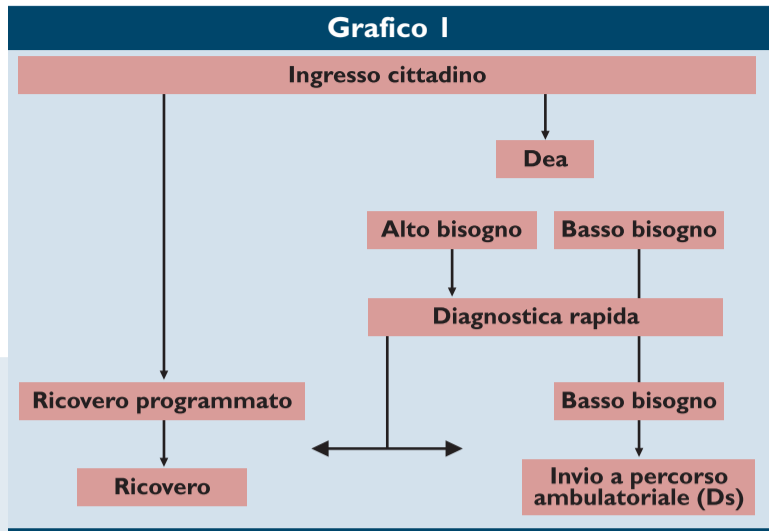
Potenziamento e riorganizzazione del centro ustioni di Pisa
Il Centro ustioni dell'Aoup, sito all'interno dell'Ospedale di Cisanello, pur essendo di recentissima costruzione necessita di interventi strutturali e funzionali. Ci si riferisce in particolare alla collocazione del centro che è, allo stato attuale, distaccato da reparti con cui è indispensabile una stretta collaborazione: Rianimazione, Chirurgia d'urgenza e i servizi di diagnostica radiologica (Tac, Rmn ecc.). È prevista pertanto la realizzazione di una nuova e più efficiente struttura in modo da stabilire il naturale collegamento con la rianimazione e con gli altri reparti e servizi coinvolti nell'emergenza. Sarà anche valutata la necessità di affiancare al nuovo Centro ustioni un reparto autonomo di Fisioterapia intensiva (4-6 posti letto) in cui accogliere tutti quei pazienti bisognosi di un idoneo recupero funzionale e che di solito non si riesce a ricollocare sul territorio per assoluta carenza di posti letto.

Allegato D
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA DELLA REGIONE TOSCANA
"Gruppo di lavoro Gestione del paziente politraumatizzato"
Introduzione
Secondo il nuovo Psr 2008-2010 la rete del trauma, nel triennio di vigenza del Piano 2005-2007, ha raggiunto punti di grande qualificazione sulla base degli obiettivi basilari che il Piano stesso indicava:

- un sistema preospedaliero, tale da assicurare una base di soccorso qualificata sul piano operativo;
- l'identificazione dei Trauma center (Hub) rispetto alla possibilità di assolvere ai compiti non attuabili presso i Centri Spoke;
- un trasporto rapido e protetto fino al Presidio ospedaliero, nel più vicino, ma il più appropriato per la situazione clinica;
- una risposta di più professionalità specialistiche integrate in team.

Il Psr attuale perfeziona la definizione della rete del trauma incardinando sulle quattro Aziende ospedaliero-universitarie i suoi centri nodali (centri Hub: Aou Careggi Firenze, Aou Le Scotte Siena e Aou Pisa e nell'Aou Meyer per il trauma pediatrico), che "si distinguono per essere sedi di attività radiologiche e interventistiche operative oltre che di chirurgia specialistica cardiologica e neurologica". Si ritiene che la centralizzazione dei casi di Trauma maggiore (Tm) in centri di riferimento comporti vantaggi sul piano clinico-assistenziale ed economico; e oggi però non sono disponibili dati conclusivi in tal senso anche se viene accettato che un centro Hub dovrebbe assicurare un standard di attività (esempio, trattamento di non meno di 400-500 casi anno in ciascun centro Hub) e la capacità di risolvere al suo interno ogni tipo di problematica specialistica.

Il Psr privilegia un modello di assistenza inclusivo, caratterizzato dalla attivazione di un sistema di risposta che coinvolge tutte le strutture che operano sul territorio regionale (ospedali territoriali-Spoke e Azien-



de ospedaliero-universitarie-Hub) essendo ciascuna di queste in possesso dei requisiti necessari per assicurare e/o avviare interventi tempestivi continui e appropriati nelle diverse fasi assistenziali (emergenza-urgenza, acuzie, post-acuzie, riabilitazione intensiva ed, eventualmente, estensiva). Il sistema costituito dai Centri Spoke e Hub e dalla rete 118 costituisce il Sistema trauma della Regione Toscana (Strt).

Il modello che si sta attuando tende alla sensibile riduzione delle morti conseguenti a Tm e al contenimento della frequenza e complessità delle sequele disabilitanti da esso derivanti.

Centralizzazione del Trauma maggiore presso un centro Hub
L'emergenza sanitaria territoriale rappresenta il primo anello della catena della sopravvivenza, sia per quanto attiene alla patologia di natura traumatica che non traumatica. La richiesta di intervento, pervenuta alla Centrale operativa 118 (Co) di competenza territoriale, deve necessariamente essere "processata"; la raccolta delle informazioni consente alla Co di attribuire all'evento l'appropriata criticità (in ordine decrescente rosso, giallo, verde, bianco) e di operare le migliori scelte in termini di mezzi ed equipaggi da attivare, più adeguati per numero, professionalità, dotazioni e tempestività stimata di intervento al soccorso. L'arrivo sul luogo dell'evento dei mezzi e degli equipaggi attivati dalla Co consente l'inizio della fase di soccorso vero e proprio che deve prevedere non solo l'attività valutativa e la messa in atto delle manovre e tecniche previste in caso di traumatismo, ma anche, se trattasi di eventi traumatici a coinvolgimento plurimo, un'attività di triage (sproporzione fra numero di soggetti coinvolti e numero di personale addetto al soccorso).

Sul luogo dell'evento viene intrapresa un'attività decisionale congiunta fra il personale presente sul posto e la Co relativamente alla scelta dell'ospedale di destinazione, in funzione delle condizioni cliniche, delle distanze, delle disponibilità reali all'accettazione, degli elementi contingenti che possono significativamente influenzare i tempi di percorrenza. La scelta dell'ospedale di destinazione in grado di garantire il più appropriato livello assistenziale risulta uno degli aspetti di maggiore criticità per quanto attiene i pazienti traumatizzati, in considerazione delle molteplici evidenze che il tempo che intercorre tra l'evento trauma e il raggiungimento del presidio di destinazione in grado di fornire il trattamento appropriato e definitivo, condiziona in maniera rilevante l'outcome sia in termini di mortalità che di disabilità. Pertanto, le modalità di soccorso preospedaliero, la distanza e il livello assistenziale garantito dai presidi ospedalieri di destinazione, il tempo stimato di trasporto in funzione anche delle condizioni meteorologiche e/o di viabilità rappresentano variabili rilevanti ai fini di operare la migliore scelta possibile del presidio di destinazione.

Lo sviluppo di linee guida per la scelta dell'ospedale di destinazione più appropriato per ciascun paziente in relazione a tutte le variabili contingenti si fonda sull'analisi dei fattori di rischio che consentono di selezionare quei pazienti che, con maggior probabilità, evolveranno, individuando quelle condizioni particolari che meglio di altre possono predire il rischio di evoluzione in senso peggiorativo del paziente traumatizzato.

I criteri scientifici che sostengono i prin-

cipi della centralizzazione si fondano sostanzialmente su tre elementi: le necessità terapeutico-assistenziali di emergenza/urgenza, in tempi di cui si può disporre per realizzare le cure necessarie, il tempo di trasporto pre-ospedaliero definito come l'intervallo temporale dal momento della partenza dal luogo dell'evento fino all'arrivo all'Ospedale di destinazione. Gli stessi parametri risultano il presupposto per la necessaria integrazione funzionale territorio-ospedale, nel senso che il sistema deve essere predisposto affinché l'ospedale ricevente sia in grado di "dare continuità alla centralizzazione" in termini di accoglienza e realizzazione dell'appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Il ricovero in regime di emergenza di un Strt viene effettuato, presso i Centri del Strt (Hub e Spoke), dopo il semplice preavviso, in tempi utili per l'accoglienza, da parte della Co competente.

Il centro Hub assicura, nell'arco delle 24 ore, la ricettività continua dei casi di Tm dotandosi di protocolli interni necessari alla gestione contemporanea di più casi e di un collegamento con gli altri centri Hub e i centri Spoke regionali per assicurare, in ogni caso, una assistenza specialistica.

I criteri scientifici che sostengono i prin-

cipi della centralizzazione si fondano sostanzialmente su tre elementi: le necessità terapeutico-assistenziali di emergenza/urgenza, in tempi di cui si può disporre per realizzare le cure necessarie, il tempo di trasporto pre-ospedaliero definito come l'intervallo temporale dal momento della partenza dal luogo dell'evento fino all'arrivo all'Ospedale di destinazione. Gli stessi parametri risultano il presupposto per la necessaria integrazione funzionale territorio-ospedale, nel senso che il sistema deve essere predisposto affinché l'ospedale ricevente sia in grado di "dare continuità alla centralizzazione" in termini di accoglienza e realizzazione dell'appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Il ricovero in regime di emergenza di un Strt viene effettuato, presso i Centri del Strt (Hub e Spoke), dopo il semplice preavviso, in tempi utili per l'accoglienza, da parte della Co competente.

Il centro Hub assicura, nell'arco delle 24 ore, la ricettività continua dei casi di Tm dotandosi di protocolli interni necessari alla gestione contemporanea di più casi e di un collegamento con gli altri centri Hub e i centri Spoke regionali per assicurare, in ogni caso, una assistenza specialistica.

I centri Spoke a loro volta assicurano la ricettività continua dei casi di Tm dotandosi di protocolli interni e di un collegamento con i centri Hub di riferimento e con altri centri Spoke.

L'algorithmo decisionale
Nel diagramma di flusso (vedi figura 1) viene rappresentato l'algorithmo decisionale per i processi di centralizzazione primaria (direttamente dal luogo dell'evento) verso il centro Hub, in caso di intervento sul luogo dell'evento di mezzi Als con professionalità sanitaria a bordo: se, terminato il necessario intervento di soccorso in loco, il tempo stimato di trasporto risulta pari a non più di 30 minuti, il trasporto dovrà essere effettuato direttamente presso il centro Hub in presenza di positività di uno o più criteri fisiologici e/o anatomici.

Fa eccezione il caso in cui per problemi di gestione delle vie aeree, non risolvibili dal team territoriale, e per emorragie esterne non controllabili, sarà necessario trasportare il paziente al Pronto soccorso più vicino. In caso di instabilità emodinamica in presenza di trauma addominale, il paziente deve essere trasportato presso il centro Spoke o Hub in relazione al tempo di trasporto previsto.

In assenza di positività di uno o più criteri fisiologici e/o anatomici, la destinazione prescelta sarà rappresentata dall'Ospedale di destinazione (Spoke o Hub) più vicino al luogo dell'evento anche in presenza di positività di criteri dinamici. Fa eccezione la eventuale coesistenza di situazioni individuali particolari (coagulopatie; terapia con anticoagulanti; dialisi, gravidanze >24 settimane, gravi cardiopatie; gravi pneumopatie) ove occorre prevedere il trasporto diretto a un Centro Hub (N.B. In caso di intervento di équipe Bk, senza professionisti sanitari, garantito il soccorso di base (ossigenazione, immobilizzazione e controllo di eventuali emorragie esterne), il trasporto dovrà di necessità essere effettuato presso il Pronto soccorso più vicino al luogo dell'evento, qualora il tempo di arrivo di un professionista sanitario sul paziente, attivato per rendez-vous sul luogo dell'evento o in itinere, sia superiore al tempo necessario per trasportare il paziente al Ps più vicino).

(continua a pag. 6)

Sanità Toscana
direttore responsabile: ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale: Roberto Turno
comitato scientifico: Aldo Ancona, Susanna Cressatti, Sabina Nuti, Daniele Pugliese, Lucia Zambelli
Versione Pdf dell'Allegato al n. 18 del 11-17/05/2010 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it
reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

(segue da pagina 5)

Criteri clinici per la centralizzazione del Trauma maggiore da un centro Spoke a un centro Hub

I casi di Tm trattati presso i centri Spoke debbono seguire un iter diagnostico terapeutico veloce (fast-track) in modo tale che entro la prima ora sia possibile documentare il bilancio lesionale e programmare, in condizioni di stabilità emodinamica, il trasferimento secondario presso un centro Hub. I criteri dinamici debbono essere presi in considerazione in ogni ospedale (Hub e Spoke) per escludere rapidamente la presenza di lesioni misconosciute non documentate in precedenza. Ciascuna delle condizioni cliniche sotto elencate (isolata o associata alle altre) deve consigliare il trasferimento rapido dei casi di trauma maggiore, in condizioni di stabilità emodinamica, da un centro Spoke a un centro Hub:

Trauma cranico

Gcs <9; Deterioramento del Gcs di 2 o più punti; Segni neurologici focali; Ferite penetranti o ferite aperte con o senza fistola liquorale o perdita di materia cerebrale; Fratture della volta affondate; Tac positiva per ematoma epidurale, sub-durale, contusione emorragica intra-parenchimale, edema cerebrale, pneumoencefalo, emorragia sub-aracnoidea post-traumatica, shift della linea mediana, segni di danno assonale diffuso.

Trauma vertebro-midollare

Fratture/lussazioni instabili o potenzialmente instabili documentate; Pazienti con sintomatologia da lesione spinale.

Trauma toracico

Ferite penetranti in cavità. Lesioni toraciche complesse con contusione multilobare e ipossia severa (PaO2/FiO2 <200); Emotorace perdita iniziale cospicua e perdita di sangue dell'ordine di 200-300 ml/h per più di 3 ore; Fistola bronco-pleurica ad alta portata; Lacerazione traumatica dell'esofago; Rottura traumatica della trachea.

Trauma cardiaco e vascolare

Lesione traumatica del cuore e/o dei grossi vasi (aorta e/o tronchi sovra-aortici); Emopericardio.

Trauma vascolare

Lesioni vascolari da schiacciamento estese; Lesioni vascolari che richiedono trattamento di radiologia interventivista; Lesioni di potenziale competenza chirurgica vascolare.

Trauma massiccio facciale e Orl

Lesioni con alterazioni del visus da compressione della via ottica riparabili chirurgicamente; Sanguinamento non altrimenti controllabile in sede di fratture; Frattura bi- o multifocale della mandibola, fratture complesse della regione naso-etmoido-mascellare ecc.).

Traumi ortopedici

Fratture multiple delle ossa lunghe; Amputazioni o sub-amputazioni; Fratture complesse del bacino.

Pazienti ustionati

Ustioni con lesioni traumatiche concomitanti in cui l'ustione rappresenta la lesione più importante ai fini della sopravvivenza.

Il trauma maggiore presso Aziende ospedaliere-universitarie della Toscana (Centri Hub)

I centri di riferimento (Hub) dovranno garantire un volume di attività indicativamente non inferiore ai 400-500 casi/anno.

Le professionalità cliniche che debbono essere presenti nell'Ospedale, sede Hub sono: Pronto soccorso (pronto soccorso unico); Medicina di urgenza; Anestesia e Rianimazione dotata di Terapia intensiva dedicata alla emergenza; Chirurgia generale dedicata esclusivamente o con orientamento alla chirurgia d'urgenza (sala operatoria polivalente rapidamente accessibile dedicata all'emergenza); Neurochirurgia; Traumatologia ortopedica (un medico di guardia e due medici reperibili); Chirurgia vascolare; Cardiologia e cardiologia invasiva; Radiologia.

Deve essere garantito il supporto tramite la presenza h24 di: Laboratorio per gli esami ematochimici di urgenza; Servizio di immunoematologia che possa garantire l'immediata disponibilità (anche con emoteca in Ps) di emocomponenti in emergenza. Altre professionalità reperibili come servizio di Pronta disponibilità o coinvolte in

successione sono quelle relative a: Anestesia e Rianimazione; Chirurgia generale; Neurochirurgia; Radiologia interventivista; Ultrasonografia vascolare; Chirurgia toracica; Chirurgia maxillo-facciale; Ostetricia-ginecologia; Chirurgia Orl; Oculistica; Chirurgia urologica; Microchirurgia ricostruttiva/chirurgia dei reimpanti di arto e/o parti di arto; Cardiocirurgia.

Allertamento e fase di Pronto soccorso

La Co 118 provvede ad allertare il Ps del Centro Hub appena individuata la necessità di centralizzare il paziente secondo criteri definiti. L'allertamento dovrà indicare il tempo stimato di arrivo del paziente, e quante più informazioni cliniche possibili, in particolare quando a tali informazioni sia legata l'attivazione di una specialista non già prevista nel trauma team di accoglienza.

Il trauma Team di accoglienza del paziente in Ps è costituito da: Medico di Pronto soccorso, Anestesista rianimatore, Radiologo, Chirurgo generale, due Infermieri di Ps, 1 Operatore Socio-sanitario di Ps. A questo possono aggiungersi specialisti di diverse discipline a seconda delle necessità emerse in fase di allertamento.

Durante la fase di pronto soccorso, in particolare al termine della secondary survey, o comunque quando emerga una indicazione specialistica specifica, il paziente viene preso in carico dalla figura di riferimento che a quel punto diventa il team leader e in tale veste può disporre: trasferimento presso la propria Unità operativa o la Sala operatoria; coinvolgimento di altri specialisti; esami diagnostici, procedure o terapie di supporto atte a completare l'inquadramento definitivo o la stabilizzazione subito prima di trasferire il paziente.

La fase di Pronto soccorso termina al momento della presa in carico dello/degli specialista/i di riferimento che dovrà/non operare il prima possibile il trasferimento dal Ps alla struttura di prima destinazione al fine di liberare il prima possibile il Ps.

Fase di prima destinazione

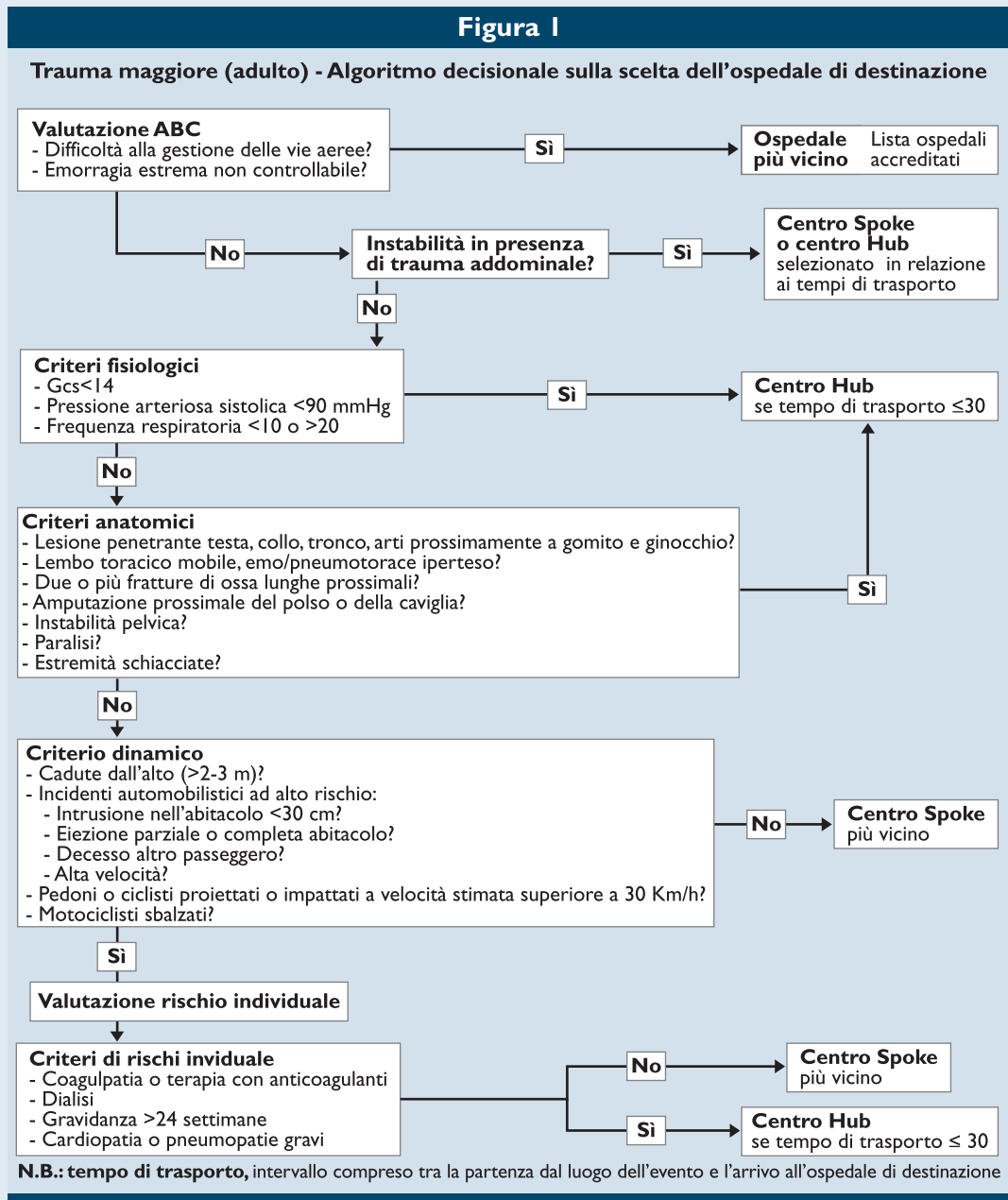
Sala Operatoria. Il pre-allertamento della sala, le eventuali dotazioni specialistiche e l'allertamento di tutto il personale di sala operatoria sono compiti del chirurgo e dell'anestesta-rianimatore che prendono in carico il paziente. Eventuali ulteriori indagini diagnostiche dopo l'intervento chirurgico verranno pianificate a cura dei Reparti di destinazione.

Terapia intensiva. In presenza di criteri di ammissione definiti, il paziente viene preso in carico dal rianimatore che si occuperà di trasferirlo in ambiente di Terapia intensiva. È operativa o lo dovrà essere presso i Centri Hub una Rti dedicata ai pazienti direttamente afferenti dal Ps, e in particolare al trauma, in stretta vicinanza con il Pronto soccorso.

Terapia subintensiva. Al termine della secondary survey e una volta che il paziente sia stabilizzato, qualora non presenti i criteri per l'ammissione in Terapia intensiva, ma necessità di monitoraggio clinico strumentale per le possibilità evolutive nelle successive 24-72 h, il paziente dovrà trovare la collocazione in Terapia subintensiva. Viste le possibilità evolutive di questi pazienti è necessario che in ogni Centro Hub venga individuata la Terapia subintensiva in collegamento con una Terapia intensiva. La presa in carico del paziente da parte del personale della Terapia subintensiva dovrà essere guidata da protocolli aziendali operativi condivisi che integrino laddove necessario le competenze.

Degenza ordinaria. Al termine della secondary survey e una volta che il paziente sia stabilizzato e non abbia caratteristiche di potenziale instabilità evolutiva, ma necessità di ricovero in degenza ordinaria, solitamente chirurgica generale o ortopedica, per la gestione di problematiche specifiche (es. ferite, fratture) sarà assegnato dal medico di Ps e preso in carica dalla Uo di destinazione.

Osservazione breve. Al termine della secondary survey e una volta che il paziente sia stabilizzato e non abbia caratteristiche di potenziale instabilità evolutiva, ma necessità di osservazione nelle successive 24-48 h in vista del rinvio al domicilio senza ricovero, il paziente sarà trasfe-



rito presso i letti di Osservazione breve del Pronto soccorso.

Fase di destinazione post-acuta

Dopo la fase intensiva-subintensiva e/o l'eventuale intervento chirurgico una parte dei pazienti può richiedere: una permanenza in degenza ordinaria prima della dimissione. In questo caso presso i centri Hub è necessario individuare una struttura di indirizzo post-intensivo medico-internistico che accolga preferenzialmente questo tipo di pazienti sviluppando in questo settore le competenze e l'esperienza necessarie per garantire una gestione omogenea della casistica; una assegnazione a percorsi riabilitativi presso strutture dedicate; tali strutture, interne o esterne all'azienda, dovranno essere individuate al fine di garantire il completamento del percorso riabilitativo successivo alla fase di acuzie; una terza destinazione definitiva, attivabile talvolta direttamente dal Pronto Soccorso dopo l'inquadramento e la stabilizzazione del paziente, ma più spesso dopo la prima destinazione (dai reparti intensivi e subintensivi, chirurgici, medici), è costituita dal rinvio del paziente all'ospedale di competenza per territorio.

Il trauma maggiore presso ospedali in ambito Asl (Spoke)

Negli ospedali dotati di Pronto soccorso delle Aziende sanitarie vengono istituiti i centri della rete trauma Spoke. È disponibile un collegamento alla rete del trauma (118-Spoke-Hub) con scambio di informazioni cliniche e gestionali in tempo reale.

Il centro Spoke dispone nell'arco delle 24 ore di: Medicina e Pronto soccorso Medico-Chirurgico; Anestesia e Rianimazione; Chirurgia generale; Radiologia; Laboratorio per gli esami ematochimici di urgenza; Servizio di immunoematologia che possa garantire l'immediata disponibilità (anche con emoteca in Ps) di emocomponenti in emergenza; Pronte disponibilità situate all'interno del Deu, di team di Anestesia e Rianimazione e di Traumatologia ortopedica.

Per quanto concerne i traumi minori,

ogni centro Spoke stabilisce collegamenti operativi, per la propria area di competenza, con altre strutture ospedaliere presenti sul territorio.

Per alcuni Centri Spoke dotati di risorse specialistiche specifiche (vedi Neurochirurgia), con consolidata attività su alcune tipologie di traumi maggiori rappresentati in grande numero (v. traumi cranici maggiori), si ritiene ovviamente che l'attività suddetta debba continuare a essere svolta presso gli stessi, facendo capo al centro Hub nel caso di pazienti particolarmente complessi.

Fasi di attività presso ospedali Spoke

I casi di trauma maggiore che giungono all'osservazione degli ospedali territoriali (Spoke) seguono un iter diagnostico terapeutico fast-track in modo tale che entro la prima ora sia possibile avere stabilito con certezza un bilancio lesionale completo.

Il trasferimento presso Hub dei casi di trauma maggiore ricoverati in ospedali territoriali deve essere effettuato non oltre 1 ora dal momento della sua pianificazione. Il trasferimento presso i centri Hub, ricoverati in ospedali territoriali e non richiedenti nell'immediato chirurgia o procedure specialistiche deve essere effettuato dopo aver pianificato il trasferimento stesso con la Terapia Intensiva di riferimento del centro Hub che si farà carico di pianificare e garantire il percorso intraospedaliero compreso il ricovero definitivo.

In tutti i casi di trauma maggiore, con accertata o potenziale lesione che richieda con certezza o consigli il trasferimento da un Spoke a un centro Hub per interventi specialistici, il medico responsabile del trattamento deve pianificare il trasferimento con la specialità di riferimento presso lo stesso centro.

Se il trasferimento presso Hub viene richiesto per l'esecuzione di interventi chirurgici o di stabilizzazione non chirurgica (es. endovascolari), prima del trasferimento debbono venire escluse e/o messe sotto controllo le emorragie in modo tale da

potere rendere sicura sia la fase del trasferimento che quella relativa ai successivi interventi previsti presso il centro di riferimento.

Nei casi in cui il paziente sia stato stabilizzato e sia stata completata la "secondary survey" presso l'ospedale Asl è possibile trasferire il paziente direttamente presso la struttura dove è prevista l'esecuzione immediata dell'intervento (esempio neurochirurgia).

Sulla base delle casistiche prese in considerazione è necessario richiamare l'attenzione sul fatto che la fase del trasferimento inter-ospedaliero debba essere preceduta e portata a termine avviando e mantenendo il trattamento aggressivo di neuroprotezione e di prevenzione della ipoperfusione.

È necessario che durante tutta la fase del trasferimento dei casi di trauma maggiore di interesse anestesio-logico-intensivo venga garantita la continuità anestesio-logica-rianimatoria sui mezzi di soccorso via terra.

Ai fini di una corretta ricostruzione della gestione clinica dei casi di trauma maggiore è necessario che la documentazione relativa alla fase preospedaliera-118, alla fase di pronto soccorso, eventualmente alla fase della sala operatoria, alla fase di trattamento intraospedaliero e di trasporto sia completa in ogni sua parte.

Il Pronto soccorso nella rete del trauma e l'impatto ospedaliero

I casi di trauma maggiore rappresentano presso i centri Hub circa 1,5% della casistica di ingresso in Ps e circa il 40% di tutti i codici rossi; gli attuali tempi di trattamento in Ps sono compresi tra le 4 e le 6 ore.

Allo stato delle cose la presenza di un caso di trauma maggiore in Ps richiede l'impiego pressoché esclusivo di un medico, 1-2 infermieri, 1 oss.; il trauma ha un impatto notevole sull'attività del Ps e in particolare determina un assorbimento di risorse elevatissimo.

(...omissis...)

Testo integrale all'indirizzo <http://bit.ly/blbzkD>

LUCCA

Si è svolto a Galliciano il terzo meeting promosso dall'associazione Aedo

Il teatro che cura la mente



Obiettivo: promuovere la «teatroterapia» in ambito psichiatrico

Oltre un centinaio di attori, registi, studenti e operatori dei servizi di salute mentale, si sono dati appuntamento venerdì 23 e sabato 24 aprile a Galliciano per il terzo meeting di "Teatro tra terapia e performance". Il meeting è stato organizzato dall'Aedo (Arte, espressività e discipline olistiche), associazione culturale che da molti anni si dedica allo studio e alla pratica dell'arte-terapia, in collaborazione con il Centro di salute mentale della Media Valle del Serchio dell'Asl 2 di Lucca e con il Filo d'Arianna, associazione di promozione sociale.

Un importante appuntamento, per la promozio-

ne della teatroterapia in ambito psichiatrico, nato per studiare il processo di spettacolarizzazione che, prima o poi, giunge a coinvolgere quasi tutti i gruppi. Nonostante la produzione dello spettacolo rappresenti un aspetto secondario rispetto alle fasi più propriamente terapeutiche, dopo un periodo di gestazione (che può durare anche anni) gli attori incominciano a sentire l'esigenza di portare agli altri il proprio messaggio e di confrontarsi con un pubblico. L'utilizzo del teatro come strumento di terapia e riabilitazione è sempre più diffuso nei centri di salute mentale d'Italia. Le metodiche variano enormemente da centro a centro: si va

dall'aspetto ludico e socializzante al servizio di una crescente auto-stima, fino all'aspetto più psicoterapico, o di art-counselling, atto a "conoscere se stesso" e a penetrare le zone più profonde dell'interiorità umana. Il panorama del "teatro terapeutico" (percorso teatrale inserito in un progetto di cura o sviluppo della potenzialità umana) è vasto e vario.

Nel meeting di Galliciano, quattro gruppi provenienti da quattro diverse realtà italiane si sono confrontati attraverso le loro proposte laboratoriali e le loro performance. Hanno condiviso le proprie esperienze e i propri percorsi, gettando le basi di un movimento teatrale che, pur senza grandi mez-

zi o canali di visibilità, sta guadagnando un'attenzione sempre crescente da parte del pubblico e dei critici teatrali. Particolare importanza ha avuto la sessione scientifica, nel corso della quale sono stati presentati i risultati di un'importante sperimentazione che dimostra l'efficacia clinica della "teatroterapia". La ricerca, una delle prime a livello internazionale, è stata effettuata presso l'unità funzionale Salute mentale adulti della Valle del Serchio, Asl 2 di Lucca.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

AREZZO

Oncologia: al San Donato aprono due ambulatori multidisciplinari

La diagnosi e la cura di alcune patologie, soprattutto di natura oncologica, richiedono spesso interventi multidisciplinari fondati sulla collaborazione attiva di più discipline. Collaborazione che al San Donato non è mai mancata e che oggi trova conferma con modalità organizzate e programmate, in due nuovi ambulatori oncologici multidisciplinari di prima visita: quello oncologico-gastroenterico e quello oncologico-urologico.

I due ambulatori, operativamente collocati all'interno del Centro oncologico, si svolgono una volta a settimana e vedono la partecipazione attiva dei responsabili di varie discipline e di parte dei loro staff. Non si tratta di ambulatori ad accesso diretto: i casi affidati a questi gruppi arrivano direttamente dai vari specialisti che ravvisano la necessità di una valutazione o un trattamento congiunto, sia in fase diagnostica che terapeutica, da parte di professionisti di aree diverse. Il gruppo oncologico-gastroenterico (coordinatore Marco Rossi) ha già preso in carico e avviato le procedure diagnostiche/terapeutiche per quattro pazienti: tutti uomini, affetti in due casi da tumori del retto, in un

caso da carcinoma gastrico e nell'ultimo da un tumore del sigma (colon).

Anche il gruppo oncologico-urologico (coordinatore Gianfranco Di Benedetto) di prima visita ha iniziato la sua attività la settimana scorsa prendendo in cura tre pazienti, tutti uomini, mentre per questa settimana sono già previsti due nuovi casi, un uomo e una donna.

«Tutti gli staff delle Unità operative interessate - sottolinea il direttore dell'Uo di Oncologia, Sergio Bracarda - hanno fin da subito garantito piena disponibilità ed estremo interesse a operare in un'ottica multidisciplinare, l'unica che può

garantire elevati standard qualitativi delle prestazioni erogate già nell'immediato, e offrire, inoltre, spunti operativi a progetti di ricerca e innovazione in campo sia diagnostico che terapeutico». «Naturalmente - aggiunge Bracarda - i due gruppi sono aperti alla partecipazione di tutti i professionisti dell'azienda sanitaria interessati a dare il proprio contributo o a segnalare casi meritevoli di questo tipo di valutazione».

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

SIENA

Per combattere l'infertilità maschile alle Scotte si gioca la carta «Imsi»

Il primo figlio dopo i 35 anni? Sempre più difficile. L'allarme è stato lanciato nel corso del congresso nazionale dedicato alla sterilità di coppia, che si è appena concluso a Siena, organizzato dal Dipartimento materno-infantile del policlinico Santa Maria alle Scotte, diretto da Felice Petraglia, e dal Centro per la sterilità di coppia, diretto da Vincenzo De Leo.

«Dopo i 35 anni - spiega Petraglia - le donne che non hanno mai partorito possono sviluppare un incremento delle patologie dell'ovario e dell'utero, prime fra tutte endometriosi e fibromi. A Siena stiamo puntando molto su innovative terapie mediche con trattamenti chirurgici e farmacologici ormonali». Il fattore età influisce negativamente sulla fertilità, non solo nella donna ma anche nell'uomo. «I dati presentati al summit - aggiunge De Leo - dimostrano che anche i testicoli invecchiano e ciò influisce sulla vitalità degli spermatozoi».

Proprio alle Scotte è disponibile una tecnica unica in Toscana per l'infertilità maschile. «Si tratta - continua De Leo - della tecnologia Imsi, acronimo che

sta per "iniezione intracitoplasmatica degli spermatozoi morfologicamente selezionati", per l'iniezione degli ovociti con spermatozoi identificati a elevato ingrandimento». È una procedura particolarmente rilevante in tutti quei casi in cui il fattore di sterilità maschile sia particolarmente grave. «Presso il nostro Centro - dice De Leo - è presente l'andrologo per la diagnosi e la terapia dell'infertilità maschile e sono eseguite,

da biologi altamente specializzati in questo settore, le analisi degli spermatozoi di primo livello, con spermogramma, e di secondo livello, con esami in microscopia elettronica, oltre a indagini specialistiche quale la Fish, per lo studio dei cromosomi dei gameti maschili». Per preservare la fertilità in soggetti con gravi deficit di produzione degli spermatozoi e nei casi di patologie che richiedono terapie che possono indurre sterilità, è possibile crioconservare i gameti per un successivo utilizzo nelle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou Siena

PISA

Entro il 2011 sarà pronto il nuovo presidio socio-sanitario di Cascina

Fornire adeguati servizi socio-sanitari alla popolazione e creare un polo sanitario con attività nuove che possa abbracciare un bacino di utenza vasto da Pisa a Pontedera. È questa l'esigenza che ha visto la progettazione e la realizzazione del nuovo presidio socio-sanitario di Cascina che sta sorgendo nella frazione di Casciavola. Costo totale dell'operazione: quasi 2,5 milioni di euro.

I lavori sono già partiti da tempo e dovranno concludersi nell'arco di un anno e mezzo. L'amministrazione comunale di Cascina e l'Asl 5 pisana hanno stipulato un accordo di programma attraverso il quale sono state stabilite tutte le modalità di finanziamento e progettazione della struttura. Il Comune si è impegnato a trasferire all'Asl 5 di Pisa la proprietà del terreno; ha provveduto alla progettazione definitiva ed esecutiva dell'opera sulla base del progetto preliminare elaborato e approvato dall'Asl; ha provveduto alla gestione del procedimento di gara per l'individuazione della ditta appaltatrice.

D'altra parte l'Asl si è impegnata a garantire con fondi propri e con contributi della Regio-

ne Toscana la copertura finanziaria dell'opera; a consegnare il progetto preliminare dell'opera al Comune di Cascina.

Al termine dei lavori la proprietà dell'immobile sarà dell'Asl 5 di Pisa. Il nuovo distretto sorge su un'area centrale che si trova in località Casciavola a Cascina in via De Andrè, vicina alla via Tosco Romagnola. L'edificio principale ha una superficie di 686 mq e ospiterà al piano terra la maggior parte delle attività che originano il più alto afflusso di utenti.

Mentre al primo piano troveranno collocazione tutti gli ambulatori specialistici. Dall'ingresso del piano terra di accede direttamente nella hall centrale dove sarà realizzata una sala d'attesa studiata per accogliere 50 utenti contemporaneamente e le attività sanitarie, amministrative e di servizio. Saranno presenti vari uffici (amministrazione, accertazione, prelievi, assistenza domiciliare ecc.). Al primo piano vi sarà spazio per una sala d'attesa studiata per accogliere 70 utenti contemporaneamente, i servizi e tutti gli ambulatori.

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

Staff misti con urologi e gastroenterologi per i casi complessi

Gli spermatozoi sono identificati a elevato ingrandimento

La struttura nascerà nella frazione di Casciavola

IN BREVE

▼ **PISA**
Dal 29 aprile si sta svolgendo presso l'Unità operativa di Senologia dell'Aouip il Corso nazionale di senologia della Scuola speciale di chirurgia senologica dell'Acoti-Associazione chirurgi ospedalieri italiani. Il corso è organizzato in due sessioni (la seconda a metà maggio) con fasi teoriche e pratiche, queste ultime itineranti tra gli ospedali di Forlì, Bologna, Conegliano, Udine, Chiavari, Torino, Piacenza, Roma, Milano (Istituto nazionale tumori) e Pisa. Ai corsisti, specialisti e specializzandi provenienti da tutta Italia, verranno mostrati interventi senologici complessi tra i quali mastectomie realizzate con tecniche innovative e quadrantectomie associate alla Iort-Radioterapia intrapoperatoria.

▼ **SIENA**
Per la prima volta in Toscana, è stata impiantata al policlinico Santa Maria alle Scotte un'innovativa lente intraculare pieghevole per risolvere la miopia avanzata. L'importante traguardo è stato raggiunto da Aldo Caporossi, direttore dell'Oculetica, che ha effettuato con successo l'intervento sui primi due pazienti. «Questa lente di nuova generazione - spiega Caporossi - si prospetta sicura nei confronti dei tessuti oculari, assicurando una concreta maggiore garanzia rispetto a tutte le lenti sino a oggi usate per questo scopo». Il materiale di cui si compone la lente, infatti, è acrilico idrofobo e consente una nuova filosofia di impianto in modo da ammortizzare le pressioni e non trasmetterle a tutta la lente.

▼ **EMPOLI**
Dal 7 al 9 maggio, al Centro*Empoli è tornata la seconda edizione di "Informa", l'iniziativa informativa su benessere e salute nata dalla collaborazione del Centro*Empoli con i medici dell'Asl 11 e della "Casa della Salute S. Andrea". Da venerdì a domenica alcuni professionisti dell'Asl 11 si sono resi disponibili a rispondere a ogni quesito e curiosità di chi si recherà presso lo stand allestito nella galleria del centro commerciale. Gli stessi medici hanno effettuato, gratuitamente, test certificati. Molti gli argomenti trattati, dal diabete mellito alla corretta alimentazione, dalla cardiologia in genere alla medicina. Spazio anche all'attività fisica nella salute della persona e ai corsi Afa (Attività fisica adattata), con dimostrazioni pratiche eseguite nel porticato.

CALENDARIO

13
mag.
2010

AREZZO / 1
Valutazione del personale, sistema incentivante e procedimenti disciplinari secondo la legge 15/2009 e il Dlgs 150/2009. Questi i temi del convegno organizzato dall'Ipsavi di Arezzo: «L'esercizio professionale e il rapporto di lavoro dopo la riforma Brunetta». Info: 0575352385, info@ipsviarezzo.com

15
mag.
2010

AREZZO / 2
«Il carcinoma gastrico: aspetti attuali e prospettive» è il titolo del convegno che si terrà al Park Hotel (Loc. Battifolle - Arezzo). Si discuterà del carcinoma gastrico per il territorio aretino, di diagnosi endoscopica e cromoscopia, trattamento endoscopico Emr e altri importanti temi. Per info: 0554221201, congressi@aliwest.com

15
mag.
2010

PRATO
Si terrà all'Hotel Palace il meeting «Leucemia linfatica cronica e mieloma», un momento di informazione sulle due più frequenti malattie oncematologiche. Si discuterà degli aspetti epidemiologici e clinici della Llc e il ruolo del laboratorio nella diagnosi e nella definizione di rischio nella Llc. Per info: 0574435751, ufap@usl4.toscana.it

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

INTER
NET
PER
TUTTI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua
www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche