

# Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 4 anno XIV del 1-7 febbraio 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana [www.regione.Toscana.it](http://www.regione.Toscana.it)

Una «rete» fondata sulla sicurezza

di Chiara Gherardeschi \*

**I**l 2010 è stato un anno di forte crescita del sistema trasfusionale toscano e l'incremento delle donazioni ne è la testimonianza più concreta. Dietro c'è un sistema a rete composto da 40 strutture trasfusionali e 70 Unità di raccolta gestite dalle associazioni di volontariato (Avis, Fratres, Anpas, Cri) che rappresentano circa 160mila donatori. La Toscana rappresenta una particolarità nel panorama nazionale perché, a differenza di altre Regioni, ha scelto una forte impostazione pubblica per cui oltre il 90% delle donazioni di sangue e plasma avvengono in strutture ospedaliere mentre solo il 10% è effettuata in Unità di raccolta associative. Alle associazioni è affidato l'importante compito di promuovere la donazione anonima, volontaria, gratuita e consapevole di sangue e plasma e costituiscono parte attiva degli organismi del Crs.

Nell'anno 2010 il sistema trasfusionale si è profondamente impegnato in un percorso di rinnovamento, con il miglioramento di molte strutture e la realizzazione di nuovi centri trasfusionali ma anche con il rinnovo delle convenzioni tra Asl e associazioni di volontariato, evidenziando - con l'alto numero di convenzioni (480) - il loro ruolo nella promozione e nell'organizzazione dell'afflusso di donatori presso le strutture trasfusionali. Inoltre, per favorire l'attività delle associazioni e rendere più faci-

CONTINUA A PAG. 2

**REPORT 2010** Confermato il trend positivo: donazioni a +2,3% rispetto al 2009

## Sangue, cresce la generosità

Strutture trasfusionali in via di accreditamento a partire da quest'anno

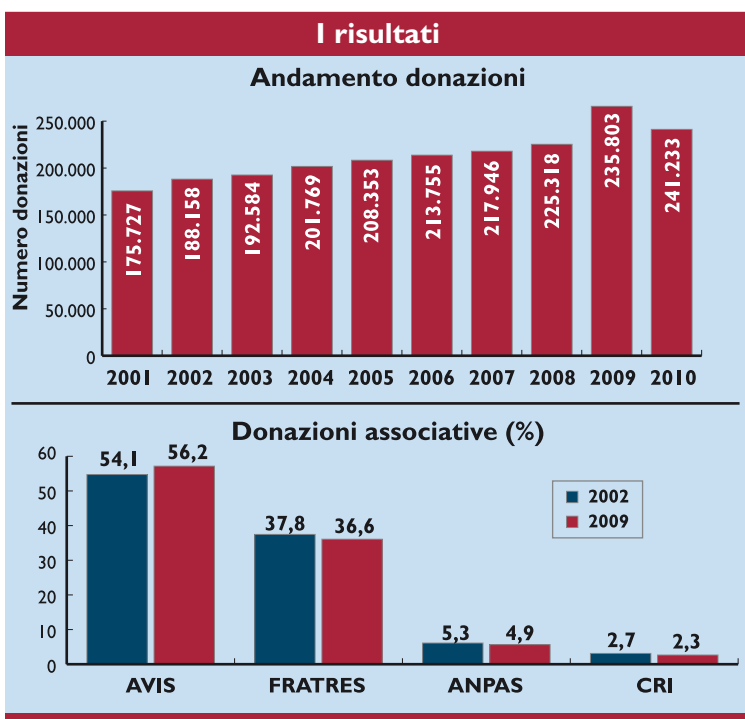
**U**n trend positivo e costante che dura dal 2001, quello delle donazioni di sangue in Toscana. È quanto emerge dall'ultimo rapporto annuale sulle donazioni presentato lo scorso dicembre, che mostra come dal 2001 al 2009 le donazioni hanno registrato un incremento del 35 per cento. Per il 2010, con un totale di 241.234 donazioni (+2,3% rispetto al 2009) si registrano anche donazioni superiori in modo costante in tutti i mesi dell'anno, con esclusione del mese di luglio, durante il quale si è assistito a una leggera flessione.

La misura della propensione di un territorio a donare è rappresentato dall'indice di donazione per 1.000 abitanti nella fascia di età 18-65 anni - un indice inserito dal laboratorio MeS della Scuola superiore S. Anna di Pisa tra gli indicatori di valutazione della performance delle Asl - e la Toscana ha un indice di donazione di 102 donazioni ogni 1.000 abitanti tra 18 e 65 anni, con variazioni che oscillano da un minimo di 71 a un massimo di 128 donazioni per 1.000 abitanti.

Questo indice, a livello nazionale, mostra una elevatissima variazione e Regioni con un indice ben sotto la metà di quello toscano. È evidente quindi la necessità di un riequilibrio tra le varie Regioni le quali, indipendentemente dal consumo locale, dovrebbero contribuire all'autosufficienza nazionale in pari misura.

Le stesse considerazioni valgono anche a livello regionale, dove le aziende con i più bassi indici di donazione stanno operando in accordo con il Centro regionale sangue (Crs) per portare i loro indici di donazione ai migliori livelli anche attraverso l'attivazione di tavoli tecnici che vedono per la prima volta la partecipazione attiva di Società della salute, Ordine dei medici, Comuni, Province, uffici per l'educazione alla salute e istituzioni scolastiche.

Il significativo aumento delle donazioni è accompagnato da un aumento ancora più marcato dell'uso di sangue



dovuto ai livelli di eccellenza raggiunti dal sistema sanitario toscano e pertanto l'autosufficienza regionale è un obiettivo mobile e di difficile mantenimento. Già dal 2007 il trend dei consumi ha raggiunto il trend della raccolta, esponendo il sistema toscano a periodi di carenza. È bene ricordare che l'apporto di sangue è conditio sine qua non per circa il 70% delle attività sanitarie di base e di eccellenza. I motivi dell'aumento dell'uso di sangue sono da ricercare nell'invecchiamento della popolazione, nel continuo aumento dei trapianti, degli interventi di cardiocirurgia, dell'attività dei centri ustionati, dei trauma center, nell'avvio di nuove attività sanitarie di elevata complessità, nella sempre maggiore importanza del supporto trasfusionale alla terapia chemioterapica.

Infine è da evidenziare che il 17,4% dei pazienti dei nostri ospedali proviene da fuori Regione e di questi il 13,58% arriva per sottoporsi a interventi di alta complessità, cardiovascolari, ortopedici, cardiocirurgici, trapianti. Nel 2010 la Toscana è ricorsa al supporto di altre Regioni per 3.608 unità; nello stesso periodo ha fornito supporto ad altre Regioni per 1.082 unità, a dimostrazione di una rete governata a livello nazionale che funziona.

Questi risultati sono il frutto di un sistema trasfusionale composto da strutture trasfusionali, volontariato (Avis, Fratres, Anpas, Cri) e industria per la lavorazione del plasma, il tutto sotto la regia del Crs. Obiettivo comune è il continuo miglioramento delle strutture e il crescente impegno per il mantenimento di livelli qualitativi di eccellenza anche attraverso il percorso di accreditamento di tutte le strutture trasfusionali pubbliche e delle unità di raccolta fisse e mobili associative che ci aspetta a partire proprio dall'inizio del 2011 e che ci porterà ad avere un sistema completamente accreditato e periodicamente verificato in linea con gli standard europei.

Simona Carli  
Direttore Centro regionale sangue

### INTESA CON SHANGHAI

## Funzionari cinesi a scuola di welfare

Il progetto di formazione "School of Policy" partirà in Regione entro il 2011

**P**assi in avanti per la collaborazione che porterà funzionari cinesi a scuola di buona Sanità in Toscana. Grazie a un incontro, avvenuto nei giorni scorsi, tra una delegazione proveniente da Shanghai, guidata da Huang Hong, direttore generale dell'ufficio Salute della municipalità della città cinese, con Daniela Scaramuccia, assessore al Diritto alla salute toscano, e alcuni dirigenti dell'assessorato, sono state gettate le basi per creare entro il 2011 la School of Policy, una scuola di formazione in ambito socio-sanitario, che si terrà in Toscana, rivolta agli amministratori di Shanghai.

La scuola di formazione tratterà diversi temi come il sistema sanitario italiano, l'organizzazione territoriale e gestione delle strutture sanitarie, l'organizzazione della Sanità di iniziativa, la ricerca clinica e le strutture dedicate, la prevenzione sanitaria e la produzione di conoscenza e il trasferimento all'industria. La scuola di formazione dunque sarà l'avvio di una proficua collaborazione nell'ambito della cooperazione socio-sanitaria che potrà avere sviluppi interessanti anche in altri campi, come la ricerca e i brevetti per i prodotti biomedicali.

### CONTROCANTO

## Tre mosse per migliorare ancora

di Andrea Volterrani \*

**D**onare il sangue ancora non è un'attività normale neppure in Toscana, dove i risultati del "sistema sangue" sono straordinari. Perché questa attività diventa normale occorre che si trasformi in un'attività usuale, data per scontata, per ogni persona che risiede sul territorio toscano.

Per raggiungere questo obiettivo non utopico è fon-

damentale attivarsi in almeno tre direzioni. Innanzitutto lavorare per cambiare le idee consolidate sul sangue, sulla donazione e sui processi di donazione. Nell'immaginario collettivo si sono stratificati simboli e significati che associano il sangue a paura, dolore, violenza, morte. Ma se questo è inevi-

CONTINUA A PAG. 2

### LEGGI&DELIBERE

#### Test clinici nel sistema informativo

La Giunta regionale della Toscana ha deciso di istituire il sistema informativo regionale delle Sperimentazioni cliniche (Comet) e di istituire il sistema di comunicazione degli eventi e la banca dati relativi alle Sperimentazioni cliniche per l'alimentazione del suddetto sistema informativo. Le aziende sanitarie e gli Estav dovranno intraprendere tutte le azioni organizzative, amministrative e tecniche necessarie all'adeguamento dei processi organizzativi e dei sistemi informativi aziendali ai fini dell'alimentazione del sistema (Comet). (Delibera n. 1122 del 28/12/2010)

#### Cibo a scuola, varate le linee guida

Approvato il documento "Linee di indirizzo regionali per la ristorazione scolastica". Nel testo del documento destinatari e finalità, il target della ristorazione scolastica con fasce d'età e caratteristiche epidemiologiche dell'utenza, i fabbisogni nutrizionali e i criteri di formulazione dei menù, le diete speciali, la somministrazione dei pasti con tempi, luoghi, modalità di somministrazione e presentazione del pasto e infine i ruoli, responsabilità e competenze, come i soggetti titolari del servizio, la commissione mensa e il gestore del servizio. (Delibera n. 1127 del 28/12/2010)

### ALL'INTERNO

## Infezioni, Firenze docet

A PAG. 2 E 3

## Sport, ricetta d'Area vasta

A PAG. 4-5

## Donne&abusi, Il Rapporto

A PAG. 6

FIRENZE

Da un team multidisciplinare dell'Asl 10 le linee guida sugli antisettici



# Disinfettanti nel prontuario

## Due gli obiettivi: razionalizzare l'uso e porre fine al fai-da-te in corsia

In questi ultimi anni i professionisti dell'azienda sanitaria 10 di Firenze hanno affrontato una serie di problematiche che andavano risolte per migliorare l'assistenza: dall'accuratezza terapeutica alla scelta appropriata dell'antibiotico profilassi, al come proceduralizzare le attività sanitarie.

