

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 2 anno XIV del 18-24 gennaio 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.Toscana.it

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

Uno strumento essenziale per l'assistenza

di Maria Teresa Mechi*

Inati pretermine rappresentano una popolazione a rischio di mortalità e morbosità che richiede elevati impegni assistenziali e di risorse anche una volta dimessi; la nascita gravemente pretermine è infatti responsabile in Toscana di più del 40% della mortalità infantile e di più del 50% di quella neonatale e i dati disponibili mostrano che in Toscana dal 2004 al 2009 c'è stato un aumento di questi nati. L'accesso alle cure per queste nascite pretermine rappresenta un elemento qualificante della rete dei servizi ostetrici e neonatali e un fattore determinante la sopravvivenza e la qualità stessa della sopravvivenza.

Sia in Europa che in Italia sono presenti differenti modelli organizzativi dei servizi perinatali; in alcune aree, l'assistenza per gravidanze, parti e neonati ad alto rischio è centralizzata in poche strutture; in altre aree, l'assistenza viene invece garantita da più centri, anche di piccole dimensioni. Il primo registro medico delle nascite a livello nazionale è stato istituito in Norvegia nel 1967, allo scopo di raccogliere informazioni sulla mortalità e morbosità perinatali, sulle malformazioni congenite e di ottenere dati per scopi amministrativi. In seguito altri quattro Paesi del Nord Europa (Danimarca, Svezia, Finlandia, Islanda) e l'Estonia hanno introdotto

CONTINUA A PAG. 2

NETWORK

Il primo anno di attività dell'archivio neonatale «Tin Toscane on-line»

La banca dati dei prematuri

Tutte le informazioni cliniche sui piccoli nati a meno di 32 settimane

«**T**in Toscane on-line», l'archivio dei neonati gravemente pretermine della Regione Toscana, ha preso il via il 1° gennaio 2009 e ha presentato i dati del primo anno di attività il 13 dicembre 2010 a Firenze. L'archivio raccoglie i dati da tutti i punti nascita della Regione, e in particolare delle Terapie intensive neonatali (Tin) delle aziende ospedaliere-universitarie Careggi, Meyer, Pisa e Siena (che seguono buona parte di questi neonati) e dei punti nascita di II livello, in particolare Prato, Torregalli, Arezzo, Versilia e Grosseto. Si affianca all'archivio dei trasporti neonatali protetti, che raccoglie informazioni sui neonati che nel primo mese di vita necessitano di essere trasportati per proseguo delle cure presso una struttura più complessa.

«Tin Toscane» on-line permetterà di disporre di dati su tutti i neonati con età gestazionale inferiore a 32 settimane o peso alla nascita inferiore a 1.500 grammi, che rappresentano una popolazione numericamente piccola (1,3% dei nati) ma a elevato rischio di mortalità e morbosità a breve, medio e lungo termine. Le informazioni raccolte riguardano in particolare i seguenti ambiti: caratteristiche dei neonati e delle mamme, complicanze in gravidanza, accesso alle cure e organizzazione dell'assistenza nei singoli centri e Aree vaste, tipologia e qualità dell'assistenza, consumo di risorse, complicanze ed esiti durante il ricovero e alla dimissione.

La nascita gravemente pretermine è responsabile in Toscana di circa il 40% della mortalità infantile e del 50% di quella neonatale. Anche una volta dimessi questi bambini richiedono un grande impegno assistenziale in ospedale e sul territorio. Gli esiti gravi (paresi, sordità, cecità) riguardano meno del 10% dei bambini, ma quelli più lievi (riacutizzazioni respiratorie, disturbi neurocomportamentali) che comunque impattano sulla qualità della vita (ricoveri ospedalieri più frequenti, diminuito rendimento scolasti-

Presidi ospedalieri che partecipano all'Archivio on-line



VALLE DEL SERCHIO

Parte l'iter verso il nuovo ospedale

Tra i primi passi: valutazione dei bisogni di salute e razionalizzazione

Sancito l'avvio del percorso che porterà al nuovo Ospedale della Valle del Serchio. A dicembre 2010 è stato confermato l'avvio del percorso che partirà con una valutazione dei bisogni di salute della popolazione e seguirà con la necessità di una razionalizzazione dei servizi, evitando duplicazioni. L'obiettivo è di integrarlo con il nuovo ospedale di Lucca e il processo dovrà individuare il fabbisogno finanziario, la collocazione della nuova struttura, e la funzione delle vecchie strutture che verranno dimesse. Un documento approvato dalla Conferenza zonale dei sindaci il 29 ottobre 2010, e dalla Conferenza dei sindaci della Asl 2 di Lucca, chiedeva alla Regione di prevedere le risorse necessarie per la costruzione del nuovo ospedale unico della Valle del Serchio (in sostituzione dei due attuali presidi di Barga e Castelnuovo Garfagnana), inserendolo nel prossimo Piano sanitario regionale, e delegava alla Regione e alla Asl 2 di Lucca anche la scelta della localizzazione.

co) sono molto più frequenti (2-3 volte più frequenti che nei bambini nati a termine); gli esiti sono fortemente correlati al decorso perinatale e alle cure ricevute, per cui disporre di dati in tal senso è particolarmente importante.

L'archivio presenta numerosi elementi innovativi. Il sistema permette di disporre di dati "area based", ossia raccolti da tutti i punti nascita (in formato cartaceo anche da quelli di I livello), invece che solo dai punti nascita principali come per altri archivi italiani (Emilia Romagna e Lazio) e internazionali: in questo modo i dati sono più accurati, soprattutto per le informazioni che riguardano la gravidanza e il periodo perinatale.

Le schede sono compilate "on line" dai singoli centri, con possibilità di elaborazione centralizzata dei dati in tempi brevissimi: ciò è importante per monitorare l'organizzazione dei servizi. Il neonato è seguito dalla nascita alla dimissione, anche se è trasportato in un altro ospedale, come spesso avviene per particolari diagnosi, terapie chirurgiche e per il proseguo delle cure. I referenti medici e infermieristici accreditati (con identificativo e password) di ciascun centro immettono i dati la cui qualità viene controllata centralmente ogni 2-3 mesi con un feedback ai centri; i dati sono anonimi, e solo il personale dei centri conosce l'identità del bambino e della mamma ricoverati.

Infine, «Tin Toscane on-line» si interfaccia facilmente con altri archivi: una selezione di informazioni è comune a quelle raccolte dal Vermont Oxford neonatal network (il maggior archivio internazionale), e a quelle degli archivi dell'Emilia Romagna e del Lazio, con cui ci si potrà confrontare. «Tin Toscane on-line» raccoglie anche informazioni ulteriori rispetto a questi archivi, in particolare sulla gravidanza e sull'organizzazione delle cure prima e dopo la nascita.

Franca Rusconi

Unità di Epidemiologia, Aou Meyer

ALTRI SERVIZI A PAG. 2

L'INTERVENTO

Al passo con i mutamenti demografici di Monica Frassinetti* e Francesco Cipriani**

«**T**in Toscane on-line» è un altro prodotto della pluriennale collaborazione in ambito di epidemiologia pediatrica tra l'Osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia regionale di Sanità e l'Aou Meyer. Si tratta di un archivio di casistica clinica neonatologica, che rappresenta l'evoluzione naturale dello studio Action (Ac-

cesso alle cure e terapie intensive ostetrico-neonatali) condotto nel 2003-2005 per conto del ministero in sei regioni italiane tra cui la Toscana. «Tin Toscane on-line» ha consolidato questa esperienza e consente adesso di gestire un flusso di dati stabile, che va a integrare

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Tumori professionali: registro al Cor

La Giunta regionale ha attribuito al Centro operativo regionale toscano (Cor), costituito presso l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, come struttura di riferimento per l'epidemiologia in Toscana, le competenze del Registro nazionale dei casi di neoplasia di origine professionale e delle relative esposizioni, in relazione con il registro nazionale istituito presso Ipsel/Inail. La decisione è stata presa tenuto conto che le informazioni raccolte dal Registro regionale si riferiscono, oltre ai casi di mesotelioma, ai casi di neoplasia delle cavità nasali e dei seni paranasali e ai casi di neoplasia a più bassa frazione eziologica. (Delibera n. 1113 del 28/12/2011)

▼ Ars: via libera al piano investimenti

La Giunta regionale ha approvato il bilancio economico preventivo 2010, il bilancio economico pluriennale di previsione e il piano degli investimenti per gli anni 2010-2012 dell'Agenzia regionale di Sanità (Ars) della Toscana. Nel bilancio illustrati gli acquisti di beni, i servizi e prestazioni di terzi, godimento beni terzi, personale, ammortamenti, oneri diversi di gestione, oneri finanziari e proventi finanziari. I dati relativi ai bilanci di previsione e triennale sono stati effettuati tenendo conto sia della parte economica che del piano investimenti. (Delibera n. 1115 del 28/12/2011)

ALL'INTERNO

A Lucca team sull'oncologia

A PAG. 3

Adulti disabili, centro ad hoc

A PAG. 4-5

Ascolto unico per le neoplasie

A PAG. 6

NASCITE 2009 Aumentano del 27% i bimbi con età gestazionale di 23-25 settimane



Prematuri estremi in salita

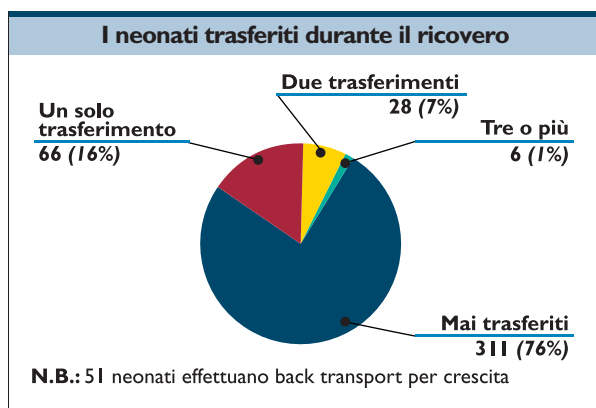
Il fenomeno causato dall'aumento dell'età delle mamme al parto

In «Tin Toscane on-line 2009» sono stati registrati 411 nati vivi: 344 (84%) neonati hanno un'età gestazionale <32 settimane mentre i restanti 67 un'età gestazionale superiore a 32 settimane ma peso alla nascita <1.500 grammi (neonati la cui crescita ha avuto un arresto durante la gravidanza). Nella casistica sono compresi anche neonati con prematurità estrema, di 23-25 settimane di età gestazionale e di peso intorno ai 500 grammi.

Rispetto a un'indagine simile effettuata nel 2004 (studio Action: Accesso alle cure e alle terapie intensive ostetriche neonatali), vi è stato un aumento del 27% di quest'ultima tipologia di nati, e i dati preliminari del 2010 mostrano un ulteriore incremento, almeno per alcuni punti nascita (Aou Pisa, Versilia, Grosseto). Il fenomeno è in parte dovuto all'aumento totale

del numero dei nati (di cui i neonati gravemente pretermine rappresentano l'1,3% circa), ma anche a una maggiore frequenza della nascita pretermine causata con tutta probabilità dall'innalzamento dell'età materna al parto e dal maggior ricorso alla procreazione assistita, con conseguenti nascite gemellari.

Il 93% dei neonati nasce ed è assistito nelle 4 Terapie intensive neonatali (Tin) di centri di III livello (Careggi, Meyer, Pisa e Siena) e in 5 ospedali di II livello (Prato, Torregalli, Arezzo, Versilia e Grosseto). Al di sotto delle 28 settimane, quasi tutti i neonati nascono in una Tin; al di sopra della 28ª settimana il 38% dei neonati nasce in un centro di II livello. Ciò riflette anche la mutata organizzazione; nel 2004, infatti, solo il 15% di questi neonati nasceva in un centro di II livello. Circa la metà dei neonati nasce in cen-



tri dell'Area vasta centro, mentre circa un quarto in ognuna delle altre due Aree vaste.

Le mamme di questi nati (351) sono per il 69% italiane, per il 28% dei casi sono straniere Pfp (provenienti da Paesi a forte pressione migratoria, prevalentemente Albania, Cina e Romania), mentre il restante 3%

sono "straniere di paesi a sviluppo avanzato". La proporzione di mamme straniere in Tin Toscana on-line è leggermente superiore a quella della popolazione generale, secondo quanto registrato nel Certificato di assistenza al parto (31% verso 25%). Le mamme "straniere Pfp" sono in media più giovani (il 41% ha

meno di 30 anni rispetto al 16% delle italiane), con titolo di studio più basso (il 45% ha al massimo il diploma di scuola media inferiore rispetto al 28% delle italiane), e tendono a effettuare meno controlli in gravidanza.

Circa il 20% delle straniere, rispetto al 2% delle italiane, effettuano meno delle 3 visite consigliate, anche se, trattandosi di gravidanze che si concludono molto prima del termine di 37-40 settimane, per alcune donne non è stato possibile effettuare l'ultima visita prevista. Certamente l'alto numero di mamme straniere e meno istruite può rappresentare una "sfida", meritevole di particolare attenzione sia da parte di chi si occupa di programmazione dei servizi sia da parte del personale sanitario addetto alle cure.

Nell'archivio si registra un numero maggiore di gravidanze da procreazione medicalmente

assistita rispetto alla popolazione generale: il 14% verso il 2%; il fenomeno è in aumento: erano l'8% nello studio Action del 2004. Anche grazie all'aumento delle gravidanze da procreazione medicalmente assistita, ben 75 donne su 351 (il 21% della casistica) hanno avuto una gravidanza gemellare: 60 bigemellare e 15 tri o quadrigemellare. Questo comporta non pochi problemi organizzativi per le strutture che devono assistere contemporaneamente due o tre gemelli che necessitano un'alta intensità di cure, tanto che, talvolta, queste gravidanze necessitano il trasporto della mamma presso un altro punto nascita o, ancora più problematico, dei gemelli dopo la nascita.

Monia Puglia e Fabio Voller
Osservatorio di Epidemiologia, Ars Toscana

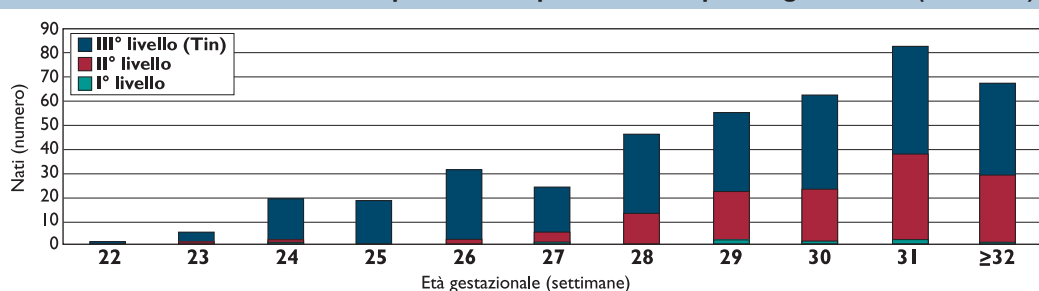
APPROPRIATEZZA E ORGANIZZAZIONE

L'appropriatezza delle cure è fondamentale per questi neonati altamente critici il cui tasso di mortalità e morbilità è particolarmente elevato. Nel 2009 l'utilizzo di trattamenti di provata efficacia è migliorato rispetto al 2004: la profilassi steroidea materna, e l'utilizzo precoce di surfattante, atti a diminuire la frequenza e la gravità delle patologie respiratorie acute, sono stati corretti nell'85-90% dei casi; le terapie ventilatorie sono state meno invasive e prolungate, con un effetto potenzialmente positivo sugli esiti.

Inoltre, anche se trarre conclusioni analizzando i dati di un solo anno richiede cautela, trattandosi di numeri relativamente piccoli che potrebbero avere oscillazioni casuali, la mortalità intraospedaliera è diminuita dal 17,6% al 10,5%, senza un significativo aumento degli esiti. A esempio, la prevalenza della Broncodisplasia polmonare (Bpd) è rimasta invariata (intorno all'8%, un valore basso rispetto ai dati di letteratura). Appare anche assai positivo il dato che indica come oltre la metà dei neonati al momento della dimissione venga allattato al seno, nel 40% dei casi in modo esclusivo, confermando la buona

Ma la mortalità intraospedaliera cala al 10,5%

Tin toscane on-line: numero di nati per livello del punto nascita e per età gestazionale (anno 2009)



qualità delle cure e l'attenzione offerta sia alla mamma che al neonato.

Interessante e positivo, ancorché migliorabile, è il dato che tra il 77 e il 90% delle donne partorisce nella propria Area vasta di residenza. Il 24% dei neonati effettua durante la degenza ospedaliera almeno un trasferimento; si tratta spesso di trasferimenti necessari, per motivo medico o chirurgico, verso centri con capacità e attrezzature più adeguate. Esiste però una quota rilevante

di trasferimenti (36/70) che avvengono nelle prime 48 ore di vita, effettuati da centri di III livello che pur avendo le competenze per assistere il neonato non hanno sufficienti posti letto. Tale problematica, in attesa di un ampliamento già previsto dei posti letto, potrebbe essere limitata da un maggiore utilizzo del "trasporto in utero" ovvero del trasferimento delle mamme che, soprattutto nei casi di bambini non estremamente pretermine, potrebbero partorire in

centri di II livello con maggiore disponibilità di posti.

Ci sono poi alcuni neonati che vengono trasferiti durante una fase più avanzata della degenza effettuando un "back transport per crescita", ossia un trasferimento in ospedali di I o II livello più vicini alla zona di residenza che vengono eseguiti quando le condizioni cliniche siano stabilizzate ma non ancora tali da consentire una dimissione a domicilio. Il "back transport", che per-

metterebbe soprattutto ai centri di III livello di liberare posti e risorse per neonati che necessitano di cure più intensive, viene in realtà utilizzato in pochi casi (meno del 15%). La problematica è stata discussa il 13 dicembre in Regione Toscana durante la presentazione di Tin Toscane on-line, mettendo in luce la necessità di disporre di una procedura condivisa per gestire questi trasferimenti, ma anche la mancanza di risorse per un servizio di trasporto non di emergenza, che tuttavia permetterebbe una migliore qualità di vita alle famiglie. In conclusione, il rilievo alla dimissione nel 16% di questi neonati di esiti importanti di tipo neurologico (emorragia intraventricolare, leucomalacia), respiratorio (Bpd), e visivo (retinopatia della prematurità) dovrebbe indurre ad aumentare gli sforzi dedicati al loro follow-up, in particolare ricercando una maggiore collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali.

Sara Franchi
Aou Meyer

Carlo Dani
Aou Careggi, Presidente toscano della Società italiana di neonatologia (Sin)

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

quello dei flussi correnti, indispensabile per adeguare la programmazione e la valutazione dei servizi neonatali. Su questi aspetti, la Regione Toscana ha mostrato una particolare sensibilità, concretizzata in indirizzi e delibere volte al potenziamento della rete di Terapie intensive e subintensive neonatali, e di alcune strutture neonatali di II livello e alla diffusione di procedure per il trasporto in utero e di emergenza neonatale, con lo scopo anche di evitare la migrazione sanitaria tra Aree vaste e fuori regione.

Come per altre aree di programmazione e intervento, la nostra regione ha preferito la strada delle scelte basate sulle evidenze supportate da informazioni

quantitative oltretutto qualitative, e della opportunità di monitorarne i trend temporali. Per adeguare la rete neonatologica alle mutate condizioni demografiche è perciò utile poter contare su dati epidemiologici aggiornati e affidabili, per conoscere il numero di nati gravemente pretermine per punto nascita e per Area vasta, quello delle gravidanze multiple (aumentate negli ultimi anni, anche per il maggior ricorso alla procreazione assistita), la numerosità dei trasferimenti in utero e di quelli neonatali d'emergenza. «Tin Toscane on-line» sarà una fonte importante di dati, soprattutto se il lavoro paziente del personale delle Tin e neonatologie che vi partecipano continuerà con la stessa attenzione e suc-

cesso dei primi due anni di attività. L'archivio fornisce rilevanti informazioni per valutare l'appropriatezza delle cure, rispetto alle più recenti evidenze scientifiche, per questi neonati altamente critici fin dal periodo perinatale e il carico di lavoro delle terapie intensive e subintensive, in particolare per l'assistenza al neonato con problemi respiratori e chirurgici. Con «Tin Toscane on-line», il panorama degli strumenti di programmazione e valutazione dei percorsi clinici nella regione Toscana si arricchisce di un ulteriore strumento di lavoro, che entra nel merito del delicato settore delle cure neonatali.

* Aou Meyer
** Ars Toscana

Uno strumento essenziale... (segue dalla prima pagina)

to registri simili nel loro sistema sanitario. In Italia, un'analisi dettagliata delle caratteristiche assistenziali e degli esiti nei nati pretermine di peso molto basso è attualmente disponibile per la Regione Lazio, la Regione Emilia-Romagna e la Regione Toscana.

I registri consentono una raccolta di informazioni demografiche, antropometriche e cliniche in grado di fornire indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza e la programmazione dei servizi; l'elaborazione dell'informazione e la sua restituzione alle fonti fornisce inoltre elementi per le revisioni tra pari che costituiscono uno degli elementi cardine della Clinical Governance. I report del registro rappresentano quindi un utile strumento di lavoro a più livelli:

per gli organi di governo e le commissioni consultive che seguono il percorso nascita, ai quali forniscono i dati sull'organizzazione delle cure sia prima che dopo la nascita, per migliorare la qualità delle cure e il livello dei servizi offerti, e per i professionisti delle strutture di Ostetricia e di Neonatologia che operano all'interno della rete dei servizi contribuendo a formare un network stabile di neonatologi e personale infermieristico delle neonatologie e delle Tin in grado di poter discutere i dati e migliorare le pratiche assistenziali avendo a disposizione dati sulla loro appropriatezza.

* Responsabile Settore diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale, Regione Toscana

SSR AI RAGGI X All'Asl di Lucca medicine complementari per i pazienti oncologici

Tumori, la cura è integrata



Un ambulatorio fornisce consigli su alimentazione e terapie alternative

È iniziata nell'ottobre dello scorso anno, nell'ambito dell'azienda Usl 2 di Lucca, l'attività di un nuovo ambulatorio finanziato con fondi regionali e dedicato ai pazienti con patologie tumorali, che garantisce come attività principali i consigli sull'alimentazione e l'integrazione delle medicine complementari.

L'obiettivo è quello di ridurre gli effetti collaterali delle terapie oncologiche e di fornire un sostegno alla qualità della vita di queste persone. All'ambulatorio di «Medicine complementari e alimentazione in Oncologia» - aperto ogni martedì mattina nella sede della zona distretto della Piana di Lucca - si accede direttamente, anche senza la prescrizione del medico di famiglia. I pazienti oncologici sono ovviamente esenti dal pagamento del ticket, mentre agli utenti indirizzati al trattamento omeopatico o di agopuntura vengono riservati ogni settimana specifici spazi per la visita.

«In Europa - spiega Elio Rossi, responsabile dell'Ambulatorio di Omeopatia di Lucca, centro di riferimento regionale - un malato di cancro su tre, dopo la diagnosi, utilizza trattamenti di tipo non convenzionale». Lo ha rivelato uno studio internazionale pubblicato sugli *Annals of Oncology* (2005), al quale ha partecipato anche l'Istituto nazionale tumori di Milano. I dati raccolti hanno indicato che, nei 14 Paesi europei in cui sono state svolte le indagini su 1.000 pazienti, i principali utenti di queste terapie sono donne giovani con un buon livello d'istruzione. In tutto sono state identificate 58 tipologie di rimedi alternativi. Tra i

più utilizzati quelli a base di erbe, seguiti da omeopatia, mix di integratori vitaminici e minerali, terapie spirituali e tecniche di rilassamento. La ricerca, coordinata da Alex Molassiotis dell'Università di Manchester, ha indicato che l'uso di terapie alternative varia molto da Paese a Paese, con percentuali che vanno dal 15% al 73%. I prodotti derivati dalle erbe sono i preferiti e il loro uso triplica dopo la diagnosi di tumore. «La maggior parte dei pazienti - spiega Rossi - spera di aumentare le capacità del proprio corpo di difendersi dalla malattia o vuole migliorare le condizioni psicofisiche. E in molti casi ne trae un effettivo beneficio, anche se nel 4%

del campione le cure naturali hanno causato effetti collaterali di breve durata». «Spesso i pazienti - continua Rossi - seguono i consigli di amici, familiari, Tv o giornali. Non si consultano quasi mai con il proprio medico. È fondamentale, invece, che gli operatori sanitari imparino a consigliare ed educare i malati sulle altre terapie, in modo da realizzare un programma terapeutico che integri i benefici dei differenti approcci».

«Tenendo conto di questi dati e sulla base delle indicazioni contenute nel Piano sanitario regionale - aggiunge Rossi - è stata avviata a partire dal 2008 una collaborazione fra l'Istituto tumori toscano (Itt) e i Centri regionali di riferimento per le Medicine non convenzionali delle aziende Usl 10 Firenze, 11 Empoli e 2 Lucca che, a partire dalla valutazione delle prove di efficacia delle medicine complementari, consentisse una piena integrazione

in ambito oncologico delle terapie complementari più utili e un'analisi a tutto campo di quelle utilizzate sul territorio regionale. Questo per consentire una reale consapevolezza di rischi e benefici per il paziente affetto da patologia tumorale, premessa indispensabile per esprimere un consenso davvero informato a ogni scelta terapeutica. In questo ambito abbiamo quindi attivato questo nuovo servizio ambulatoriale, allo scopo di fornire informazioni qualificate e verificate scientificamente su medicine complementari e alimentazione in oncologia».

L'attività viene garantita dall'ambulatorio di Omeopatia di Lucca, insieme alla Rete toscana di medicina integrata e al reparto di oncologia medica dell'azienda Usl 2 di Lucca, diretto da Editta Baldini e che ha come riferimento specifico Manuela Pellegrini. I pazienti ricevono innanzitutto indicazioni sull'alimentazione e sul suo ruolo nella prevenzione dei tumori solidi e delle recidive del tumore mammario. Si forniscono poi indicazioni sulla dieta come adiuvante della terapia del tumore, prevenzione e consigli alimentari in caso di effetti collaterali da chemioterapia quali nausea, vomito, secchezza della bocca, alterazione del gusto, difficoltà alla masticazione, mucositi del cavo orale, diarrea, stipsi, astenia, diminuzione dell'appetito, anoressia ecc. Inoltre viene spiegato come diminuire il rischio di aumento di peso correlato ai trattamenti antitumorali (chemioterapia, ormonoterapia) e allo stato di menopausa (naturale o indotto), promuovendo un corretto stile di vita e sani comportamenti alimentari.

pagina a cura di
Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 di Lucca

IL TRATTAMENTO DI ABUSI E DISTURBI MENTALI

Sfida alla doppia diagnosi

La comunità terapeutica «Villa Adelasia» è nata dieci anni fa come progetto sperimentale e innovativo dell'Azienda Usl 2 di Lucca per il trattamento e la riabilitazione delle persone che si trovano in particolari condizioni di disagio a causa della compresenza di abuso o dipendenza da sostanze e comportamentale e di altri gravi disturbi mentali. La doppia diagnosi è appunto il termine con cui si indica la concomitanza di queste gravi patologie ed è stata al centro di un seminario che si è svolto lo scorso 29 novembre, con l'organizzazione del Sert della Piana di Lucca, nel corso del quale sono stati esaminati in maniera particolareggiata i risultati ottenuti nei dieci anni di attività di Villa Adelasia.

Il primo ospite è infatti entrato nella comunità terapeutica il 25 settembre 2000 e da allora il totale delle persone che si sono alternate nella struttura (la permanenza può essere al massimo di un anno) è di 141, di cui 106 maschi e 35 femmine. Il servizio risponde ai bisogni del territorio dell'azienda sanitaria lucchese (76 casi), ma anche a un bacino d'utenza più ampio: altri 57 casi sono legati ad altri territorio toscani e 8 addirittura extra-regione. In questi anni di attività si è potuto verificare il valore e il significato di un nuovo modello curativo, che ha come obiettivi principali la riacquisizione di un soddisfacente equilibrio psico-emotivo, la ricostruzione delle risorse necessarie alla gestione della condizione di vita dei pazienti e il loro reinserimento in famiglia e nella realtà sociale.

Il recente seminario ha permesso di fare il punto sul lavoro svolto, anche per migliorare la capacità di intervento nei confronti di patologie complesse e in evoluzione, che richiedono risposte adeguate. Recentemente è nata fra l'altro un'associazione dei familiari dei pazienti a doppia diagnosi, denominata «Diversamento». La comunità terapeutica dipende dal Sert di Lucca, che ha costituito un'équipe specifica formata da psicologa, psichiatra e assistente sociale. Della gestione delle attività si occupa la Cooperativa giovani e comunità.

**A «Villa Adelasia»
in dieci anni
assistiti 141 ospiti**

PARTNERSHIP TRA UNIVERSITÀ DI PISA E AZIENDA SANITARIA LUCCHESA

Studiare da infermiere di famiglia e comunità

Si è svolta lo scorso 3 dicembre, nell'Auditorium del Polo Didattico e Formativo di S.Maria a Colle nel complesso di Maggiano a Lucca, l'inaugurazione della seconda edizione del Master in infermiere di famiglia e di comunità, coincisa con la presentazione delle interessanti tesi degli studenti della prima edizione.

Grazie alla collaborazione tra la facoltà di Medicina e chirurgia di Pisa e l'Asl 2 di Lucca è stato infatti attivato l'anno scorso - come primo di questo tipo in Toscana e uno dei pochi a livello nazionale - il Master di primo livello in «Infermiere di famiglia e di comunità», per la formazione di questa nuova figura che è andata ad arricchire il settore delle cure primarie. L'importanza dell'iniziativa è stata evidenziata dal Direttore generale dell'azienda Usl 2 Lucca, Oreste Tavanti, dal presidente della quarta commissione

**Tra i primi in Italia,
il master è giunto
alla seconda edizione**

Sanità della Regione Toscana Marco Remaschi, dal presidente dell'Ordine dei medici di Lucca Umberto Quiriconi, dal presidente del collegio infermieristico Ipavsi di Lucca Maria Cristina Orsi, da Suor Tomasina Gheduzzi in rappresentanza dell'Arcivescovo di Lucca Castellani, la coordinatrice dell'ufficio di presidenza della facoltà di Medicina Claudia Cimino e la responsabile della Formazione infermieristica dell'Azienda Usl 2 Lucca Manuela Ricci. Erano presenti anche il consigliere regionale Ardelio Pellegriotti, la responsabile di zona distretto di Lucca Cristina Petretti e diversi medici di medicina generale.

Soddisfazione per l'innovativa e produttiva esperienza di «decentramento» attivata a Lucca è stata espressa dal nuovo preside della Fa-

coltà di Medicina e chirurgia di Pisa, Mario Petrini, il quale ha evidenziato l'impegno suo e dell'Università a proseguire su questa strada di apertura dell'Ateneo al territorio. Il direttore del master, Mario Giusiani, ha quindi sottolineato la coincidenza della giornata con la conclusione anche del primo triennio del corso di laurea in Infermieristica gestito interamente nella sede lucchese, «una struttura - ha detto Giusiani - immersa nel verde, con servizi anche multimediali di primissima qualità» e ha ringraziato per questo il direttore Tavanti e il gruppo guidato dalla dottoressa Ricci, che gestisce al meglio le attività del polo didattico.

Prima e dopo la cerimonia di inaugurazione gli infermieri laureati che hanno partecipato alla prima edizione del master hanno presentato e discusso le loro tesi di laurea, incentrate proprio sull'organizzazione e sulla rete dei professionisti al servizio della famiglia e della comu-

nità. Da questi giovani infermieri - che hanno frequentato per un anno e con tanti sacrifici le lezioni teoriche e pratiche del master - è arrivata una richiesta forte, sostenuta anche dal Collegio Ipavsi, di essere impiegati nel ruolo per il quale si sono formati, per mettere a frutto le conoscenze acquisite e la grande motivazione che li ha spinti a intraprendere questo innovativo percorso. Il direttore generale dell'azienda Usl 2 Tavanti ha assicurato l'impegno dell'azienda per una collocazione appropriata di queste nuove e importanti professionalità. Parlando dei profondi cambiamenti in atto nel sistema socio-sanitario, il direttore ha poi ricordato la sempre maggiore integrazione tra l'azienda Usl 2 e i Mmg, che svolgono un ruolo fondamentale e rappresentano un irrinunciabile punto di riferimento per i cittadini.

Sul territorio dell'Asl 2 la figura dell'infermiere di famiglia e comunità è presente

già da 22 mesi, in maniera sperimentale. In questo periodo l'innovativo modello organizzativo è stato infatti attivato in sette moduli di Mmg della zona distretto Piana di Lucca. La funzione primaria dell'infermiere di famiglia è stata quella di assicurare la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare che in quello ambulatoriale, fornendo i servizi più richiesti dagli utenti e diventando un punto di riferimento per la comunità anche per quanto riguarda l'informazione sanitaria, la prevenzione, la promozione della salute e l'accesso ai servizi che l'Asl mette a disposizione dei cittadini.

Il punto focale, il vero valore aggiunto è legato al rapporto che si è instaurato con le famiglie e con i medici di medicina generale, cercando di dar vita a un'azione educa-

tiva destinata a potenziare le capacità di auto cura e, quando necessario, di adattamento dei pazienti e della famiglia alla malattia cronica e invalidante. Nel corso delle attività hanno assunto grande importanza le frequenti occasioni di contatto diretto con la popolazione: in questo modo si sono venuti a creare i presupposti per una diffusione capillare degli interventi.

In secondo luogo, gli operatori hanno avuto la possibilità di interagire con vari organismi e gruppi locali (circoli sociali, parrocchie, associazioni di volontariato) che sono nello stesso tempo attori e «moltiplicatori» dell'educazione sanitaria nel contesto della comunità. In questo periodo di sperimentazione sono stati ovviamente riscontrati anche alcuni punti di criticità, legati soprattutto ad aspetti organizzativi, che saranno oggetto di azioni di miglioramento.

**La sperimentazione
della nuova figura
partita da 22 mesi**

DOCUMENTI Approvato il progetto sperimentato nell'Asl 8 per le cure continue a persone "under 65" non assistibili a domicilio



Adulti disabili, assistenza «modello Arezzo»

Centri derivati dalla riconversione di Rsa e destinati a pazienti che non necessitano di riabilitazione estensiva

IL TESTO APPROVATO

Pubblichiamo il testo della delibera n. 1120 approvata dalla Giunta il 28/12/2010 (e dell'allegato), avente a oggetto il Modello di residenza sanitaria assistenziale a ciclo continuativo per persone disabili in condizioni di gravità.

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. Di approvare la proposta progettuale del modello di "residenza sanitaria assistenziale a ciclo continuativo per persone disabili in condizioni di gravità", della durata di due anni, presentata dall'Azienda Usl 8 di Arezzo, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. Di prevedere che l'attività di monitoraggio della proposta progettuale sia svolta dall'Azienda Usl 8 di Arezzo verso le residenze sanitarie interessate, con report trimestrali contenenti le informazioni strutturate sull'andamento dell'attività;

3. Di affidare il controllo e la valutazione finale del modello di "residenza sanitaria assistenziale a ciclo continuativo per persone disabili in condizioni di gravità" alla competente Struttura della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;

4. Di dare atto che dalla proposta progettuale di modello di "residenza sanitaria assistenziale a ciclo continuativo per persone disabili in condizioni di gravità", non derivano ulteriori oneri a carico del bilancio del Servizio sanitario regionale.

Allegato A

PROPOSTA PROGETTUALE

MODELLO DI "RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE A CICLO CONTINUATIVO PER PERSONE DISABILI IN CONDIZIONI DI GRAVITÀ"

Azienda Usl 8 di Arezzo

Premessa

Nell'esperienza maturata in questa Azienda sanitaria n. 8 di Arezzo da oltre un decennio si è consolidato, nell'ambito delle attività ad alta inte-

grazione socio-sanitaria, un modello di struttura sanitaria assistenziale dedicata a ospitare soggetti adulti di età inferiore ai 65 anni, con disabilità stabilizzata, non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, non assistibili a domicilio o in strutture intermedie, che tuttavia non richiedono gli interventi di riabilitazione estensiva attualmente garantiti nelle Residenze sanitarie assistenziali per disabili (Rsd), ma allo stesso tempo necessitano di una risposta residenziale assistita, e non solamente organizzata come nelle Comunità alloggio protette (Cap).

Contesto operativo

Dal 1998 operano in Provincia di Arezzo tre Rsa, con autorizzazione definitiva al funzionamento, convenzionate con la Asl 8 e ospitanti disabili in condizioni di gravità.

Nello specifico, le Strutture sono:

- Istituto "Cam Opera S. Margherita" sito in Terontola;
- Istituto "Le Mimose" sito in Castiglion Fiorentino;
- Istituto "Podere Modello" sito in Castiglion Fiorentino.

Tali Rsa si caratterizzano per un'attività di alta integrazione socio-sanitaria che si estrinseca attraverso l'erogazione di maggiori livelli assistenziali rispetto a quelli forniti in una Rsa per anziani e per una minore intensità di cure sanitarie e un tempo più prolungato di permanenza, rispetto alle strutture riabilitative come le Residenze assistenziali per disabili (Rsd) e le Comunità alloggio protette (Cap).

Più specificatamente, le Residenze sanitarie assistenziali per giovani/adulti inabili sono presidi nei quali vengono accolti, su invito del Gruppo operativo interdisciplinare e funzionale (Goif) della Asl 8, disabili in situazioni di gravità, non più assistibili a domicilio e con la necessità di un supporto infermieristico, riabilitativo, specialistico ed educativo più elevato rispetto a quello garantito nel modulo base per gli anziani non autosufficienti. Le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) per disabili in condizioni di gravità sono nate con l'obiettivo di garantire la necessaria assistenza a situazioni che richiedono una risposta maggiormente indirizzata più sul versante socio-assistenziale che su quello riabilitativo in senso stretto.

La legge regionale n. 41 del 24/02/2005, abrogando le precedenti normative, individua comunque, al capo III, le strutture residenziali e semi-residenziali, non disciplinate dalla legge regionale 8/1999 e, fra queste, le strutture residenziali che erogano prestazioni socio-assistenziali ad alta integrazione socio-sanitaria per l'accoglienza di soggetti disabili e non autosufficienti, caratterizzate da media e alta intensità assistenziale e organizzativa, con una capacità ricettiva non superiore agli ottanta posti letto e comunque organizzati in nuclei fino a quaranta ospiti.

Con l'approvazione del regolamento di cui all'articolo 62 della legge regionale 41/2005, approvato con Dgr n. 231 del 25 marzo 2008 ed emanato con Dpgr n. 15/r del 26

marzo 2008, vengono definiti i requisiti delle strutture residenziali per disabili gravi con attestazione di gravità denominate Residenze sanitarie assistenziali per disabili (Rsd).

I requisiti ivi previsti, tuttavia, non sono quelli di una struttura socio-sanitaria quale la Rsa per adulti inabili sviluppatasi nel territorio Aretino, ma quelli di una struttura sperimentata nell'ambito della rete integrata dei servizi di Assistenza riabilitativa e come tale caratterizzata da un intervento sanitario di maggior intensità e conseguenti maggiori oneri a carico del Servizio sanitario regionale in virtù della preponderanza di tale intervento. Il Regolamento propone quindi di un unico modello di intervento residenziale assistenziale in favore dei disabili che giustifica una tariffa così onerosa a carico del bilancio sanitario in quanto sostanzialmente intervento di riabilitazione che si pone nel sistema dell'alta integrazione socio-sanitaria quale prestazione sanitaria a rilevanza sociale.

Come si è detto non trova invece posto nel regolamento la Rsa per adulti inabili consolidata ad Arezzo malgrado l'esplicito riferimento, nella legge regionale 41/1995, alle strutture residenziali non oggetto della disciplina di cui alla legge regionale 8/1999.

Perciò, mentre la legge regionale del sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale abbraccia le varie strutture socio-sanitarie esistenti nei territori regionali rispecchiando le indicazioni del Piano sociale regionale, tra cui, a pieno titolo, le Residenze sanitarie assistenziali per adulti inabili, il Regolamento emanato in attuazione dell'articolo 62 di tale legge non contempla le Rsa per adulti inabili ma le Rsd dei Centri di riabilitazione.

Le Rsa per adulti inabili si rifanno ai requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle Rsa per anziani non autosufficienti con l'inclusione di maggiori prestazioni sanitarie, compresa la presenza di Medici specialisti.

Tali Rsa sono legittimamente operanti nel territorio in quanto i procedimenti autorizzatori con cui sono state autorizzate a erogare prestazioni di alta integrazione socio-sanitaria si sono ampiamente conclusi prima dell'entrata in vigore del Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 41/2005 e, pertanto, per effetto dell'articolo 63, non debbono rispondere ai requisiti del Regolamento suddetto ma a quelli della normativa preesistente alla stessa legge regionale.

Quello che si pone, è invece un problema di tariffazione delle prestazioni, in quanto per tutte le altre tipologie di strutture residenziali oggetto della legge regionale 41/2005 vi è un tavolo di trattativa fra Regione, Aziende sanitarie e organismi associativi di rappresentanza delle strutture convenzionate, mentre per le Rsa per adulti inabili il tavolo di trattativa è realizzato solamente a livello locale.

Inoltre, si pone anche un problema di ripetibilità di una esperienza positiva nell'alta integrazione socio-sa-

nitaria che può offrire una risposta residenziale valida al tema della disabilità in un equilibrato contesto di valorizzazione dell'intervento sociale in stretta relazione con quello sanitario.

Utenza
Alle Rsa per adulti inabili hanno accesso gli utenti in possesso di accertamento di handicap in situazione di gravità (art. 4 legge 104/92), non assistibili a domicilio, che necessitano di una risposta continuativa a carattere residenziale tesa a mantenere i livelli di autonomia acquisiti e a garantire un adeguato intervento socio-sanitario.

Accesso
Ai fini dell'accesso è elaborato, da parte delle strutture organizzative territoriali dell'azienda Usl di residenza dell'utente, un progetto personalizzato in cui sono definiti i bisogni dell'utente, gli obiettivi socio-sanitari che si intendono raggiungere, l'impegno amministrativo al pagamento della quota sanitaria della retta rilasciata dal competente ufficio amministrativo della Zona/Asl di residenza dell'utente, l'impegno sottoscritto dall'utente e/o dal legale rappresentante o tutore o amministratore di sostegno e/o dal Comune di residenza dell'utente in ordine alla quota di parte sociale della retta di propria spettanza. Detto impegno dovrà essere rinnovato a cadenza annuale per tutta la durata del ricovero.

Le ammissioni nelle Rsa per adulti inabili saranno possibili fino alla copertura dei posti autorizzati.

I soggetti gestori delle Rsa per adulti inabili hanno l'obbligo di trasmettere all'Unità funzionale alta integrazione della Zona Valdichiana (Zona in cui hanno sede le tre strutture) i dati anagrafici relativi ai nuovi ricoveri effettuati e la decorrenza del periodo di inserimento dell'utente.

La titolarità al pagamento della quota sanitaria, nel caso di cambiamento di residenza dell'utente, resta a carico dell'Azienda Usl di residenza al momento dell'ammissione dell'utente in Rsa.

La quota sociale eventualmente a carico dell'ente pubblico ricade nelle competenze del Comune di residenza dell'utente.

L'importo della quota sociale viene concertato fra i soggetti gestori della struttura e la Conferenza dei sindaci della Valdichiana, la quale poi approva con apposito atto deliberativo.

I rapporti fra gli enti pubblici che riconoscono il diritto alla prestazione nell'ambito di un progetto individuale e le Rsa che gestiscono le prestazioni sono regolati da apposita convenzione che viene stipulata in relazione al possesso dei requisiti di funzionamento previsti dalle normative con le quali le tre Rsa sono state autorizzate a funzionare e alla valutazione di qualità specifiche che il soggetto pubblico contraente andrà successivamente a definire in ragione dei programmi di intervento definiti dalle normative re-

gionali in materia.

Le assenze degli ospiti dalla Struttura non superiori a 15 gg consecutivi, dovute a rientri degli assistiti negli ambiti sociali di provenienza e/o in famiglia e previste nei piani di interventi personalizzati o dovute a periodi di ricovero ospedaliero, danno luogo a una decurtazione della retta di parte sociale del 10%, ma fanno salva la conservazione del posto.

Nei casi di ricovero ospedaliero la Struttura deve consentire, laddove necessario, ad assicurare gli apporti assistenziali necessari.

La quota sanitaria verrà corrisposta per ogni giorno di presenza effettiva dell'ospite nella Struttura.

I soggetti gestori delle Rsa non possono richiedere all'utente o alle loro famiglie ulteriori integrazioni di retta o mensilità anticipate.

Prestazioni erogate

- Prestazioni sanitarie infermieristiche, riabilitative, di recupero e di mantenimento;
- Prestazioni assistenziali di aiuto alla persona;
- Prestazioni educative, di socializzazione e animazione;
- Prestazioni alberghiere (ristorazione, preparazione pasti, lavanderia, guardaroba, pulizie);
- Trasporto;
- Prestazioni di carattere generale (amministrativo e di direzione della Struttura);

Al fine di garantire gli interventi e le prestazioni di cui sopra, l'organico dovrà prevedere le seguenti figure professionali: personale infermieristico; personale di riabilitazione; personale addetto all'assistenza; personale addetto ai servizi generali (cucina, lavanderia, pulizia...); personale amministrativo; personale medico specialistico.

L'assistenza medica di base è affidata al medico di medicina generale che attiva anche i necessari interventi specialistici di concerto con gli specialisti della Struttura (vedi tabella).

Importo della retta sanitaria proposto per il periodo di sperimentazione del Progetto

I criteri di adeguamento tariffario proposti derivano dalla modulazione delle quote intermedie relative ai parametri dei livelli assistenziali, riferiti ai requisiti minimi professionali per ciascuna funzione esercitata all'interno delle strutture Rsa e Rsd, ai sensi del Regolamento 15/r del 2008.

La tariffa giornaliera che ne consegue è di € 59,00 (quota sanitaria) da corrispondere per ogni giorno di presenza effettiva dell'ospite nella Struttura.

Vigilanza e controllo
L'Ente locale esercita le funzioni di vigilanza sulle Strutture autorizzate al funzionamento avvalendosi della Commissione di cui all'art. 20, comma 3 della legge regionale 41/2005.

(continua a pagina 5)

Requisiti minimi professionali da garantire in struttura

Numero di ospiti ai quali viene rapportato il personale: 40 ospiti					
Monte orario annuale per ciascuna funzione esercitata					
	Assistenza infermieristica	Assistenza riabilitativa *	Assistenza di base e alla persona	Assistenza specialistica	Animazione socio-educativa
Numero ore	8.266	5.636	27.900**	1.040	1.550

* L'assistenza riabilitativa comprende anche l'intervento educativo;
** Comprensiva dei 4 Oss che vengono finanziati con la quota di parte sociale della retta.
I monti orari sopra riportati sono determinati stimando una media annua di 1.550 ore effettivamente lavorate per operatore.

(segue da pagina 4)

La Commissione opera secondo quanto stabilito nel Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 41/2005 approvato con decreto del presidente della Giunta regionale n. 15/r del 26 marzo 2008, previa attuazione biennale della proposta progettuale del modello medesimo, da monitorare trimestralmente con appositi reports valutativi;

Obiettivo del Progetto
Dato atto della necessità di rivedere complessivamente in ambito regionale le tipologie di offerta residenziale socio-sanitaria attualmente erogate, la presente proposta progettuale si colloca in tale contesto ed è finalizzata a consentire di valutare la possibilità di attuare le ipotesi alternative di seguito riportate:

- dimostrare l'appropriatezza del modello di "residenza sanitaria assistenziale a ciclo continuativo per persone disabili in condizioni di gravità", allo scopo di inserire l'esperienza dell'Azienda Usl n. 8 di Arezzo fra le risposte residenziali contemplate nel Regolamento regionale n. 15/r del 26 marzo 2008, previa attuazione biennale della proposta progettuale del modello medesimo, da monitorare trimestralmente con appositi reports valutativi;

- proporre, al termine del biennio di attuazione di tale modello, e in conseguenza della rivisitazione complessiva delle tipologie di offerta socio-sanitaria residenziale attualmente erogate in Toscana, un piano di adeguamento delle strutture in questione verso una o più tipologie individuali nel corso della suddetta riorganizzazione regionale.

per persone disabili in condizioni di gravità", allo scopo di inserire l'esperienza dell'Azienda Usl n. 8 di Arezzo fra le risposte residenziali contemplate nel Regolamento regionale n. 15/r del 26 marzo 2008, previa attuazione biennale della proposta progettuale del modello medesimo, da monitorare trimestralmente con appositi reports valutativi;

Durata
Si propone che il presente Progetto abbia durata biennale, con decorrenza dalla data di esecutività dell'atto di approvazione da parte della Giunta regionale.

Attività di monitoraggio
L'attività di monitoraggio della proposta progettuale, viene garantita dall'Azienda Usl 8 di Arezzo verso le residenze sanitarie interessate, con reports trimestrali contenenti le informazioni strutturate sull'andamento dell'attività, avvalendosi di apposita modulistica che sarà successivamente predisposta e programmando incontri periodici (trimestrali) che vedano coinvolgere anche le condizioni per una corretta applicazione delle normative preventive degli organismi rappresentativi delle stesse,

l'Azienda Usl 8 e le Organizzazioni sindacali rappresentative. Ciò al fine di verificare che alla qualità progettuale proposta corrisponda la stessa qualità organizzativa e professionale, anche mediante un monitoraggio costante del rispetto delle norme dei contratti di lavoro applicati e di una corretta politica di formazione del personale.

Condivisione
Tutto quanto sopra esposto è stato condiviso a livello aziendale tra il Direttore generale, le rappresentanze delle strutture convenzionate interessate, gli organismi associativi rappresentativi della Rsa per adulti inabili e le Organizzazioni sindacali rappresentative al fine di creare anche le condizioni per una corretta applicazione delle normative preventive degli organismi rappresentativi delle stesse,

via principale, raggiungere un accordo sull'opportunità di confermare il modello di struttura residenziale per disabili che, laddove positivamente valutata al termine del periodo dell'esperienza, possa essere inserita come nuova tipologia di struttura in aggiunta a quelle già contemplate nel citato regolamento regionale oppure ricondotta, dopo un piano di adeguamento appositamente predisposto dalle Strutture e concordato con la Regione Toscana, verso una o più tipologie di risposta residenziale che emergeranno dalla riorganizzazione complessiva dell'offerta attuale.

La presente proposta progettuale è stata inoltre sottoposta all'esame della Conferenza dei sindaci competente per territorio, che ha espresso il parere favorevole nell'ambito della programmazione locale.

La presente proposta progettuale è stata inoltre sottoposta all'esame della Conferenza dei sindaci competente per territorio, che ha espresso il parere favorevole nell'ambito della programmazione locale.

IL TESTO APPROVATO

Prodotti alimentari, ecco le linee guida applicative del Regolamento europeo

Pubblichiamo la delibera n. 1114 del 28/12/2010, con Direttive su "Linea guida applicativa del Regolamento (Ce) 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari" approvata con Accordo sottoscritto in Stato Regioni del 29/04/2010.

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. Di approvare, in attuazione dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sottoscritto il 29 aprile 2010 avente a oggetto "Linea guida applicativa del regolamento n. 852/2004/Ce del Parlamento europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari", di cui all'Allegato A, le "Direttive su Linea guida applicativa del Regolamento (Ce) n. 852/2004/Ce del Parlamento europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari", di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2. Di sostituire nella Parte II (Modalità di identificazione delle imprese registrate) dell'Allegato "A" della Deliberazione 25 giugno 2007, n. 470 "Approvazione circolare recante indicazioni per l'applicazione del decreto del Presidente della Giunta regionale 1 agosto 2006 n. 40/R in materia di igiene dei prodotti alimentari e degli alimenti di origine animale", per le motivazioni espresse in narrativa, la Tabella Codici Ateco per settore alimenti, con la vigente tabella di classificazione delle attività economiche dei Codici Ateco 2007, approvata con Provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 16/11/2007 (pubblicato in Guri n. 296 del 21/12/2007) ed entrata in vigore dal 1° gennaio 2008.

Allegato B

**REGIONE TOSCANA
DIREZIONE GENERALE
DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE
DIRETTIVE SU "LINEA GUIDA APPLICATIVA DEL REGOLAMENTO (CE) 852/2004 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 29 APRILE 2004 SULL'IGIENE DEI PRODOTTI ALIMENTARI"**

Legenda

Nel presente atto si adottano le seguenti

locuzioni:

- Regolamento: quando non esplicitato diversamente, si intende il Regolamento (Ce) 852/2004.
- regolamento regionale n. 40/R: si intende decreto del Presidente della Giunta regionale del 1° agosto 2006 n. 40/R, modificato e integrato dal decreto del Presidente della Giunta regionale 30 luglio 2008 n. 41/R, relativo all'attuazione del regolamento (Ce) 852/2004.

Premessa

Il presente documento intende fornire direttive sull'applicazione di alcune previsioni contenute nella "Linea guida applicativa del Regolamento (Ce) n. 852/2004/Ce del Parlamento europeo e del Consiglio sull'igiene dei prodotti alimentari", adottata con l'Accordo del 29 aprile 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e sancito nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Altri oggetti presenti nella Linea guida risultano già disciplinati da provvedimenti regionali ed è a questi ultimi che le direttive fanno riferimento fornendo i necessari chiarimenti e, allorché ritenuto necessario, introducendo alcune modifiche e integrazioni ai provvedimenti stessi.

Occorre ricordare inoltre che il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, all'art. 49 commi 4-bis, 4-ter e 4-quinquies ha sostituito l'istituto della "Dia" (vedi punto 2 Linea guida) con quello della "Scia" (Segnalazione certificata di inizio attività), disponendo espressamente, fra l'altro, la prevalenza delle nuove norme statali su quelle già vigenti, delle stesse Regioni. La Toscana, così come altre Regioni, ha impugnato davanti alla Corte costituzionale tali disposizioni (il ricorso è stato pubblicato sul Burt n. 41 dell'11 ottobre 2010) ritenute gravemente lesive della propria autonomia legislativa.

1) Ambito di applicazione ed esclusioni

Per quanto concerne il campo di applicazione e le esclusioni, per le definizioni di "produzione primaria" e "prodotto primario" si rinvia all'art. 4 comma 1, lettere f) e g) del regolamento regionale n. 40/R, per le definizioni di "livello locale", "fornitura diretta" e "piccolo quantitativo" all'art. 3 comma 1, lettera c) e per quella di "commercio al dettaglio" all'art. 4 comma 1, lettera h) del

regolamento regionale n. 40/R, che hanno recepito le definizioni del Regolamento.

Riguardo agli obblighi dei produttori primari del rispetto delle regole base dell'igiene e delle buone pratiche agricole per un prodotto sicuro e dei dettaglianti che acquistano da produttori esclusi dal campo di applicazione del Regolamento, si richiamano le norme sulla rintracciabilità degli alimenti previste dal Regolamento (Ce) n. 178/2002 e si rinvia alla Deliberazione Grt del 31 ottobre 2005 "Linee guida relative alla rintracciabilità degli alimenti e dei mangimi con finalità di tutela della salute pubblica".

2) Registrazione/Dia (Scia)

La procedura di "registrazione/Dia" (ora Scia) è prevista per tutte le attività di produzione, trasformazione, trasporto, magazzino, somministrazione e vendita di prodotti alimentari, salvo che i Regolamenti 852 e 853/2004 prevedano la procedura di riconoscimento. Per la tenuta dell'anagrafe delle "registrazioni" tramite accesso a banche dati già esistenti si rinvia alla Deliberazione Grt del 6 aprile 2009 n. 264 e al Decreto dirigenziale n. 2063 del 6 maggio 2009.

Per l'attività di trasporto di prodotti alimentari si rinvia alla Deliberazione Grt 25 giugno 2007 n.470 (Parte I - paragrafo 4.2).

Per quanto riguarda le modalità di identificazione delle imprese registrate, come stabilito da precedenti accordi in Conferenza Stato-Regioni, è obbligatorio l'utilizzo dei codici Istat (Ateco). Come stabilito da Deliberazione Grt 25 giugno 2007 n. 470 (Parte II), tutte le attività del settore alimentare soggette all'obbligo di registrazione, sono registrate con i codici Ateco riportati nell'allegato "A" di suddetta delibera.

L'elenco contenuto nel sopra citato allegato "A" relativamente ai prodotti alimentari riporta i codici Ateco del 2002 di cui, però, dal 1° gennaio 2008 è entrata in vigore una nuova versione. Ai fini delle registrazioni si adotta la nuova griglia di classificazione relativa ai codici Ateco vigenti, rinviando l'adozione di eventuali ulteriori specifiche delle classifiche a successivo decreto dirigenziale.

3) Riconoscimento

In riferimento alle attività di produzione, commercializzazione e deposito ai fini della commercializzazione (all'ingrosso) degli additivi alimentari, degli aromi e degli enzimi alimentari, si intende dare piena attuazione al regime

autorizzatorio già previsto dal Dpr 19 novembre 1997, n. 514, tramite le procedure di riconoscimento di cui all'art. 6, comma 3, lettera a) del Regolamento.

Questo comporta l'obbligatorietà di un preventivo controllo da parte dell'azienda Usl.

4) Deroghe

Si rimanda a quanto prevedono il punto 4 della Linea guida e l'art. 16, commi 1, 2 e 3 del regolamento regionale n. 40/R, secondo cui gli operatori del settore alimentare debbano inviare al ministero della Salute, per il tramite della Regione che esprime un parere, la domanda di deroga.

5) Ambiti particolari di semplificazione

Per le tabaccherie, come previsto dall'art. 10, comma 4 del Regolamento regionale n. 40/R e dall'Allegato "A" della Deliberazione Grt 25 giugno 2007 n. 470 che fornisce indicazioni sull'applicazione del regolamento regionale n. 40/R stesso (Parte I - Paragrafo 4), l'attività di vendita da parte dei tabaccai di pastigliaggi e assimilati, già registrati in base alla vigente normativa specifica di settore, non è soggetta a nuova registrazione. Viene confermata l'adozione di una procedura semplificata di registrazione tramite accesso a elenchi già presenti in apposita banca dati disponibile.

Per le farmacie, la cui apertura è subordinata ad autorizzazione sanitaria, è sufficiente che il servizio farmaceutico trasmetta ai Sian l'autorizzazione stessa.

Per quanto riguarda i distributori automatici di alimenti, si conferma l'obbligo da parte delle imprese che forniscono i distributori, di effettuare la registrazione tramite Dia (Scia), rinviando per le modalità di registrazione all'art.11 comma I regolamento regionale n. 40/R. Nel caso di distributori collocati in zone di competenza di più Aziende Usl, la detta fornitrice dei distributori deve trasmettere l'elenco delle postazioni dove sono installati e le eventuali successive variazioni.

6) Manuali di corretta prassi operativa

Si rimanda a quanto previsto al punto 6 della Linea guida.

7) Formazione

Relativamente alla formazione del personale che opera all'interno delle imprese alimentari, si rinvia a quanto previsto dalla Deliberazione Grt 21 luglio 2008 n. 559 "Indirizzi in materia di formazione degli alimentaristi. Revoca Dgr 1388/2004".

ONCOLOGIA Bilancio di un anno di attività del Centro di supporto e orientamento



Counseling regionale unico

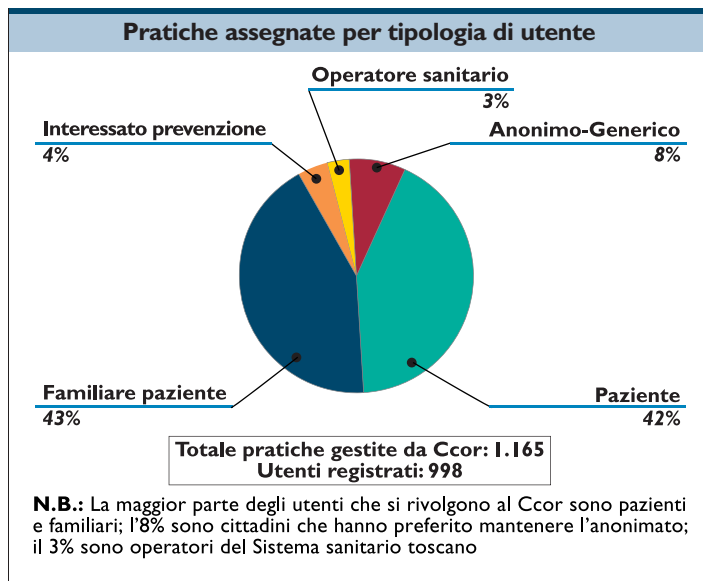
Capacità di risposta per pazienti e famiglie - Guida ai percorsi di cura

In questo primo anno di attività le persone che si sono rivolte al Centro di counseling oncologico regionale sono state molte e questo dato ci ha portato ad analizzare in modo più approfondito il motivo di tale successo. Il numero è stato molto elevato, sopra ogni aspettativa iniziale, che confrontato con i dati presenti in letteratura connota questa esperienza sperimentale come molto innovativa e utile per sostenere i pazienti oncologici e i loro familiari.

L'accesso immediato a un numero verde gratuito, disponibile per un orario molto esteso (8:00-20:00 ogni giorno della settimana) ha sicuramente facilitato il contatto da parte di molte persone. La caratteristica distintiva, che ha caratterizzato la struttura, è la capacità di offrire fin dall'inizio un duplice sistema di risposta: il supporto psicologico alle situazioni di sofferenza e disagio legate alla diagnosi di neoplasia, e il sostegno all'orientamento nei percorsi di cura (informazioni, accesso, esami) spesso assai complessi e articolati.

Dunque il Ccor, unico per l'estensione a tutto il territorio regionale, ha rappresentato in questo primo anno di attività un punto di riferimento importante da parte dei cittadini che convivono con la patologia oncologica. Dall'analisi dei dati relativi al flusso delle telefonate e dalle problematiche poste in questo primo anno di attività, si è potuto riflettere e progettare importanti interventi migliorativi nel sistema.

Infatti i racconti degli utenti hanno costituito un materiale eccezionale per capire le percezioni che i cittadini hanno dei servizi oncologici sia le criticità più significative riscontrate nei percorsi di cura. L'obiettivo del servizio è anche quello fornire elementi di valutazione esterna del sistema, considerando le esperienze dei pazienti come uno strumento prezioso per attivare azioni di correzione puntuali e tempestive. Il lavoro svolto fino a oggi dal Cen-



Al Ccor 2.640 chiamate in 12 mesi

In 12 mesi di attività ci sono state 2.640 chiamate di cui 1.713 sono le persone che direttamente si sono rivolte al Servizio. Questo dato conferma che il servizio risponde a una reale esigenza dei cittadini che convivono con la patologia oncologica. Circa il 45% delle persone si è rivolto al servizio a causa del disagio sperimentato nella convivenza con la malattia sia da un punto di vista psicologico, sia per difficoltà vissute nel percorso. Il 50% delle richieste sono state per informazioni sui percorsi oncologici del si-

stema sanitario regionale, di questi circa il 25% erano quesiti relativi ai diritti del malato e al supporto sociale.

Infine solo il 3% persone si sono rivolte al nostro centro per fare una segnalazione o un reclamo specifico o per segnalare un evento avverso subito.

La maggior parte degli utenti del servizio sono pazienti (42%) o familiari di pazienti oncologici (43%), una piccola percentuale (3%) delle persone che ha chiamato sono operatori del servizio sanitario toscano.

tro di ascolto ha consentito di dare risposte utili ai pazienti e ai loro familiari che hanno, in più di un'occasione, manifestato esplicitamente un alto livello di gradimento. La riflessione sul primo anno di attività ci consente di adeguare ulteriormente il servizio ai bisogni dei cittadini valorizzando le opportunità che da esso possono derivare anche in termi-

ni di efficienza e umanizzazione dei percorsi di cura.

a cura di
Patrizia Fistesmaire
Psicologa clinica
e psicoterapeuta
e Coordinatrice
del Centro di counseling oncologico
regionale
Regione Toscana

L'IDENTIKIT DELLA STRUTTURA

Tutti gli ingranaggi dell'ascolto

Il Centro di counseling oncologico regionale (Ccor) è stato attivato il 7 novembre 2009 presso la Regione Toscana, in sinergia con le attività dell'Istituto, secondo quanto previsto dalla Dgr 88 del 9 febbraio 2009 - Sperimentazione di un Centro di ascolto regionale con funzione di counseling per il cittadino con patologia oncologica.

Il Ccor rappresenta oggi un'esperienza innovativa del Servizio sanitario nazionale finalizzata a un'ulteriore incremento della centralità del paziente nell'organizzazione dei servizi oncologici e nel venire incontro a dei bisogni inespresi con un servizio di counseling informativo e psicologico. L'iniziativa ha avuto come obiettivo principale quello di fornire a pazienti e familiari un punto di ascolto e di supporto nei percorsi assistenziali, aiutandoli nella "navigazione interna al sistema di cure", a partire dall'accesso alle informazioni, ma anche per quanto concerne le difficoltà psicologiche che possono insorgere con le malattie oncologiche.

Un'altra finalità importante è stata quella di rappresentare un'occasione per registrare e valutare in diretta le criticità che i cittadini sperimentano nel percorso assistenziale. La percezione dei pazienti, che è indicatore di valutazione esterna, ci ha consentito da un lato di individuare e definire le criticità, dall'altro di risolvere i disagi di percorso e dunque di contribuire al miglioramento del sistema.

La modalità operativa per offrire un servizio di ascolto legato per i pazienti oncologici e i loro familiari è un Contact center che accoglie la domanda dell'utente per telefono o via mail, la prende in carico impostando il processo di problem solving in collaborazione con i referenti delle Aziende sanitarie e in 48h al massimo ri-contatta e offre la risposta all'utente. L'utente può contattare il Servizio sia attraverso l'accesso a un numero verde regionale gratuito 800 880101 telefonando dalle 8:00 alle 20:00 in tutti i giorni della settimana, sia consultando il sito Internet dell'Istituto toscano tumori per ulteriori spunti di approfondimento e di formazione autorevoli e certificati.

All'interno del sito della Regione Toscana è presente una pagina sul Centro di ascolto, in cui il cittadino può conoscere le attività del servizio tramite il video realizzato dal Laboratorio management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa. Quando il cittadino si rivolge al numero verde, la richiesta viene registrata e processata in ogni sua fase. Ogni chiamata viene registrata da un software e per ogni domanda formulata viene aperta una pratica che raccoglie dati di tipo quantitativo e qualitativo, sulla natura del quesito, la modalità per risolverlo e l'attività svolta.

In questo anno è stato messo a punto un software gestionale del Ccor, prodotto originale di tipo web-based, sviluppato nel 2009 dal Ccor in collaborazione con Antonelli&Barsotti Srl e con il supporto operativo di Estav Centro.

Le caratteristiche dello strumento di registrazione prevedono:

- registrazione delle domande per tipologia di utente (anagrafica, Ausl di residenza, Ausl di cura, tipo di tumore), tipologia di richiesta (informazione, orientamento, ascolto psicologico), descrizione del problema (gap di percorso ecc...), di priorità per la risposta;
- registrazione delle pratiche (con descrizione delle attività e del processo operativo);
- registrazione dell'esito dell'intervento (risoluzione, soddisfazione dell'utente).

Sperimentazione avviata a fine 2009 in sinergia con l'Istituto

FORMAZIONE AFFIDATA AL SANT'ANNA DI PISA

Modello operativo condiviso da tutte le aziende

L'impianto del modello operativo del Ccor è stato messo a punto ex novo, essendo un'esperienza innovativa sul territorio nazionale e ha visto la collaborazione fatta di diversi esperti e strutture regionali, attive nel campo del management sanitario e nella gestione dei processi critici (Laboratorio management e Sanità per la parte gestionale, Istituto toscano tumori per la parte relativa alla rete oncologica toscana e Centro gestione rischio clinico per la messa a punto del software gestionale e del manuale di qualità).

La scelta è stata quella di organizzare un vero e proprio gruppo di lavoro, formato sia dal personale del Ccor che dalle Direzioni e dagli operatori dedicati delle Aziende sanitarie in modo da potenziare le sinergie operative nella risposta al cittadino. Nel primo an-

no si è svolto un corso di formazione intensivo, organizzato dal Laboratorio management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa che ha visto la partecipazione sia dei tredici operatori del Ccor sia dei focal point e dei referenti psicologi aziendali. La formazione ha inteso fornire gli strumenti operativi e critici per orientarsi nel panorama complesso della rete oncologica toscana. Il corso si è articolato in otto moduli, organizzati per argomenti, con cadenza settimanale. I momenti formativi sul campo, le visite guidate, hanno consentito di stabilire una relazione diretta con i clinici, nonché un confronto con le Aziende sulla natura integrativa del Centro di Counseling oncologico regionale rispetto all'assistenza

sanitaria e di psico-oncologia fornita nei percorsi aziendali.

Per garantire un'omogeneità nell'efficacia e nella tempestività della risposta ogni mese è stato organizzato un de-briefing di approfondimento e di analisi dei casi con tutti i referenti aziendali. Il gruppo dei referenti che collaborano con il Ccor da ogni Azienda sanitaria ha condiviso le procedure regionali messe a punto per la risposta all'utente anche se al suo interno si è organizzata in modo autonomo rispettando le specifiche caratteristiche. Dunque è stato realizzato un Manuale di qualità che ha previsto lo sviluppo e la revisione di procedure e istruzioni operative a supporto delle attività a gestione interna ed esterna, secondo un modello

di management basato su: la centralità del paziente e degli utenti del servizio, l'approccio partecipativo tra Ccor e aziende sanitarie, l'immediatezza della presa in carico delle richieste, l'orientamento alla risoluzione dinamica dei problemi e la sostenibilità dei servizi offerti.

Sono in corso sviluppi rispetto al trasferimento del modello operativo per altri ambiti di interesse socio-sanitario (malattie rare, lotta al dolore, disagio psico-sociale, percorsi cronici ecc...).

Il modello prevede l'utilizzo del Contact center come servizio che funge da mediazione tra cittadino e istituzione per facilitare la partecipazione attiva del paziente e del cittadino al suo percorso di

cura e per facilitare la risoluzione di eventuali criticità o difficoltà di inserimento da parte degli agenti di cura. Il Contact Center rappresenta uno strumento molto utile ed efficace sia per la facilità di contatto sia per intercettare con facilità i disagi sperimentati dai cittadini, offrendo la possibilità di porre rimedio in tempo reale. La peculiarità di questo tipo di servizio è quello di essere immediatamente reperibile e di essere proattivo nei confronti dei cittadini, che se da un lato vi si rivolgono, dall'altro vengono contattati per sapere se realmente il problema si è risolto nel tempo. Dunque il monitoraggio dell'esito dell'intervento rappresenta l'elemento più innovativo e soddisfacente per il cittadino, che sperimenta una reale sensazione di presa in carico e di interesse per la sua situazione.

SIENA

L'Aou e l'Università hanno siglato un accordo di ricerca scientifica

Cooperazione Toscana-Cina



Nel programma scambi di professionisti e master di medicina tradizionale

Siglato a Siena un importante accordo di cooperazione scientifica tra Italia e Cina sulla medicina tradizionale cinese.

L'eccezionale risultato è il frutto di un'intensa attività di cooperazione internazionale portata avanti dalla Regione Toscana con l'azienda ospedaliera-universitaria Senese e l'Università di Siena che, insieme all'Università Pechino, avvieranno scambi tra studenti, specializzandi, ricercatori e professori e attiveranno specifici programmi di ricerca internazionale con conferenze, convegni e simposi in particolari aree di eccellenza per la ricerca scientifica. La firma dell'accordo segue la

visita della delegazione cinese formata da Gao Si Hua, direttore generale dell'università di Pechino, Baixiao Zhao, preside della scuola di agopuntura dell'università, Pang He, direttore dell'ospedale universitario Dong Fang e Liping Zhang, referente per la cooperazione internazionale. L'accordo è stato siglato al rettorato insieme ad Angelo Riccaboni, rettore dell'Università di Siena, Gian Maria Rossolini, preside della facoltà di Medicina e Paolo Morello Marchese, direttore generale dell'azienda ospedaliera universitaria Senese, con la collaborazione dell'agenzia di intermediazione internazionale Lama Development and Cooper-

ation Agency. «La firma dell'accordo - ha sottolineato Morello - è un segno importante della stima reciproca e della fiducia delle istituzioni cinesi nel modello sanitario toscano e nel nostro ospedale che è l'unico in Toscana ad aver avviato, da più di un anno, un intenso scambio formativo e di collaborazione con medici cinesi provenienti dalle migliori università cinesi, ospiti nelle nostre strutture di eccellenza».

L'accordo apre la strada a numerose ulteriori collaborazioni tra cui l'attivazione di un master in medicina tradizionale cinese e medicine complementari, che avrà sede a Siena, per formare spe-

cialisti nel settore, esperti in agopuntura, moxibustione e tecniche tuina. «La nostra Università - ha detto il rettore Riccaboni - guarda al futuro e la Cina è una realtà economica in forte crescita. L'accordo con l'Università di Pechino rappresenta un'occasione importante per la nostra università, con l'obiettivo di continuare a essere un punto di eccellenza nell'area della ricerca scientifica italiana e internazionale».

Ines Ricciato
Ufficio stampa

Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena

EMPOLI

«Astro» aiuta i malati oncologici tra riabilitazione e assistenza a casa

Bilancio natalizio per l'attività di Astro (Associazione per il sostegno terapeutico e riabilitativo in oncologia). Organizzata presso la Sala delle Rose del Circolo Arci Pozzale a Empoli, una serata conviviale a cui sono intervenuti 270 partecipanti ha tirato le somme delle attività dell'associazione a sostegno dei malati oncologici e delle famiglie che li assistono. Nel 2010 (fino a novembre scorso) Astro ha ricevuto oltre 33mila euro da più di 1.050 donatori.

Grazie ai contributi di coloro che hanno voluto così dimostrare la propria solidarietà verso chi è affetto da patologia oncologica, Astro ha potuto anche quest'anno continuare a finanziare le attività di assistenza sanitaria domiciliare e di supporto psicologico, nonché portare avanti specifici corsi di riabilitazione.

Nel 2010 Astro ha realizzato la pubblicazione di un semplice manuale informativo «Diritti dei malati oncologici», in distribuzione gratuita nel reparto di oncologia dell'ospedale "San Giuseppe" di Empoli. Il manuale raccoglie tutte le informazioni sulle agevolazioni legislative a disposizione del malato e del-

la sua famiglia, per aiutarlo a orientarsi e a godere legittimamente di queste possibilità.

Un'altra novità è costituita dal corso di canto e musicoterapia, tenuto da personale qualificato, i cui effetti terapeutici sono stati confermati dall'entusiasmo mostrato in tutte le edizioni dai partecipanti. Infine, Astro ha terminato il 2010 con l'acquisto di un macchinario donato al reparto di senologia dell'ospedale "San Giuseppe" di Empoli, finanziando anche la relativa attività di formazione per il personale sanitario interessato. Lo strumento, del valore di 6.500 euro, si basa sulla tecnica del lipofilling e consente di completare il procedimento di ricostruzione mammaria nelle donne operate di tumore al seno con l'utilizzo di tessuto adiposo autologo della paziente.

Il macchinario, donato a fine anno, funziona a pieno ritmo grazie all'équipe della senologia dell'Asl 11, guidata da Claudio Caponi, che ha già realizzato i primi interventi di ricostruzione.

Maria Antonietta Cruciatà
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

AREZZO

Valdarno: corsi per la sicurezza contro gli incidenti in agricoltura

Il Valdarno aretino è l'ambito territoriale in cui quest'anno si è registrato il numero più alto di vittime dovute a infortuni in agricoltura: tre, solo negli ultimi mesi. Ed è proprio dal Valdarno che l'Asl - in collaborazione le associazioni di settore (Coldiretti, Confartigianato, Cia, Eurocoltivatori) - sta avviando un piano di formazione rivolto alla folta schiera di operatori saltuari, improvvisati, hobbisti e pensionati. Infatti, è

spesso, oltre a essere inadeguato sotto il profilo strettamente tecnico, vengono utilizzati in maniera non corretta e da personale scarsamente formato sulle questioni della sicurezza o che, magari per motivi di salute o di età avanzata, dovrebbe astenersi dal loro utilizzo.

Cinque le iniziative di formazione messe in programma in altrettanti comuni valdarnesi. Durante gli incontri verranno trattate le tematiche relative alla responsabilità civile e penale dei coltivatori, saranno illustrate le caratteristiche principali delle più comuni macchine agricole e le corrette modalità di conduzione. È prevista anche la partecipazione di protagonisti diretti di incidenti agricoli che racconteranno la loro esperienza personale.

Cinque iniziative formative avviate in altrettanti comuni

La responsabilità civile e penale dei coltivatori, saranno illustrate le caratteristiche principali delle più comuni macchine agricole e le corrette modalità di conduzione.

L'Asl utilizzerà queste occasioni di incontro anche per formare i partecipanti sulla possibilità di poter usufruire, gratuitamente, di particolari accertamenti sanitari di carattere ambulatoriale, dedicati espressamente ai lavoratori agricoli.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

LIVORNO

I progetti futuri per il territorio tra innovazione e telemedicina

La telemedicina, la cartella clinica informatizzata, l'ampliamento dell'offerta cup-tel con estensione alla libera professione, l'apertura degli ospedali di comunità a Portoferraio e Piombino, la realizzazione del nuovo reparto matero-infantile a Livorno: questi e molti altri i progetti nel futuro prossimo della Sanità locale.

Un capitolo a parte merita, poi, le novità relative ai servizi per i cittadini come l'attivazione del servizio cup-tel, il totem, la tessera sanitaria, la telemedicina, l'informatizzazione continua assistenziale. Molti progetti sono stati portati a compimento nel 2010 ma il percorso della riorganizzazione dei servizi continuerà nel 2011.

A Livorno il 2011 porterà l'apertura in unica struttura della pediatria e dell'ostetricia che saranno accolte dall'ottavo padiglione completamente rinnovato. Arriverà poi a compimento il nuovo progetto per la completa riorganizzazione e strutturazione del centro trasfusionale che nel primo semestre del 2011 vedrà il miglioramento di strutture e comfort con beneficio per operatori e uten-

ti. A Cecina molte le novità in arrivo, dalla quarta sala operatoria, della Risonanza magnetica ad alto campo, alla creazione di nuovi posti letto destinati alla riabilitazione e la creazione di un hospice destinato a malati terminali, oltre all'ampliamento dell'esistente ospedale di comunità.

A Piombino come a Portoferraio arriveranno, invece, l'ospedale di comunità e l'hospice. Per la Val di Cornia in vista anche il traguardo della nuova Risonanza magnetica.

Dal punto di vista del territorio sono in programma l'ampliamento delle prenotazioni per via telefonica e sono in riorganizzazione i distretti socio-sanitari in tutta la provincia. Grandi novità anche dall'innovazione tecnologica che richiede molto lavoro nella fase organizzativa e migliora la qualità del servizio per i cittadini.

Un posto rilevante sarà occupata dalla telemedicina specialmente nella cardiologia e nelle carceri di tutta l'Asl.

Tra le realizzazioni l'attivazione del servizio cup-tel

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Us1 6 Livorno

IN BREVE

▼ LUCCA

A fine 2010 sono stati 43.750 (quasi il 20% della popolazione) i cittadini della Piana di Lucca e della Valle del Serchio che hanno attivato la Carta sanitaria elettronica. Si tratta di un dato rilevante perché il territorio dell'Asl 2 è tra quelli in cui si sta attivando di più questo nuovo strumento, inviato a casa per posta. L'Asl lucchese è infatti la terza a livello regionale per percentuale di abilitazioni effettuate. Questo conferma che la cittadinanza ha capito l'importanza della tessera e delle sue funzioni. La Carta sanitaria elettronica (Cse) consente a ogni assistito l'accesso a tutti i propri dati sanitari: ricoveri, esami, vaccinazioni, farmaci assunti, patologie, allergie, esenzioni. Funziona con un Pin riservato e sostituisce la vecchia tessera sanitaria.

▼ PRATO

Secondo l'11° Rapporto dei programmi di screening della Regione Toscana, nel 2009 l'Asl 4 ha invitato a effettuare una mammografia 16.306 donne tra i 50 e i 69 anni e il 76,6% (media regionale 70,8%) ha aderito al programma ed effettuato l'esame. Per la mammografia obiettivo primario è ridurre la mortalità, quello secondario è applicare terapie chirurgiche e mediche più possibile conservative. Nello stesso anno sono state chiamate allo screening della cervice uterina 20.825 donne tra i 25 e i 64 anni e ha risposto il 63,4% (media regionale 55%). Per lo screening colonrettale è stata invitata la popolazione, 22.669 fra donne e uomini, tra i 50 e i 70 anni e ha aderito il 53,5% (media regionale 53%).

▼ PISTOIA

I punti nascita dell'Asl pistoiese continuano a essere tra i migliori della Regione Toscana. Dal 1° gennaio al 28 dicembre 2010, i bambini nati all'ospedale di Pescia sono stati 1.135 e quelli nell'ospedale di Pistoia 1.223. Circa il 10% dei 2.358 bambini è stato gestito in patologia neonatale dove è permesso alle madri di restare all'interno della struttura, accanto il più possibile ai loro piccoli. «In media - sottolinea il responsabile dell'area materno-infantile, Rino Agostiniani - nelle nostre strutture nascono circa sei bambini al giorno a conferma della qualità dei nostri servizi e dell'importanza dell'umanizzazione dell'evento nascita: sono risultati che premiano l'impegno e la professionalità degli operatori».

CALENDARIO



FIRENZE

Seconda edizione del corso formativo «Governare clinico in sala operatoria: condivisione dei documenti elaborati» all'oncologia dell'Aou Careggi. Tra gli argomenti il piano delle attività e l'individuazione delle procedure. Info: 0557946093, chimentellid@aou-careggi.toscana.it



FIRENZE /2

Congresso «3rd International Cardio event. Cardiology towards the future. Innovation in Cardiology» fino al 22 al Palazzo dei Congressi. Tema, l'innovazione in cardiologia, con confronti su prevenzione, epidemiologia, radioprotezione, insufficienza cardiaca. Info: 0557946095, deglinnocent@ao-careggi.toscana.it



PRATO

Corso su «Il trattamento delle fasce-metodo Pompages» all'Uo Riabilitazione funzionale dell'Asl 4. Obiettivo è far acquisire competenze specifiche per la presa in carico dei pazienti con patologie osteo-articolari e muscolari attraverso nuove tecniche di trattamento. Info: 0574435751, ufap@asl4.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

GIOR
NALI
E
RIVISTE

INTER
NET
PER
TUTTI

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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