Il Coordinamento aziendale infezioni dell'Asl 10 nel 2010 si era posto come obiettivo la stesura e la successiva implementazione di un prontuario degli antisettici e dei disinfettanti, per rispondere a due esigenze fondamentali. La prima è la volontà di mantenere una linea comune per l'utilizzo di questi presidi, dal momento che è emerso un quadro piuttosto complesso e variegato, che conferma la necessità di fornire agli operatori sanitari una guida indirizzata al lavoro quotidiano con accuratezza limitando il rischio di impiegare i disinfettanti erroneamente. La seconda esigenza

è quella di razionalizzare l'uso e il tipo di disinfettanti in ambito ospedaliero. Per questo motivo la semplicità, la chiarezza e la facilità di consultazione sono i cardini di questo lavoro.

È stato creato dunque un team multidisciplinare composto da: un medico di direzione aziendale, farmacisti ospedalieri e infermieri. Questa sinergia professionale ha permesso il confronto di conoscenze, la condivisione per l'applicabilità e la fattibilità dell'implementazione di tale guida, seguendo gli standard di autorevoli organizzazioni scientifiche internazionali.

Il prontuario è suddiviso in quattro parti. La prima relativa alle caratteristiche generali dei prodotti antisettici e disinfettanti. Vengono definite le procedure da eseguire al fine di conseguire l'obiettivo di una corretta attività di disinfezione e requisiti essenziali e non essenziali dei detergenti e dei disinfettanti. La seconda parte relativa

alle procedure a rischio di infezione per il paziente, ponendo l'attenzione sull'antisepsi della cute integra, lesa e delle mucose. La terza parte è relativa alla decontaminazione, disinfezione di materiali riutilizzabili e delle superfici.

Inoltre si è pensato a una sezione del prontuario dedicata all'antisepsi nel bambino nettamente diversa da quella dell'adulto. La quarta parte del prontuario è interamente dedicata alle monografie degli antisettici e dei disinfettanti.

Per ogni gruppo omogeneo vengono raccolte le generalità della classe chimica. In questo prontuario sono state inserite alcune formulazioni galeniche, allestite nel Laboratorio galenico della farmacia dell'ospedale Santa Maria Nuova dell'azienda sanitaria 10 di Firenze, di facile utilizzo ed efficacia. Il Laboratorio galenico allestisce da anni alcune formulazioni antisettiche e disinfettanti, seguendo le norme di buona

fabbricazione, consentendo il reperimento di alcuni prodotti che non sono reperibili tra quelli industriali in commercio, calibrando dosaggi per le varie esigenze terapeutiche.

La filosofia comune di questo prontuario è quella di stimolare ognuno di noi ad adottare cautele nell'esercizio delle proprie attività professionali, raggiungendo il duplice scopo di aiutare l'operatore sanitario ed evitare le conseguenze di eventuali incongrui comportamenti in ambito sanitario.

**Anna Poli**

Direttore Rischio infezioni correlate all'assistenza

**Lucia Settesoldi**

Coordinamento aziendale infezioni ospedaliere

**Irene Ruffino,**

**Francesco Mandò Tacconi**

Farmacisti ospedalieri

Azienda sanitaria di Firenze

## In diretta dalla ricerca

### GLI ANTI-Infiammatori non steroidei E IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE: I RISULTATI DI UNA RECENTE META-ANALISI

Trelle S., Reichenbach S., Wandel S., Hildebrand P., Tschannen B., Villiger P.M., Egger M., Juni P. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ* 2011;342:c7086.

I farmaci anti-infiammatori non steroidei (Fans) sono ampiamente utilizzati contro il dolore da sindromi osteoarticolari. Negli Stati Uniti la prescrizione di un Fans rappresenta nel 5% dei casi il motivo per cui il paziente si reca dal proprio curante. Nel 2004, un inibitore della ciclo-ossigenasi-2 (Ocx-2), il rofecoxib è stato ritirato dal commercio in seguito ai risultati di uno studio randomizzato e controllato con placebo che aveva documentato un aumento del rischio di eventi cardiovascolari associato all'utilizzo di questo farmaco. Negli anni successivi sono emersi dati contrastanti sulla sicurezza dei Fans in termini di rischio cardiovascolare. Nell'ultimo numero del *British medical journal*, è stata pubblicata una meta-analisi di tutti gli studi randomizzati e controllati di ampie dimensioni che avevano confrontato un Fans contro placebo o due Fans tra loro in termini di rischio di eventi cardiovascolari. Sono stati inclusi 31 trial (per un numero complessivo di 116.429 pazienti) nei quali venivano presi in considerazione sette Fans (naprossene, ibuprofene, diclofenac, celecoxib, etoricoxib, lumiracoxib). Rispetto al placebo il rofecoxib è risultato essere associato a un rischio più elevato di infarto miocardico (rischio relativo 2,12, intervallo di confidenza al 95%; 1,26 - 3,56) seguito dal lumiracoxib (2,00; 0,71 - 6,21). L'ibuprofene, invece, era associato a un più alto rischio di ictus (3,36; 1,00 - 11,6), seguito dal diclofenac (2,86; 1,09 - 8,36). L'etoricoxib (4,07; 1,23 - 15,7) e il diclofenac (3,98;

1,48 - 12,7) erano associati al rischio più elevato di morte per cause cardiovascolari. Il naprossene è il più sicuro in termini di rischio cardiovascolare anche se nella pratica clinica serve una valutazione bilanciata di questo vantaggio e della potenziale tossicità gastrointestinale di questo farmaco, la cui somministrazione necessita anche della prescrizione di un inibitore della pompa protonica. Questa meta-analisi, per quanto accurata, presenta però delle limitazioni. Innanzitutto non sono stati presi in considerazione tutti i Fans poiché per alcuni di questi (soprattutto quelli immessi nel commercio per primi) non sono disponibili studi randomizzati e controllati. Inoltre non sono state effettuate valutazioni sul dosaggio dei vari farmaci: nella pratica clinica molto spesso i Fans vengono somministrati anche in modo intermittente, a cicli. Questa meta-analisi indica che il trattamento del dolore nelle sindromi osteoarticolari richiede particolare attenzione da parte del medico, che deve essere consapevole del rischio cardiovascolare nella prescrizione di un Fans.

### SEMPRE IN ALLERTA CONTRO LA BPCO E LE ALTRE MALATTIE POLMONARI CRONICHE

Bibliografia: Goldstein R., Marciniuk D. Developing complementary clinical guidelines for pulmonary rehabilitation in Copd: why add more? *Chest* 2011;139:13-14.

Decramer M., Sibille Y. European conference on chronic respiratory disease. *Lancet* 2011; Jan 8;vol 377:104-106.

Nell'ottobre 2010 si è tenuta una conferenza sulle "malattie polmonari croniche", cioè la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco), l'asma, il cancro del polmone, le polmoniti e la tubercolosi. Le malattie respiratorie nel loro complesso sono responsabili del 20% delle morti nel mondo.

In Europa la Bpco colpisce 44 milioni di persone ed è la quarta causa di morte (nel 2030 sarà la terza causa di morte). Mentre negli ultimi anni si è assistito a una riduzione della mortalità per cause cardio e cerebrovascolari, la mortalità per Bpco ha continuato a crescere. Le malattie respiratorie interessano tutte le fasce d'età. Mentre l'asma interessa anche i più giovani, la Bpco colpisce i soggetti di età media o avanzata, si associa molto frequentemente ad altre patologie (malattie metaboliche, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari), e ha un notevole impatto sulla qualità di vita del paziente. Inoltre le malattie polmonari iniziano nell'infanzia, perfino in età gestazionale, poiché il polmone del feto è altamente sensibile ad agenti lesivi quali il fumo di sigaretta. Il rischio di asma è aumentato del 60% per i bambini nati da madri che hanno fumato durante la gravidanza e del 110% se la madre e la nonna hanno fumato durante la gravidanza. Il fumo passivo e l'inquinamento possono influenzare lo sviluppo dell'apparato respiratorio. Un deficit della funzione respiratoria, una volta instauratosi, rimane per tutta la vita: i pazienti che presentano un quadro di Bpco a 50 anni presentano una riduzione della funzione polmonare già a dieci anni. In un editoriale uscito in questo mese su *Chest* viene sottolineata la necessità di integrare le linee guida esistenti con annotazioni di carattere più pratico, in articolare per la riabilitazione dei pazienti con Bpco. Le malattie respiratorie sono un bisogno sanitario emergente, la cui risposta implica una stretta integrazione tra ricerca (clinica e di laboratorio) e organizzazione sanitaria che risulti flessibile nella risposta a eventi pandemici quali le polmoniti H1N1 correlate e a quadri cronici ma altamente debilitanti quali la Bpco.

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

## CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

tabile, non sono state invece promosse azioni e strategie di comunicazione che potessero consolidare e affiancare immagini e simbologie di segno opposto. Raccontare storie capaci di creare stupore, di parlare di bellezza, di felicità e di relazioni con gli altri. Cambiare modelli di pensiero sulla donazione è, dunque, ancora una sfida aperta da raccogliere e sviluppare nei prossimi anni.

Il cambiamento passa anche da una minore sanitarizzazione, che non significa minore sicurezza del sangue, minore attenzione alla cura del donatore e al rispetto per il ricevente. Significa, invece, far sì che il sistema pubblico trasfusionale sia sempre di più uno spazio familiare e della quotidianità dove il "dentro" degli ospedali si incon-

tra con il "fuori" del mondo associativo e dei cittadini.

Il sistema toscano della donazione (centri trasfusionali e associazioni di volontariato) è ancora un cantiere di lavoro dove gli sforzi rischiano di sfumare se prendono campo (e i segnali ci sono anche in Toscana) l'idea e la pratica della raccolta fatta direttamente dalle associazioni. In altre Nazioni questo ha avuto come conseguenza una raccolta privatizzata e la crescita di un mercato della donazione: donatori non più anonimi e pagamenti in cambio di sangue donato. Il rischio è lontano, ma i primi segnali si sentono anche in alcune esperienze toscane. È per questo che il ruolo delle associazioni della donazione del sangue deve fare

un ulteriore salto di qualità.

Porre attenzione al processo di donazione, ma anche e soprattutto impegnarsi a diffondere una cultura della donazione "porta a porta", coinvolgendo sempre di più i nuovi cittadini della nostra regione, gli immigrati e anche fasce di popolazione ancora poco valorizzate come i giovani e l'universo femminile.

Un coinvolgimento, però, che non si ferma solo alla ricerca di nuove donazioni, ma che sia capace di rafforzare e sviluppare ulteriormente quella cultura civica che ha contribuito a costruire il sistema toscano della donazione come lo conosciamo oggi.

\* Università di Roma Tor Vergata

## Una rete fondata... (segue dalla prima pagina)

le ai donatori il loro gesto, è stata attivata anche l'Agenda per la prenotazione delle donazioni (AgenDonna), uno strumento informatico che nel 2010 ha registrato 51.704 prenotazioni su 241.234 donazioni.

Da sempre aspetto qualificante di questo sistema è la sicurezza e proseguendo su questa strada nel 2010 è stato avviato il percorso che porterà all'accreditamento delle strutture trasfusionali pubbliche e associative sulla base dei requisiti approvati dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010. La Regione Toscana, prima tra le Regioni italiane, ha già pubblicato sul Burt i nuovi requisiti.

Grande attenzione, infine, è stata dedicata ai temi dell'appropriatezza e del buon uso del sangue temi che nel 2011, grazie al concretizzarsi di nuove sinergie con orga-

nismi del governo clinico come il Consiglio sanitario regionale, riceveranno un ulteriore deciso impulso. Lo stesso impegno verrà messo in campo per conseguire un funzionamento ottimale di importanti strumenti come i Comitati del buon uso del sangue e i Comitati di coordinamento.

Ottimi risultati quindi quelli conseguiti nel 2010 e di questi la Regione Toscana vuole ringraziare tutti i protagonisti in primo luogo le associazioni, i trasfusionisti, le aziende sanitarie e attraverso il Crs si prende l'impegno di creare le condizioni per un'ulteriore crescita e sviluppo del sistema trasfusionale toscano.

\* Responsabile Settore strumenti di pianificazione e programmazione socio-sanitaria - Regione Toscana

**SSR AI RAGGI X** La procedura dell'azienda sanitaria fiorentina per sorveglianza e prevenzione

# Lotta al «clostridium difficile»



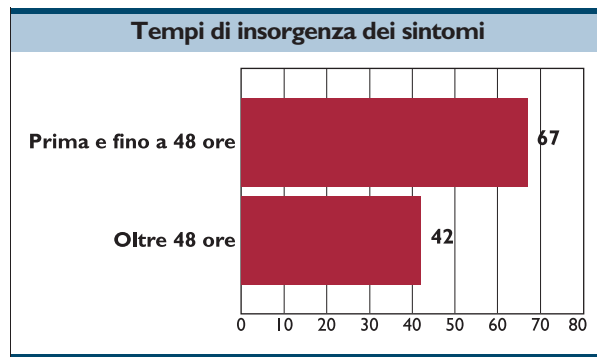
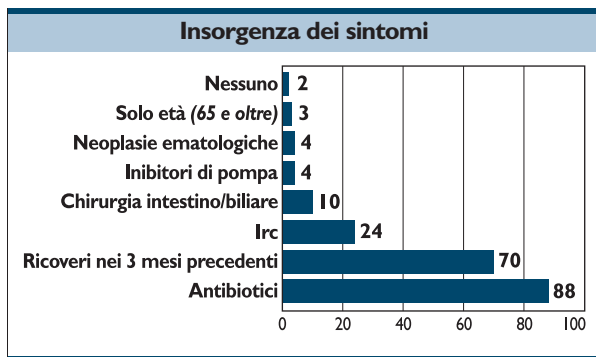
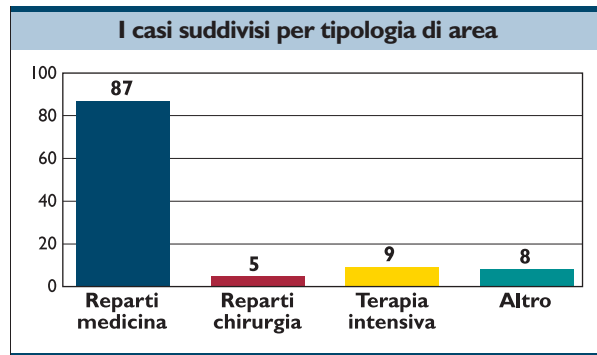
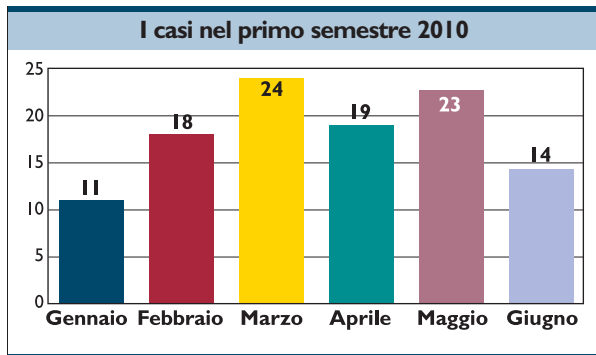
## Il batterio causa l'80% di diarree in ricovero - Le strategie di controllo

Il Coordinamento infezioni ospedaliere dell'azienda sanitaria di Firenze ha redatto una procedura che mette a punto un efficace sistema per la sorveglianza e la prevenzione del clostridium difficile (Cdad), batterio che vive nell'intestino, le cui infezioni sono considerate la principale causa delle epidemie di diarrea in ambiente ospedaliero, pari al 70-80 per cento.

A partire dai primi anni 2000 l'incidenza aumenta notevolmente, in particolare nelle persone di età >65 anni e contestualmente aumenta anche la frequenza di forme clinicamente severe e la letalità della malattia. Tali cambiamenti possono essere attribuiti all'aumento demografico della popolazione a rischio, a una più attenta rilevazione e diagnosi, alla terapia antibiotica combinata e protratta. Tra i diversi determinanti svolge un ruolo rilevante anche la diffusione di nuovi ceppi ipervirulenti, come i ribotipi 027 e 078, inoltre sono stati osservati casi di Cdad in settori di popolazione tradizionalmente considerati a "basso rischio".

La stesura della procedura aziendale dell'Asl fiorentina è stata accompagnata dalla costruzione di strumenti operativi, omogenei per tutti i presidi ospedalieri, come opuscoli e reminder per dare informazioni al paziente, ai familiari e al personale sanitario; una checklist per i coordinatori infermieristici, e una scheda per l'indagine epidemiologica, sulla cui base è stato costruito un data base Epi Info® per la raccolta dei dati che vengono analizzati a cadenza mensile.

Nel periodo che va dal 1°



gennaio al 30 giugno 2010 sono stati diagnosticati e notificati 109 casi di Cdad (64 femmine e 45 maschi), con incidenza di 8,6 casi/10mila giorni/paziente. La popolazione è risultata così composta: 100 pazienti (91,7%) hanno 65 anni e oltre, mentre 9 (8,3%) hanno meno di 65 anni. La segnalazione dei casi per tipologia di area clinica è stata effettuata per 87 pazienti da reparti afferenti all'area medica, per 5 da quella chirurgica, per 9 dall'area intensiva, mentre 8 notifiche provenivano da altri reparti (grafico 2). In relazione alla provenienza dei pazienti 79 casi (72,5%) sono giunti direttamente dal domicilio, mentre 30 casi (27,5%) da un

altro luogo di cura.

L'anamnesi dei fattori di rischio ha evidenziato che oltre all'età i maggiori fattori di rischio sono stati una terapia antibiotica in atto, in 88 pazienti (80,73%), e un ricovero nei tre mesi precedenti, in 70 pazienti (64,22%). Inoltre 7 pazienti hanno avuto infezioni ripetute: 6 una recidiva, mentre un paziente ha avuto 2 recidive.

Le strategie di controllo hanno gli obiettivi di identificare, isolare e trattare in maniera efficace i casi di Cdad. Il trattamento prevede l'utilizzo di due antibiotici (metronidazolo e vancomicina) la cui prescrizione si differenzia a seconda della forma clinica e della presenza di recidive.

Nel periodo preso in esame in 71 casi è stata fatta terapia con metronidazolo e in 37 con vancomicina. Tra le misure di controllo da adottare tempestivamente rientrano le precauzioni di isolamento, da attuare in relazione alle condizioni cliniche del paziente, alla struttura del presidio e al modello organizzativo adottato. Nei casi presi in esame in 65 pazienti (59,6%) è stato attuato un isolamento funzionale, in 32 (29,4%) una stanza singola con bagno dedicato, in 9 (8,3%) un isolamento di coorte per la presenza contemporanea di più pazienti con Cdad, in 2 casi si è assegnato un servizio igienico dedicato e in un caso, per le condizioni clini-

che del paziente, si è reso necessario il trasferimento all'Uo di malattie infettive. Il maggior ricorso all'isolamento funzionale è giustificato dal fatto che 83 pazienti (76,1%) erano allettati.

**La diagnosi epidemiologica.** C'è ormai consenso unanime nel definire come associati all'ospedalizzazione tutti i casi di infezione con un esordio dei sintomi almeno 48 ore dopo il ricovero. In base a questa definizione è stato possibile definire come infezioni correlate all'assistenza 42 casi (38,5%), mentre in 67 casi (61,5%) la sintomatologia o era presente al momento del ricovero oppure è insorta entro le 48 ore. Di questi 67 casi

ben 52 avevano avuto un ricovero nei precedenti tre mesi, condizione questa che non rende possibile l'attribuzione dell'origine del caso a un setting comunitario.

Le iniziative dell'As Firenze e i risultati di tale indagine sono stati presentati nel convegno «Infezioni correlate all'assistenza: prevenzione e controllo delle infezioni da clostridium difficile» nello scorso dicembre. Il convegno è stato condotto da relatori provenienti da società scientifiche nazionali (Simpios), che hanno approfondito aspetti specifici: le raccomandazioni Simpios; la sorveglianza; la gestione dei cluster; il ruolo del laboratorio analisi; l'utilizzo dei farmaci; le precauzioni d'isolamento; e infine dall'Asf che ha presentato le iniziative intraprese e i risultati dell'indagine.

La partecipazione è stata multiprofessionale e multidisciplinare: sono intervenuti in totale 108 discenti, appartenenti a varie professioni sanitarie (medici, microbiologi, farmacisti, infermieri), provenienti da varie aziende sanitarie della Regione Toscana. Il convegno è stato coerente con gli obiettivi nazionali di formazione in tema di prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali. Un ringraziamento alle direzioni sanitarie e agli infermieri addetti al controllo delle infezioni.

**Anna Poli**  
Direttore Rischio infezioni correlate all'assistenza  
**Lucia Settesoldi**  
Coordinamento aziendale infezioni ospedaliere  
Azienda sanitaria di Firenze

### FORMAZIONE NELL'AREA VASTA CENTRO

## Operatori anti-infezioni ospedaliere

Si è da poco conclusa la formazione di 159 referenti per le infezioni ospedaliere scelti tra gli operatori sanitari di tutta l'Area vasta centro della Regione Toscana realizzata attraverso la predisposizione da parte del Coordinamento infezioni ospedaliere dell'azienda sanitaria fiorentina di corsi mirati per medici, farmacisti, infermieri e ostetriche.

Nei corsi il referente infezioni ospedaliere ha avuto la possibilità di evidenziare i fattori di rischio infettivo del proprio setting lavorativo, di individuare i bisogni di sicurezza igienico-sanitaria degli utenti e degli operatori, di collaborare con colleghi e personale di supporto per informare/educare al fine di ottenere un cambiamento dei comportamenti, di impegnarsi per l'applicazione, nella propria U.o., delle misure di controllo definite dagli organismi di gestione e coordinamento aziendale (es.: può verificare la corretta applicazione di protocolli e procedure).

**Corsi mirati per medici, farmacisti e infermieri**

Questo processo di formazione è nato all'interno del progetto della Regione Toscana di mettere in campo un nuovo approccio alle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e negli ultimi anni per rendere più efficace la lotta alle infezioni si è quindi ritenuto necessario un miglior coinvolgimento degli operatori e si è dunque pensato a una strategia volta a sensibilizzare tutto il tessuto professionale e a trovare con gli operatori dei reparti clinici le sinergie e le prospettive comuni di intervento. I vantaggi rappresentati dal portare all'interno delle linee di degenza la lotta alle infezioni sono indubbi: sviluppo di una mentalità proattiva, traduzione senza mediazioni di decisioni evidence based in agire professionale, prevenzione.

Nel panorama dei potenziali ri-

schii per la sicurezza del paziente le complicanze infettive hanno ruolo di primo piano perché sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico ed economico e sono evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia. La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari al 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, al 5% in pazienti residenti in strutture per anziani e all'1% in pazienti assistiti a domicilio. La Regione Toscana pone grande attenzione a questo problema che rappresenta un elemento centrale del governo clinico: una buona pratica che risponde sia a un diritto di umanizzazione delle cure che a un dovere in termini di management economico.

Il Coordinamento infezioni ospedaliere e l'azienda sanitaria di Firenze, come azienda capofila per l'Area vasta centro, hanno quindi organizzato un corso di formazione che fosse elemento qualificante per la costruzione di una rete di personale sanitario esperto.

Il corso di formazione è stato rivolto a medici, farmacisti e infermieri delle aziende sanitarie dell'Area vasta centro. Il corso è stato articolato in 3 giornate e condotto da 25 docenti scelti fra i professionisti sanitari di tutta l'Area vasta.

Le modalità formative adottate sono state di diverso tipo: lezioni frontali, discussioni di casi clinici, dibattiti guidati, video. La prima giornata ha affrontato tematiche riguardanti i nuovi orientamenti in tema di infezioni correlate all'assistenza e i risultati del progetto Infoss al quale la Regione Toscana ha aderito. La seconda giornata ha affrontato i modelli operativi entrando nello specifico clinico, mentre nella terza giornata sono stati affrontati gli aspetti di igiene ambientale, la gestione del paziente infetto, il lavaggio delle mani, e le

responsabilità medico-legali.

Il corso ha avuto due edizioni, la prima a maggio e la seconda a ottobre 2010 e ha formato 154 discenti così suddivisi: 107 infermieri, 7 ostetriche e 45 fra medici e farmacisti. Se l'obiettivo specifico del corso è stato quello di dotare il personale sanitario di conoscenze teoriche aggiornate per affrontare la lotta alle infezioni correlate all'assistenza, l'obiettivo generale è stato sicuramente quello di promuovere la prevenzione e il controllo del rischio infettivo attraverso la costruzione di una rete di personale sanitario esperto in grado di agire come interlocutore privilegiato del Comitato infezioni ospedaliere.

**Il target: aggiornare gli addetti sul controllo del rischio**

**Anna Poli**  
Dir. Rischio infezioni in assistenza  
**Lucia Settesoldi**  
Coord.to az.le infezioni ospedaliere  
**Francesco Mandò Tacconi**  
Farmacista  
Azienda sanitaria di Firenze

## DOCUMENTI

Approvato il progetto di attuazione delle sinergie tra l'Università di Firenze e le articolazioni di Medicina sportiva nelle Asl



# Rete unica per lo sport d'Area vasta centro

## Le funzioni da garantire vanno dalla verifica di idoneità all'attività fisica alla vigilanza su rischi e doping

## IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO (PRIMA PARTE)

**P**ubblichiamo di seguito la prima parte del testo della delibera della Giunta regionale n. 1125 del 28 dicembre 2010 recante il Progetto operativo per il coordinamento della rete di medicina dello sport nell'Area vasta centro.

## LA GIUNTA REGIONALE

## DELIBERA

1. di approvare il progetto operativo riguardante le modalità di coordinamento e funzionamento delle sinergie tra Università di Firenze e le articolazioni organizzative di Medicina dello Sport, operanti presso le az. Usl dell'Area vasta centro, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, presentato dal Comitato dalla medesima Area vasta in coerenza con gli indirizzi della Dgrt 471/2007;

2. di dare atto che per la gestione e il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito della rete dei servizi, come indicato nel progetto di cui all'allegato A, debba essere individuata una funzione di coordinamento, esercitata nell'ambito delle attività dell'agenzia di Medicina dello sport e dell'esercizio dell'azienda ospedaliero-universitaria Careggi, in continuità con il supporto organizzativo e scientifico offerto nella stessa nell'ambito del gruppo di lavoro costituito dal Comitato di Area vasta centro e in coerenza con il ruolo assegnato all'Università, come disposto al punto 1 della Dgrt 471/2007;

3. di dare atto che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

## Allegato A

## LA RETE DI MEDICINA DELLO SPORT DELL'AREA VASTA CENTRO

## 1. Introduzione

La deliberazione della Giunta regionale n. 471 del 25/6/2007, ha approvato indirizzi per il miglioramento delle attività riguardanti la Medicina dello sport nell'Area vasta

centro. Al punto 2 della Dgrt 471/2007 si dispone di affidare al Comitato di Area vasta l'individuazione delle modalità di coordinamento e funzionamento delle sinergie tra Università di Firenze e le articolazioni organizzative di Medicina dello sport, operanti presso le az. Usl, funzionali a garantire servizi a rete per gli approfondimenti specialistici e le eventuali prestazioni di particolare complessità tecnico-professionale in una visione moderna e integrata della Medicina dello sport.

Il Comitato di Area vasta centro ha costituito un gruppo di lavoro interaziendale per la definizione di una proposta operativa riguardante le modalità di coordinamento e funzionamento delle sinergie sopra citate, avente la seguente composizione:

Dott. Francesco Bellomo  
Prof. Giorgio Galanti  
Dott.ssa Silvia Favilli  
Dott. Nicola Mochi  
Dott. Lorenzo Liverani  
Dott. Giuseppe Taurasi

Il gruppo di lavoro ha elaborato un progetto operativo riguardante le modalità di coordinamento e funzionamento delle sinergie tra Università di Firenze e le articolazioni organizzative di Medicina dello sport, operanti presso le az. Usl dell'Area vasta centro.

1.1 - La Medicina dello sport in Italia: verso il cambiamento

La Medicina dello sport è nata agli inizi degli anni Trenta per fornire un supporto medico e valutativo agli atleti agonisti, e si è sviluppata negli anni successivi grazie all'impegno e allo studio di un gruppo di medici che ruotavano intorno al Coni e alle federazioni sportive, occupandosi soprattutto delle modificazioni fisiologiche legate alla prestazione sportiva. Infatti, così viene definita dalla Fmsi (Federazione medica sportiva italiana):

«La Medicina dello sport - come è noto - è una specializzazione polidisciplinare integrata in quanto accerta l'idoneità sportiva e valuta i comportamenti dell'organismo e le modificazioni morfo-funzionali indotte dall'attività sportiva stessa affinché permangano comunque nei limiti fisiologici di ciascuno onde non vi sia danno ma vantaggio in ambito psico-fisico. La Medicina dello sport, per il suo scopo di proteggere i soggetti che praticano o vogliono praticare attività fisica e sportiva, non rappresenta un'imposizione limitativa ma un aiuto per il soggetto interessato affinché sia consigliato nella scelta e seguito nella pratica dello sport o dell'attività fisica».

Questa impostazione rimase inalterata fino alla fine degli anni 70, periodo in cui, per una serie di motivazioni di carattere sportivo ma anche sociale, fu particolarmente sentita l'esigenza di poter contare su una rete assai più vasta di medici dello sport, tale da far fronte allo screening della popolazione sportiva agonista, che era andata sempre più aumentando negli anni. Tale esigenza fu pienamente recepita nella riforma sanitaria (legge

382/78) che rese obbligatoria l'acquisizione dell'idoneità sportiva a tutti coloro che svolgevano sport agonistico, tramite una visita medica preventiva. Poiché il numero di specialisti era insufficiente per soddisfare tutte le esigenze, in molti atenei furono attivate nuove scuole di specializzazione. Tuttavia, nell'attesa che i nuovi specializzandi potessero completare il ciclo di studi previsto, furono attivati dal Coni corsi ad hoc della durata di tre mesi, che permisero a molti medici di acquisire un titolo che permise loro l'equiparazione agli specialisti in Medicina dello sport dei corsi universitari. Ciò ha comportato l'immissione nel mondo sanitario di un cospicuo numero di figure professionali che hanno rivolto questa loro specializzazione quasi esclusivamente alla visita di idoneità, come peraltro richiesto dal legislatore. Inoltre, per alcuni anni le scuole di specializzazione in Medicina dello sport furono per legge affidate ai fisiologi, per una continuità con quanto avveniva in precedenza e proprio perché si consideravano rivolte esclusivamente agli atleti agonisti.

Dalla seconda metà degli anni 80, il progressivo aumento della popolazione sportiva agonistica e il numero sempre maggiore di quanti svolgevano attività sportiva solamente a livello amatoriale hanno permesso a questa specialità di assumere una nuova caratterizzazione, così favorendo l'impianto di altre discipline nella conduzione e nei percorsi formativi delle scuole.

In particolare, la formazione dello specialista ha nel tempo sentito l'esigenza di aggiustare le conoscenze nel campo clinico, cosa che non sempre ha trovato attuazione soprattutto per le obiettive difficoltà delle diverse sedi ad apportare cambiamenti rispetto alla precedente, consolidata organizzazione formativa.

Soprattutto dai primi anni 90, la letteratura internazionale ha riportato evidenze sempre maggiori sul ruolo dell'attività fisica nella prevenzione di molte malattie e, negli ultimi sette-otto anni vi sono state prove consistenti circa il ruolo dell'attività fisica e sportiva regolare come vero e proprio mezzo terapeutico, tanto che l'Oms le ha inserite tra i tools principali nelle patologie croniche.

Da tutto ciò risulta evidente come la società attuale e la medicina moderna esigano un medico dello sport con competenze ben diverse da quelle che poteva avere alla fine degli anni 70, e che trovano applicazione non solo nel campo della prevenzione secondaria, identificandosi in larga misura con lo screening della visita di idoneità (oggi più importante che mai dopo l'abolizione della visita di leva e la scomparsa della medicina scolastica), ma anche in quello della prevenzione terziaria attraverso la corretta prescrizione dell'attività fisica nelle patologie croniche, dopo adeguata e competente valutazione clinica e funzionale.

In tal senso, la Medicina dello sport ha cercato negli ultimi anni di caratterizzarsi come disciplina specialistica polivalente che opera nel-

l'ambito di attività valutative multidisciplinari, ben oltre, quindi, rispetto alla semplice visita di idoneità sportiva, come avveniva in precedenza e ancora in larga misura avviene. La figura di uno specialista in Medicina dello sport più consona con le nuove esigenze diventa di imprescindibile riferimento in un percorso assistenziale che si potrebbe definire di "prevenzione clinica" e che comprende la valutazione dei fattori di rischio, l'anamnesi farmacologica, l'accurato esame fisico, la valutazione funzionale dei soggetti a rischio o portatori di patologia nota, il counseling di terapia motoria, fisica o sportiva compatibile con le condizioni individuali e le richieste del singolo.

Come detto in precedenza, esiste infatti l'evidenza primaria che l'attività fisica regolarmente praticata è in grado di proteggere contro le malattie cardiovascolari e di avere effetti benefici su fattori di rischio ancora modificabili quali l'ipertensione lieve moderata, la dislipidemia, la resistenza all'insulina, l'obesità, le malattie osteoarticolari, ma anche nei confronti del deterioramento cerebrale dell'anziano e dei tumori, che tanto incidono sulla morbilità e mortalità nella popolazione generale. Ma esistono anche forti evidenze di come l'attività fisica possa essere considerata un intervento terapeutico di prima scelta in moltissime patologie croniche (malattie cardiovascolari, broncopneumopatie, diabete, obesità e altre malattie metaboliche, malattie degenerative, malattie ematologiche e, non ultime, nelle neoplasie sia in fase di trattamento che dopo) nell'ambito della prevenzione secondaria e terziaria.

Attraverso l'acquisizione di queste competenze si delinea quindi una figura di medico specialista di Medicina dello sport come quella di un medico che, conoscendo bene i fondamenti biologici, biochimici, farmacologici e clinici della medicina, deve essere in grado di valutare e far fronte ai problemi che l'attività fisica-sportiva, anche non agonistica, può porre nei soggetti sani, negli anziani, nei disabili e nei soggetti con una patologia cronica evidente o clinicamente silente, che deve avere la capacità di prescrivere a scopo di benessere o terapeutico l'attività fisica e/o sportiva, indipendentemente dalle capacità di eseguire personalmente speciali metodologie diagnostiche o particolari prescrizioni terapeutiche farmacologiche delle quali, tuttavia, deve conoscere i vantaggi e i limiti.

A tale proposito appare opportuno sottolineare come la Medicina dello sport si presenti a buon diritto come una disciplina di sintesi tra la fisiologia e la medicina interna, in grado di applicare i propri saperi e le proprie competenze non solo verso l'atleta agonista per il miglioramento delle capacità di allenamento e di performance, ma soprattutto verso l'individuo normale o la prescrizione di attività fisica mirata. In conclusione, il riordino culturale e quindi medico assistenziale della Medicina dello sport fornisce

l'occasione per mettere a disposizione del Ssn uno specialista professionalmente preparato sia nell'ambito della prevenzione, che in quello clinico, ove oltre alle funzioni finora svolte relativamente agli adempimenti, per le attività agonistiche, può aggiungere altre sicuramente qualificanti, come:

- la valutazione clinico-funzionale in chiave preventiva di soggetti sani, di soggetti "a rischio", di soggetti anziani e soggetti con patologie croniche;
- il counseling di esercizio fisico a questi soggetti;
- l'attività multidisciplinare con altri specialisti per la prescrizione dell'esercizio a scopo terapeutico e per la partecipazione a screening di massa.

Non v'è dubbio alcuno, quindi, sul fatto che il percorso formativo dello specialista in Medicina dello sport sia caratterizzato da una formazione di base di tipo interdisciplinare con una robusta base formativa fisiologica, legata prevalentemente alla prevenzione clinica e alla prescrizione dell'attività fisica. A questo si aggiunge la necessità di far acquisire competenza sia all'area della prevenzione individuale e collettiva, che a quella della traumatologia e riabilitazione. Ogni ulteriore, specifica competenza non può che derivare da percorsi formativi aggiuntivi, quali corsi di perfezionamento o master di III livello e dalla formazione sul campo.

Su questa nuova figura di specialista anche il Ssn e le aziende ospedaliere devono investire in maniera adeguata anche attraverso una riqualificazione delle attività che dovranno essere integrate con il percorso formativo di base.

«La Medicina dello sport è a una svolta: dalla valutazione dei soggetti che possono fare sport, gli idonei; alla valutazione dei soggetti che devono fare sport all'interno di un piano terapeutico, i pazienti».

L'agenzia di Medicina dello sport operante presso l'Aouc e le strutture di Medicina dello sport operanti presso le aziende sanitarie di Area vasta costituiranno un coordinamento interaziendale.

Il Gruppo di coordinamento si avvarrà per quanto di competenza delle strutture universitarie della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Firenze (scuole di specializzazione, corsi di laurea, impianti del Cus) in funzione di ricerca, didattica e assistenziale. Questa necessità diventa sempre più attuale: evidenze scientifiche fanno della Medicina dello sport una disciplina olistica di carattere generale e interdisciplinare. È per tale motivo che è necessaria l'integrazione con i vari professionisti che operano nell'Area vasta, integrazione che sarà sempre più puntuale se si interfaccerà con realtà che fanno della didattica, della ricerca e dell'assistenza una condizione inscindibile.

## 2. Il piano sanitario

## Regione Toscana 2008-2010

La pianificazione della Regione Toscana prevede nel capitolo 5

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

«Un piano per cogliere le nuove opportunità nei livelli di assistenza» al punto 2.7. "Sport e salute", un richiamo specifico alla promozione dell'attività fisica come stile di vita in grado di apportare sostanziali benefici sanitari, psicologici e sociali. In particolare nella progettazione della rete della Medicina dello sport dell'Area vasta centro il gruppo di lavoro si è soffermato sugli aspetti organizzativi che possono favorire equità di accesso ai servizi ed efficacia ed efficienza delle risposte ai bisogni dei cittadini.

Sono altresì condivisi gli obiettivi prioritari per il triennio di vigenza del piano, in particolare:

- il consolidamento dell'implementazione dell'anagrafe degli atleti;
- la prosecuzione del programma di sorveglianza sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico;
- lo sviluppo del programma di controllo antidoping.

## 3. Livelli di assistenza

- Certificazioni di idoneità allo sport agonistico rilasciate ai minori di anni 18, ai portatori di handicap e agli esenti totali, secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente;

- attività di consulenza specialistica per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio sanitario regionale;

- interventi di educazione alla salute indirizzati alla promozione dello sport e all'adozione di stili di vita sani;

- attività di consulenza specialistica per la promozione delle attività motorie sportive organizzate da istituzioni locali e associazioni sportive;

- valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire a integrare un piano terapeutico;

- protocolli per la valutazione medico-sportiva;

- informazione e valutazione degli effetti dei farmaci usati dagli sportivi e controllo antidoping;

- vigilanza sul corretto rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico;

- vigilanza sugli ambulatori privati che operano nel campo della Medicina dello sport.

## 4. Analisi bisogno

4.1 - Quadro epidemiologico. La popolazione dell'Avc l'attività motoria e lo sport

Un dato certo, che abbiamo a disposizione, è rappresentato dalla statistica annuale delle visite di idoneità sportiva agonistica effettuate nella Regione Toscana. Pur essendo consapevoli che parte degli atleti residenti in Toscana possono svolgere attività sportiva agonistica in altre Regioni e quindi sottoporsi ai controlli preventivi annuali, è pur vero anche il contrario. Atleti residenti in altre Regioni che gareggiano in Toscana o per società sportive toscane e che quindi si sottopongono a visita negli ambulatori pubblici o privati accreditati della Regione, determi-

nando un "saldo migratorio" presumibilmente prossimo allo 0. Tale statistica quindi, pur non rappresentando necessariamente la fotografia della popolazione di atleti agonisti residenti in Toscana, certamente rappresenta la totalità della domanda di certificazione agonistica regionale. Rimane il dubbio di una potenziale domanda inespressa e quindi non emergente, vale a dire una parte di società sportive e quindi atleti che non si sottopongono alle visite mediche obbligatorie. L'incrocio con i dati a disposizione di Coni ed enti di promozione sportiva, in merito ai propri tesserati, alimenta questo dubbio. Tuttavia, l'elenco tesserati comprende anche soggetti non atleti (dirigenti, accompagnatori, giudici ecc.) e quindi tale incrocio non ci può fornire più di un "ragionevole dubbio". A questo proposito importante sarà la prosecuzione di campagne di informazione nei confronti di enti e associazioni sportive, circa gli obblighi di legge riguardo all'attività sportiva agonistica, ma anche la realizzazione dei controlli previsti dalla Lr 9 luglio 2003 n. 35 e dalla successiva delibera di Giunta regionale n. 445 del 19/06/2006 "Linee di indirizzo alle aziende Usl per la vigilanza in materia di tutela sanitaria dello sport".

Di seguito è riportato lo schema riassuntivo delle certificazioni di idoneità sportiva agonistica, azienda per azienda, rilasciate da ambulatori pubblici e centri privati, nel 2007, ripartiti tra soggetti minori di 18 anni (Lea) e maggiori di 18. Sono indicate anche le non idoneità riscontrate (vedi tabelle).

A questi dati, riferiti agli atleti agonisti, dovrebbero essere tuttavia aggiunti i "non agonisti", vale a dire atleti praticanti comunque attività sportiva in forma organizzata e strutturata, seppur non di livello agonistico. Anche per questi è necessaria una certificazione che può essere rilasciata dal medico curante o pediatra di libera scelta, limitatamente ai propri assistiti, o dal medico dello sport di centri pubblici o privati accreditati. Al medico dello sport potrà essere richiesta consulenza da parte del medico curante o del pediatra, nel caso di dubbio diagnostico per il rilascio della certificazione. Questo volume di attività è difficilmente stimabile, se non attraverso i dati di attività delle diverse aziende.

## 4.2 - Profilo di salute della popolazione

Per quanto riguarda il profilo di salute in relazione alla pratica sportiva e di attività motorie, si rimanda all'analisi contenuta nel Piano regionale per la promozione della cultura e della pratica delle attività motorie triennio 2008-2010.

5. Funzioni da garantire in ambito di Area Vn

## 5.1 - Idoneità

La verifica dei requisiti necessari per la pratica della attività sportiva è uno dei principali compiti della Medicina dello sport. Attualmente le attività sportive vengono divise in attività agonistiche e attività non

Certificazioni di idoneità sportiva agonistica Asl per Asl rilasciate da ambulatori pubblici e privati nel 2007

	Minori 18 anni						Maggiori 18 anni					
	Ambulatori Usl			Ambulatori privati			Ambulatori Usl			Ambulatori privati		
	Idonei	Inidonei	Totale	Idonei	Inidonei	Totale	Idonei	Inidonei	Totale	Idonei	Inidonei	Totale
Massa C.	2.778	1	2.779	0	0	0	1.550	7	1.557	0	0	0
Luca	2.325	0	2.325	1.122	1	1.123	1.718	1	1.719	5.463	9	5.472
Pistoia	4.406	3	4.409	5	0	5	5.277	14	5.291	60	0	60
Prato	3.923	5	3.928	424	0	424	372	0	372	5.177	0	5.177
Pisa	4.400	7	4.407	923	0	923	1.623	1	1.624	4.279	5	4.284
Livorno	7.022	22	7.044	398	0	398	3.179	17	3.196	2.431	6	2.437
Siena	4.480	4	4.484	650	0	650	1.235	3	1.238	6.423	2	6.425
Arezzo	4.962	0	4.962	315	0	315	3.547	5	3.552	2.589	0	2.589
Grosseto	3.413	1	3.414	84	0	84	540	0	540	2.247	4	2.251
Firenze	10.585	5	10.590	4.913	9	4.922	447	1	448	15.222	53	15.275
Empoli	0	0	0	5.201	4	5.205	0	0	0	5.944	9	5.953
Viareggio	1.950	4	1.954	1.419	0	1.419	123	2	125	2.236	2	2.238
<b>Totale</b>	<b>50.244</b>	<b>52</b>	<b>50.296</b>	<b>15.454</b>	<b>14</b>	<b>15.468</b>	<b>19.611</b>	<b>51</b>	<b>19.662</b>	<b>52.071</b>	<b>90</b>	<b>52.161</b>

## Il campione

Tipologia	Numeri
<b>Totale soggetti visitati</b>	<b>137.587</b>
• minori 18 anni	65.764
• maggiori 18 anni	71.823
<b>Totale non idonei</b>	<b>207</b>
• minori di 18 anni	66
• maggiori di 18 anni	141
<b>Non idonei/10.000 visite</b>	<b>15</b>
• minori 18 anni	10
• maggiori 18 anni	20

## Area vasta centro

	I numeri		
	<18 anni	>18 anni	Totale
<b>Numero visite</b>	29.483	32.576	<b>62.059</b>
<b>Numero non idonei</b>	22	77	<b>99</b>
<b>Non idonei/10.000 visite</b>	7,5	23,6	<b>15,5</b>
<b>La soddisfazione della richiesta da parte del servizio pubblico rispetto al totale è:</b>			
	<18 anni	>18 anni	Totale
<b>Firenze</b>	68%	3%	<b>35%</b>
<b>Prato</b>	90%	7%	<b>43%</b>
<b>Pistoia</b>	100%	99%	<b>99%</b>
<b>Empoli</b>	0%	0%	<b>0%</b>
<b>Media</b>	<b>65%</b>	<b>27%</b>	<b>51%</b>

agonistiche, e prevedono due iter certificativi completamente diversi; esiste poi l'attività motoria ludica effettuata a esclusivi fini igienico-ricreativi, per la quale non è richiesto nessun certificato medico.

Nello specifico si intende attività agonistica quella praticata in modo continuativo, sistematico e organizzato dalle federazioni e dagli enti riconosciuti dal Coni e dal ministero dell'Istruzione (Giochi della gioventù fase nazionale), questi enti ne stabiliscono anche i limiti di età; questo tipo di attività sportiva è mirata al raggiungimento di prestazioni di alto livello.

L'attività non agonistica, anche se praticata in forma organizzata, non ha limiti di età, prevede un impegno minore e l'eventuale aspetto competitivo non è mirato al conseguimento di prestazioni di alto livello.

La certificazione dell'idoneità sportiva agonistica viene effettuata dallo specialista in Ms all'interno delle strutture pubbliche o in strutture private accreditate, e prevede oltre all'indagine anamnestica e alla visita, una serie di accertamenti stabiliti dai protocolli ministeriali. Questi accertamenti variano a seconda del tipo di sport e a seconda dell'età del soggetto da esaminare. Per la visita agonistica è necessaria (escluse rare eccezioni) la apposita richiesta da parte della società sportiva di

## Area vasta sud

	I numeri		
	<18 anni	>18 anni	Totale
<b>Numero visite</b>	13.909	16.595	<b>30.504</b>
<b>Numero non idonei</b>	5	14	<b>19</b>
<b>Non idonei/10.000 visite</b>	3,6	8,4	<b>6,0</b>
<b>La soddisfazione della richiesta da parte del servizio pubblico rispetto al totale è:</b>			
	<18 anni	>18 anni	Totale
<b>Siena</b>	87%	16%	<b>45%</b>
<b>Grosseto</b>	98%	19%	<b>63%</b>
<b>Arezzo</b>	94%	58%	<b>75%</b>
<b>Media</b>	<b>93%</b>	<b>31%</b>	<b>61%</b>

## Area vasta della costa

	I numeri		
	<18 anni	>18 anni	Totale
<b>Numero visite</b>	22.372	22.652	<b>45.024</b>
<b>Numero non idonei</b>	35	50	<b>85</b>
<b>Non idonei/10.000 visite</b>	15,6	22,1	<b>18,9</b>
<b>La soddisfazione della richiesta da parte del servizio pubblico rispetto al totale è:</b>			
	<18 anni	>18 anni	Totale
<b>Massa</b>	100%	100%	<b>100%</b>
<b>Viareggio</b>	58%	5%	<b>36%</b>
<b>Pisa</b>	83%	27%	<b>54%</b>
<b>Livorno</b>	95%	57%	<b>78%</b>
<b>Luca</b>	67%	24%	<b>38%</b>
<b>Media</b>	<b>81%</b>	<b>43%</b>	<b>61%</b>

appartenenza; nella Regione Toscana è istituito il libretto sanitario per sportivi, dove vengono registrate tutte le visite e gli accertamenti effettuati dall'atleta nel corso della sua "carriera sportiva". Il libretto dell'atleta è personale e non cambia cambiando società e/o disciplina sportiva.

Si sintetizza gli accertamenti previsti per l'idoneità sportiva agonistica dal Dm del 1982 per gli sport a minore impegno cardiovascolare (tab. A) sono: Ecg a riposo ed esame completo delle urine; per gli sport a maggiore impegno cardiocircolatorio (tab. B) sono Ecg a riposo e dopo sforzo effettuato mediante step test, esame spirometrico ed esame urine.

Le linee guida regionali per le visite di idoneità sportiva agonistica, han-pertinetivo non è mirato al conseguimento di prestazioni di alto livello. La certificazione dell'idoneità sportiva agonistica viene effettuata dallo specialista in Ms all'interno delle strutture pubbliche o in strutture private accreditate, e prevede oltre all'indagine anamnestica e alla visita, una serie di accertamenti stabiliti dai protocolli ministeriali. Questi accertamenti variano a seconda del tipo di sport e a seconda dell'età del soggetto da esaminare. Per la visita agonistica è necessaria (escluse rare eccezioni) la apposita richiesta da parte della società sportiva di

appartenenza; nella Regione Toscana è istituito il libretto sanitario per sportivi, dove vengono registrate tutte le visite e gli accertamenti effettuati dall'atleta nel corso della sua "carriera sportiva". Il libretto dell'atleta è personale e non cambia cambiando società e/o disciplina sportiva. Si sintetizza gli accertamenti previsti per l'idoneità sportiva agonistica dal Dm del 1982 per gli sport a minore impegno cardiovascolare (tab. A) sono: Ecg a riposo ed esame completo delle urine; per gli sport a maggiore impegno cardiocircolatorio (tab. B) sono Ecg a riposo e dopo sforzo effettuato mediante step test, esame spirometrico ed esame urine. Le linee guida regionali per le visite di idoneità sportiva agonistica, han-pertinetivo non è mirato al conseguimento di prestazioni di alto livello. La certificazione dell'idoneità sportiva agonistica viene effettuata dallo specialista in Ms all'interno delle strutture pubbliche o in strutture private accreditate, e prevede oltre all'indagine anamnestica e alla visita, una serie di accertamenti stabiliti dai protocolli ministeriali. Questi accertamenti variano a seconda del tipo di sport e a seconda dell'età del soggetto da esaminare. Per la visita agonistica è necessaria (escluse rare eccezioni) la apposita richiesta da parte della società sportiva di

Fine prima parte. La seconda parte verrà pubblicata nel prossimo numero

Sanità Toscana

direttore responsabile  
ELIA ZAMBONI  
coordinatore editoriale  
Roberto Turmo  
comitato scientifico  
Aldo Ancona  
Susanna Cressati  
Sabina Nuti  
Luca Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 4 del 1-7 febbraio 2011 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

DIRITTI

Il ritratto delle vittime nel 2° Report regionale sui centri antiviolenza



# Identikit di donna abusata

## Utenti diplomate e spesso precarie - Partner sotto accusa nel 65% dei casi

Capire come alcune caratteristiche socio-demografiche delle donne possano relazionarsi al percorso di uscita dalla violenza e alle forme della violenza stessa. Anche a questo scopo è servito il secondo Rapporto sulla violenza di genere, seguito al primo con cui eravamo andati a osservare le caratteristiche delle utenti dei centri antiviolenza e dei centri di ascolto della Regione.

L'applicativo regionale, cioè il database accessibile on line nel quale ogni singolo centro inserisce i dati relativi alle utenti, ha confermato e dimostrato le potenzialità di uno strumento di inserimento dati condiviso e accessibile a più livelli, fornendo un'enorme quantità di informazioni sulle 1.761 donne che dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2010 si sono rivolte ai centri della Toscana. Si tratta di donne mediamente istruite: più della metà possiede almeno il diploma di scuola superiore; in particolare, il 39,8% ha il diploma e il 12,7% la laurea, dati a cui va aggiunto un 5% di donne che possiedono altri titoli (es. corsi di formazione) fatto che le rende più istruite della media della popolazione Toscana al censimento di dieci anni fa (quando tra le donne di età superiore ai 19 anni solo il 31,4% era in possesso del diploma e oltre).

Poco meno della metà delle utenti è occupata in modo stabile, dato che per quanto riguarda le donne straniere scende a un terzo del totale. Una caratteristica, quella della precarietà lavorativa, che rende le donne maggiormente vittimizzabili per quanto riguarda la violenza di tipo economico che è una forma di vessazione che colpisce quasi un terzo delle utenti, con una differenza di circa dieci punti percentuali tra autoctone e immigrate.

In questo quadro l'attenzione su alcune variabili socio-demografiche diventa un utile strumento di comprensione di ciò che le rende maggiormente vulnerabili e vittimizzabili e che ne determina specifiche derivate dalla condizione stessa di migrante. Se non si notano grandi differenze nel titolo di studio, le donne straniere registrano invece una maggiore precarietà lavorativa: il 46,3% non lavora e il 12,8% lo fa in modo precario (tra le italiane invece il 30,5% non lavora e il 10% lo fa in modo precario).

A rivolgersi ai centri sono tendenzialmente donne adulte, tra i 30 e i 50 anni, fascia d'età che si abbassa tra le vittime straniere (il 60,9% delle italiane ha tra i 30 e i 50 anni). Anche se hanno usufruito di altri servizi (come assistenza sociale, forze dell'or-



La copertina del Rapporto

dine...) la maggior parte delle donne vittime di violenza (circa il 70%) si rivolge direttamente ai centri andando di persona, in cerca di informazioni, assistenza psicologica, ascolto, consulenza legale e, nei casi più gravi, sostegno per l'allontanamento del/dal/aggressore.

Nella maggior parte dei casi, le donne hanno o hanno avuto

sto legame affettivo o vincolo parentale tra vittima e aggressore influisce pesantemente nella propensione alla denuncia, a cui ricorrono soltanto poco più di un quarto delle utenti, scelta sulla quale pesano anche molti altri fattori, ma che non sembra così indipendente dalla legislazione vigente, se si considera la più alta frequenza di denuncia tra le vittime di stalking (il 45,2% delle donne che hanno subito lo stalking denuncia l'aggressore).

Questa tendenza a denunciare nelle donne vittime dello stalking è leggermente più elevata rispetto a quella delle vittime di violenza sessuale (41,1%) e mobbing (40%). Un quadro complesso dunque, che sarà necessario approfondire sia attraverso un monitoraggio continuo del fenomeno, sia puntando l'attenzione sugli aspetti che di volta in volta i soggetti della rete riterranno più opportuno approfondire.

In questa seconda edizione, oltre all'analisi dei dati, una corposa parte del lavoro è stata dedicata all'analisi delle figure che operano, a vario titolo, nei centri della rete, oltre ad alcuni approfondimenti sulle realtà locali curati dai singoli Osservatori sociali provinciali.

La presenza di un unico macrotema ha reso così possibile la costruzione di un livello di anali-

si regionale anche su tale argomento, grazie all'adozione di un questionario comune a tutti i territori, strumento utilizzabile sia come fonte di dati che come idee o suggestioni da cui partire per il proprio lavoro. È stato così possibile raccontare alcuni aspetti di chi si prende cura delle vittime di violenza in Toscana.

Se ogni territorio ha la sua specificità, e all'interno di esso ogni centro, spesso, è una storia a sé, c'è un dato che percorre tutte le strutture della Regione: in esse operano, soprattutto come volontarie, donne che amano la loro attività, per le quali le maggiori problematiche sono legate non tanto al rapporto con le utenti, quanto alla mancanza di risorse finanziarie e, nella metà dei casi, di spazi idonei in cui riuscire ad assistere le vittime. Ma il dato che appare ancor più significativo è l'altissimo livello d'istruzione: il 72,3% delle donne che operano nei centri toscani sono laureate, che continuano il loro percorso formativo sia partecipando a corsi e seminari, sia facendosi esse stesse promotrici di formazione peer to peer. Un'eccellenza per il territorio.

**Daniela Bagattini  
Valentina Pedani**

Curatrici del secondo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana

### COME FUNZIONA IL SOSTEGNO

## Aiuto d'équipe per chi bussava alla porta

Come opera un centro antiviolenza? Cosa succede quando una donna si rivolge a una delle 24 strutture che operano in Toscana? Ecco un esempio quanto avviene nel centro La Nara di Prato, nato ufficialmente nel 1997 (anche se l'idea di un centro di accoglienza per donne vittime di abusi era da tempo tra i progetti delle donne della Cooperativa Alice di cui il centro pratese fa parte).

«Se la donna si rivolge al La Nara tramite una telefonata - si legge nel capitolo del Rapporto a esso dedicato - lo scopo principale è quello di prendere un appuntamento, in base ai turni delle operatrici e alla disponibilità dell'utente stessa. Quando a chiamare non è direttamente la donna ma un'altra figura non istituzionale, l'obiettivo è comunque quello di far prendere in mano alla donna vittima di violenza la propria situazione: la presa di coscienza e la volontà di rivolgersi al centro sono determinanti nella riuscita del percorso».

Di solito è la prima operatrice che ha dei contatti con la donna a prenderla successivamente in carico, tranne casi particolari in cui la conoscenza diretta o un vissuto comune potrebbero condizionare il percorso.

Nel momento del primo contatto, oltre a prendere un appuntamento, le operatrici cercano di ottenere quante più informazioni possibile sulla donna attraverso la scheda di rilevazione, al fine di avere molti dati su cui già riflettere e immaginare un percorso, nel caso in cui la donna saltasse l'appuntamento successivo e si ripresentasse in un secondo momento.

Salvo in situazioni di estrema urgenza, prima della presa in carico della vittima di violenza si svolgono tre colloqui di valutazione. I tre colloqui sono "sacri": servono sia alla stessa donna per far chiarezza rispetto alle proprie scelte, sia alle operatrici per valutare se la persona che si è rivolta al centro possa essere presa in carico, o se

sia più opportuno inviarla ad altri servizi oppure attivare insieme a questi un percorso comune, opportunità che rappresenta un importante tassello nel consolidamento della rete locale e con ricadute estremamente positive nel percorso della donna.

Inizialmente, le donne con problemi psichiatrici o con dipendenze venivano inviate al servizio competente. Adesso invece, grazie ad accordi tra il centro e tali servizi, le donne possono intraprendere entrambi i percorsi, che non sarebbe esatto definire paralleli, in quanto tra le operatrici del centro e quelle dei servizi in questione intercorrono continui confronti. Una possibilità che assume un'importanza fondamentale e nasce dalla consapevolezza che, nonostante numerosi studi evidenzino l'esistenza di un rapporto tra condizione di salute psico-fisica della donna e violenza subita, questo legame «ancor oggi non è molto considerato nel mondo socio-sanitario».

La valutazione è sempre di équipe, attraverso i giudizi raggiunti nella riunione settimanale e in incontri ad hoc, se e quando il caso lo richieda. È in queste occasioni, infatti, che si decide il da farsi e si sceglie che tipo di percorso proporre alla donna per uscire dalla violenza, attraverso una valutazione cartacea che porta poi a un'elaborazione di un programma di riabilitazione.

Un altro elemento importante è la presenza di una supervisione esterna, una psicoterapeuta con la quale le operatrici hanno incontri ogni tre settimane e a cui, partendo dal caso trattato in quel momento, riportano problematiche inerenti sia la donna, sia il rapporto tra questa e l'operatrice, soprattutto per affrontare le ricadute in termini emotivo-psicologici che possono colpire le addette, come la così detta sindrome di burnout, o stress post-traumatico di tipo secondario.

**Lorenza Pampaloni**  
Agenzia Toscana Notizie

### LA BEST PRACTICE

## A Grosseto percorso e codice rosa

Un "percorso rosa" che garantisce la massima tutela per le vittime di violenza, e un "codice rosa", che si aggiunge ai normali codici di triage del pronto soccorso (rosso, giallo, verde, azzurro e bianco) e consente l'immediata attivazione di un'apposita task force costituita da magistrati della procura di Grosseto e del personale sanitario del centro di coordinamento vittime di violenza della Asl 9. È un'esperienza pilota, avviata a Grosseto nella primavera scorsa, tra le prime sul territorio nazionale, che sarà estesa anche ad altre Asl toscane.

Un progetto importante che rientra nell'ambito delle politiche intraprese dalla Regione Toscana per contrastare il fenomeno della violenza di genere e sostenerne le vittime. Tappa fondamentale di questo percorso è stata l'adozione di una legge regionale specifica (la 59 del 2007, "Norme contro la violenza di genere") e delle relative linee guida di attuazione che, tra l'altro, definiscono la rete territoriale di intervento e contrasto al fenomeno, riservando un ruolo centrale all'azione svolta dalle Province e dai centri antiviolenza. Sono stati anche attivati a livello regionale specifici percorsi di formazione finalizzati al sostegno diretto alle donne vittime di violenza (a esempio la campagna "Mai più sola") e, più in generale, è stato supportato l'agire territoriale dei diversi centri per colmare un deficit conoscitivo di rete sulle strutture attive nella Regione, monitorandone il funzionamento, cercando di comprendere meglio quale sia la tipologia di donne che vi si rivolge, per quali motivi, e quale sia il personale che, in maniera volontaria o meno, è impegnato nel difficile compito della accoglienza. È in questo contesto di monitoraggio e conoscenza, primo passo necessario per qualsiasi azione politica in materia, che na-

scono i due "Rapporti sulla violenza di genere in Toscana", il primo edito nel 2009 e il secondo (presentato in questa pagina) del 2010.

Quanto all'esperienza della Asl 9 di Grosseto, la sua finalità è contrastare il fenomeno della violenza sulle fasce più deboli della popolazione, dunque in primis sulle donne, ma anche su minori, anziani, vittime di discriminazioni razziali, religiose, omofobiche. La task force di magistrati e personale sanitario si attiva su ogni singolo caso, al momento in cui si verifica l'episodio di violenza. Il "percorso rosa" assicura alla vittima un'assistenza protetta, che ne garantisce la privacy e l'incolumità fisica e psichica, oltre ad assicurare la massima rapidità di intervento nei confronti degli autori del reato.

Nell'ospedale Misericordia di Grosseto è stata allestita una sala visita riservata per i controlli e le consulenze mediche. Il "codice rosa" (un codice criptato, cioè non leggibile se non alle persone autorizzate) viene assegnato alla vittima non appena arriva al pronto soccorso e consente l'immediata attivazione della task force e la pronta segnalazione alla rete di assistenza e di sostegno alla vittima. I dati relativi ai primi 10 mesi di attività rilevano 246 "codici rosa" attivati, così suddivisi: 191 per maltrattamenti, 7 per abusi, 24 casi di stalking, 24 casi pediatrici; con una media mensile di oltre 20 casi.

Sul progetto è stato anche girato un documentario di 10 minuti, con la partecipazione del personale sanitario, la procura, le forze dell'ordine e la collaborazione della cittadinanza, che illustra come si svolge il lavoro di questo pool di esperti, e verrà utilizzato per la formazione e la didattica.

L.P.

PISA

L'ambulatorio specialistico dell'Aoup accreditato dal consorzio europeo

# Huntington, cure col bollino



Premiati l'approccio multidisciplinare e la ricerca - Colpiti 400 toscani

Il centro per la diagnosi e cura dei disordini del movimento del dipartimento di Neuroscienze dell'Aoup diretto da Luigi Murri ha ricevuto l'accreditamento presso il prestigioso consorzio europeo dedicato alla malattia di Huntington (European Huntington's disease network). La malattia di Huntington è una grave malattia genetica neurodegenerativa autosomica dominante, trasmessa da una generazione all'altra, caratterizzata da movimenti involontari, alterazioni della personalità, disturbi cognitivi e psichici e, sebbene sia malattia rara, colpisce circa 40mila persone in Europa e circa 400 persone in Toscana. Si stima inoltre che,

approssimativamente, altri 160mila soggetti siano a rischio di malattia in Europa, con un coinvolgimento familiare e sociale dalle proporzioni immaginabili.

Il centro di diagnosi e cura della malattia di Huntington dell'unità operativa di Neurologia-neurofisiopatologia coordinato da Roberto Ceravolo è da molti anni impegnato nella diagnosi e nell'assistenza ai pazienti affetti da malattia di Huntington, con un approccio multidisciplinare qualificato e ha fornito importanti contributi a livello scientifico con ricerche condotte sia nel campo della diagnostica che della neurofarmacologia clinica, con col-

laborazioni attive con i più avanzati centri specialistici come l'Hammersmith hospital di Londra dove il personale medico impegnato nel centro si è formato con lunghe esperienze professionali. La qualità dell'attività assistenziale e scientifica svolta ha ottenuto nel gennaio 2011 questo ambito riconoscimento europeo, con l'inserimento nella lista dei centri eccellenti in Europa per la diagnosi e cura della malattia di Huntington.

La creazione di un registro europeo rappresenta un supporto per comprendere in modo più approfondito la malattia e per proseguire la ricerca, raccogliendo dati clinici e biologici da poter analiz-

zare a livello centralizzato. La possibilità di far parte del consorzio europeo consente al centro di Pisa di rappresentare un centro pilota per la sperimentazione di nuove terapie, in grado di rallentare la degenerazione neuronale alla base del processo patologico e di costituire un legame stabile tra pazienti, familiari e le varie associazioni di sostegno, indispensabile supporto in malattie croniche progressive e invalidanti come la malattia di Huntington.

Emanuela Del Mauro  
Ufficio stampa Aou di Pisa

LIVORNO

## Al via primo ospedale di comunità: 12 posti letto in rete con i Mmg

Inaugurato a fine dicembre il primo ospedale di comunità livornese. «Si tratta di una nuova opportunità nella rete di offerte sanitarie - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'azienda Usl 6 - proposte alla cittadinanza». «È un'offerta assistenziale - continua - che prima non esisteva e che si colloca a metà strada tra quanto erogato a livello ospedaliero e le cure domiciliari. Tutte quelle persone che per condizioni particolari non possono ricevere a casa propria un adeguato livello di cure, ma che non hanno strettamente bisogno di un ricovero ospedaliero, possono così trovare una risposta

continuativa. L'ospedale di comunità offre assistenza infermieristica e alla persona sulle 24 ore. Anche se è situato nel presidio ospedaliero, è una struttura territoriale destinata a pazienti con malattie non acute che quindi non prevede una presenza medica continuativa. L'assistenza medica è garantita, con le stesse modalità del domicilio, dal proprio medico di famiglia o dai medici della continuità assistenziale, le ex guardie mediche, nei

giorni festivi, prefestivi e nelle ore notturne. Per le emergenze viene attivato, come avviene al domicilio, il 118, mentre durante il ricovero sono effettuate le terapie, le indi-

**Un'alternativa al domicilio quando non è praticabile**

gini diagnostiche e le consulenze necessarie prescritte dal medico. Nella struttura possono essere ricoverati pazienti, senza limiti d'età, con non autosufficienza, anche temporanea come nel caso di persone con malattie croniche in fase di riacutizzazione che non hanno bisogno di un ricovero ospedaliero, ma hanno comunque la necessità di essere assistiti in un ambiente "protetto".

L'ospedale di comunità, situato al primo piano del 4° padiglione del presidio di viale Alfieri, costituisce un'alternativa all'assistenza domiciliare nei casi in cui questa non sia possibile per mancanza di un supporto familiare o per il bisogno di un'assistenza

Pierpaolo Poggianti  
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

PISTOIA

## Entro fine marzo sarà operativa una risonanza magnetica hi-tech

Da pochi giorni nella unità operativa di Radiologia del presidio ospedaliero di Pistoia sono iniziati i lavori per l'installazione della nuova risonanza magnetica aperta. In questa prima fase sono stati avviati gli interventi preparatori per la rimozione della "vecchia" general electric "Vectra" (la macchina pesa circa 25 tonnellate), prevista venerdì prossimo, che era in funzione al Ceppo dal 1993. Nei giorni successivi inizieran-

no i lavori veri e propri, che riguardano sostanzialmente gli adeguamenti impiantistici, per accogliere la nuova macchina: una «Oasis Hitachi Inspire», terza esem-

**Una Rnm aperta: è il terzo esemplare in tutta Europa**

plare in Europa dopo quelle presenti in Inghilterra e Germania. La nuova Rm di Pistoia sarà la terza del genere a essere installata in Europa ed essendo aperta potrà essere impiegata per i pazienti claustrofobici e obesi, per gli anziani e in campo pediatrico offrendo un'opportunità in più ai bambini. L'attuale produttività (oltre 2mila esami all'anno) dovrebbe addirittura raddoppiare portando ossigeno alle liste d'attesa. Si potranno indagare tutti gli organi, svolgere esami neu-

rologici e vascolari e durante la procedura diagnostica si potrà eventualmente effettuare anche l'interventistica, con indubbi vantaggi per i pazienti che con un solo accesso in ospedale potranno svolgere due prestazioni.

Entro la fine del mese di marzo la nuova risonanza magnetica dovrebbe essere operativa garantendo performance di altissima qualità e addirittura un notevole aumento nella produttività. «Ci scusiamo preventivamente con i cittadini per i disagi relativi alle liste di attesa per questi esami - spiega il dottor Patrizio Pacini, direttore della unità operativa di Radiodiagnostica - ma siamo certi che anche coloro che in questi giorni hanno protestato sapranno comprendere la necessità di dotare la nostra provincia di un'apparecchiatura davvero all'avanguardia». Pacini ha anche ricordato che nel 2010 il 48% dei cittadini con un'effettiva necessità di svolgere un'indagine di Rm ha ottenuto la prestazione entro i 30 giorni.

Daniela Ponticelli  
Ufficio stampa Usl 3 di Pistoia

AREZZO

## E ora in gastroenterologia debutta la nuova videocapsula endoscopica

Nuove possibilità diagnostiche in arrivo nella Uo di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva del San Donato. Conclusa la fase di sperimentazione avviata nel mese di giugno, è stato definitivamente adottato un nuovo dispositivo diagnostico endoscopico, la «videocapsula endoscopica». Si tratta di una capsula, grande quanto un antibiotico, dotata di una videocamera in miniatura che, una volta ingerita, consente di visualizzare un tratto del piccolo intestino che non è visibile con gli esami endoscopici tradizionali.

**È ingeribile e ha la grandezza di un antibiotico**

«È una apparecchiatura affascinante - ha affermato il direttore della Uo di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Fabrizio Magnolfi - perché consente di fare un viaggio nell'intestino di un paziente e vedere, in tempo reale, le immagini di tutto il percorso». «È una procedura diagnostica di facile applicazione - continua Magnolfi -, scarsamente invasiva, che permette al paziente di mantenere le sue normali attività durante l'esecuzione dell'esame. Dal punto di vista pratico, si tratta di un dispositivo ingeribile, a forma di capsula».

la, grande come un comune antibiotico (misura 11x26 mm e pesa meno di 4 g). È monouso e contiene una microcamera dotata di sorgente luminosa, batterie, antenna e trasmettitore radio. È in grado di trasmettere circa 50mila immagini, per un periodo di tempo di circa 8 ore, a un dispositivo di registrazione dati inserito nella cintura indossata dal paziente. «Questa attrezzatura - conclude - viene poi rimossa al termine dell'esame, mentre i dati vengono scaricati in un computer in grado di elaborare un filmato, sulla base del quale verrà poi stilato il referto dell'esame».

Addio a gasteroscopia e colonoscopia allora? «Assolutamente no - dice Magnolfi -, la videocapsula, al momento e per più ragioni, non sostituisce gli esami tradizionali. Innanzitutto, è stata realizzata per lo studio dell'intestino tenue (o piccolo intestino) e in secondo luogo, la videocapsula ha un valore esclusivamente diagnostico, in quanto non consente l'esecuzione di prelievi biotipi».

Pierluigi Amorini  
Ufficio stampa Asl 8 di Arezzo

IN BREVE

PRATO

È un'esperienza consolidata nella provincia di Prato l'adesione al programma di screening oncologici dell'Asl 4. È quanto emerge dall'undicesimo rapporto annuale dei programmi di screening della Toscana nel 2009. In quell'anno l'Asl 4 ha invitato a effettuare una mammografia 16.306 donne tra i 50 e i 69 anni. Il 76,6% (media regionale 70,8%) ha aderito al programma ed effettuato l'esame. Sempre nello stesso anno sono state chiamate allo screening della cervice uterina 20.825 donne fra i 25 e i 64 anni. All'invito ha risposto il 63,4% (media regionale 55%). Per lo screening colon-rettale è stata invitata la popolazione, 22.669 fra donne e uomini, di età compresa fra i 50 e i 70 anni. Ha aderito il 53,5% (media regionale 53%).

PISTOIA

Da venerdì 14 gennaio è tornata la «Scuola per i genitori», l'iniziativa della unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza della zona di Pistoia rivolta ai genitori che desiderano approfondire temi sull'età evolutiva. L'iniziativa è l'unica del genere a livello regionale e negli anni scorsi sono state centinaia i genitori che hanno seguito la "scuola" conseguendo al termine degli incontri anche l'attestato di frequenza. Questo è il sesto anno consecutivo che Sergio Teglia, psicologo e psicoterapeuta, organizza gli incontri che affrontano, anche con il contributo di altri esperti, le varie problematiche dall'infanzia all'adolescenza. Anche quest'anno gli appuntamenti si svolgeranno fino al 25 febbraio presso la Fabbrica delle emozioni.

AREZZO

Ogni presidio ospedaliero nella riorganizzazione operata dall'Asl ospita anche attività specialistiche in grado di farsi apprezzare ben oltre i confini zonali. Ne è un esempio concreto l'ospedale della Fratta. Presso l'ambulatorio nel 2010 sono stati seguiti 67 pazienti affetti da vescica neurologica: 7 di questi sono stati sottoposti a infiltrazioni di botulino in vescica. Attualmente sono seguiti 27 pazienti con controlli annuali: portatori di handicap post-traumatici e pazienti con emiplegia, paraplegia e tetraplegia. Negli ultimi due anni sono stati seguiti e trattati 61 pazienti: un numero destinato ad aumentare per l'incremento costante di attività dell'unità operativa di Urologia di Arezzo, sempre più punto di eccellenza regionale ed extraregionale.

CALENDARIO



**FIRENZE/1**  
«Confoscan: Nuovi orizzonti nella diagnostica corneale» è il convegno che si terrà all'ospedale Careggi di Firenze. L'obiettivo è far acquisire nuove competenze e conoscenze nell'ambito della microscopia corneale. Per info: 055/7947445, mail gambogim@aou-careggi.toscana.it



**FIRENZE/2**  
La Società italiana di omeopatia e medicina ha organizzato un seminario «Tra Ebm e prescrizione individuale, quale ricerca in omeopatia?» che si terrà presso l'hotel Adriatico. Tra i temi l'Ebm e la valutazione della qualità degli studi di efficacia terapeutica. Per info: 055/6800389, mail segreteria@siomi.it



**LUCCA**  
Si terrà al Galliciano dell'Asl 2 di Lucca il seminario «La lombalgia cronica e i difetti posturali». I temi: le ricadute sulla salute dei cittadini e i costi assistenziali; il ruolo di Mmg, ortopedico, fisiatra, fisioterapista ecc.; lo sport nella prevenzione e nella terapia. Per info: 0583/970749, mail uf@usl2.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](http://www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche)