

Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 6 anno XIV del 15-21 febbraio 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

Già operativi criteri e interventi evidence based

di Emanuela Balocchini *

Le informazioni epidemiologiche sull'evoluzione crescente dell'obesità un po' in tutto il mondo, prefigurano scenari non ottimisti sui problemi sanitari futuri. Da tempo, infatti, l'Oms ha lanciato l'allarme indicando nel sovrappeso e nell'obesità una delle prime cinque condizioni, insieme a fumo, ipertensione, ipercolesterolemia e abuso di alcol, che maggiormente pesano sulla mortalità e la morbosità generale. Sebbene la diffusione dell'obesità nella nostra regione non assuma ancora le forme epidemiche delle regioni del Sud in Italia o di altri Paesi extraeuropei, è elevata la proporzione di giovani e adulti, uomini e donne, che fanno poca attività fisica e mangiano troppo.

Con particolare sensibilità rispetto al panorama nazionale, la nostra Regione ha varato una serie di azioni per affrontare il problema a tutti i livelli, partendo dalla prevenzione per arrivare fino agli interventi clinici sui casi conclamati. Sono state scelte pratiche innovative di prevenzione, sul modello di "Guadagnare salute" e secondo i criteri della evidence based prevention, promossi nei Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione da un progetto nazionale dell'Ars appena concluso. Vanno in questa direzione gli interventi regionali come il programma rivolto a ristoratori e

CONTINUA A PAG. 2

STILI DI VITA Eccesso di peso nel mirino: problema di Sanità pubblica da affrontare

Obesità, allerta senza allarmi

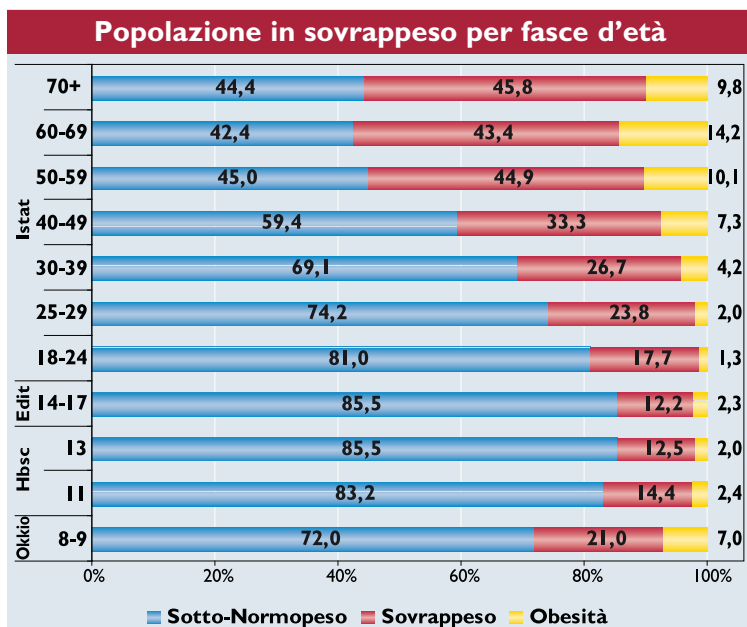
Fenomeno non epidemico - Dati sotto media nazionale, ma serve vigilare

Da tempo è noto che l'obesità costituisce un rilevante fattore di rischio per la salute. La diffusione dell'eccesso di peso, e in particolare dell'obesità, in Toscana è monitorata da diverse indagini, che coprono quasi tutte le fasce di età della popolazione.

Secondo la rilevazione "OKkio alla salute" del 2010, realizzata per la Toscana dal Creps (Centro interdipartimentale di ricerca educazione e promozione della salute) dell'Università di Siena, la condizione di sovrappeso o obesità interessa più di un quarto (28%) dei bambini toscani di 8-9 anni, inferiore in modo sensibile al dato medio nazionale (34%). In particolare, i bambini toscani in sovrappeso sono il 21%, mentre quelli obesi sono il 7%. Valori sostanzialmente stabili rispetto alla rilevazione del 2008. Si conferma nell'indagine il gradiente geografico di sovrappeso e obesità in incremento dal Nord al Sud. La letteratura scientifica indica che i bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di essere obesi. La causa è in parte genetica, ma entrano in gioco anche fattori ambientali, perché i bambini tendono ad acquisire gli stili di vita dei genitori, come una dieta poco salutare e la vita sedentaria.

L'ultima rilevazione dello studio Hbsc, sempre a opera del Creps di Siena, rileva che nel 2009-2010 il 2,4% degli studenti undicenni, il 2% dei tredicenni e l'1,6% dei quindicenni è obeso, mentre i ragazzi in sovrappeso risultano, rispettivamente, il 14,4%, il 12,5% e l'11,3%. Secondo i dati dello studio Edit dell'Agenzia regionale di Sanità (Ars) Toscana del 2008 sugli studenti di 14-19 anni, l'11,9% si trova in sovrappeso e il 2,3% è obeso. Negli adolescenti, la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta maggiore nel genere maschile.

L'indagine Edit consente di ricavare informazioni statisticamente affidabili fino a livello delle diverse Asl: nel 2008, la percentuale più elevata di adolescenti in eccesso di peso (sovrappeso e obesi) si è osservata nelle Asl di Pistoia, Siena e Livorno. I dati sullo



N.B.: Distribuzione dei soggetti secondo classi di Indice di massa corporea e fasce d'età. Toscana. Ricomposizione di più fonti informative, OKkio 2010, Hbsc 2009-2010, Edit 2008, Istat 2009

PATTO CON LA FONDAZIONE MICHELUCCI ONLUS

Mappatura della marginalità sociale

Monitoraggio su carceri, detenuti, Rom, Sinti, immigrati e disagio abitativo

Approvato dalla Giunta regionale - con delibera n. 1146 del 28/12/2010 - il Protocollo di intesa fra la Regione Toscana e la Fondazione Giovanni Michelucci Onlus per la realizzazione di attività volte alla conoscenza di ambiti di marginalità sociale. L'accordo, valido per un periodo triennale a partire dalla fine del 2010, prevede la realizzazione di attività di osservatorio, ricerca, analisi, monitoraggio, collaborazione alla elaborazione di progetti, finalizzate a fornire supporto tecnico alla Regione Toscana e, quando da questa richiesto, agli Enti locali, alle Istituzioni e ai soggetti del terzo settore. La Fondazione Giovanni Michelucci svolgerà attività di osservatorio, ovvero di analisi e di monitoraggio, relativamente a: carcere e area penale esterna in Toscana, popolazione adulta e minorile (in quest'ultimo caso da svolgersi sinergicamente con l'Istituto degli Innocenti di Firenze); insediamenti Rom e Sinti; immigrati e disagio abitativo; strutture e reti di accoglienza e di contrasto alla povertà; povertà ed esclusione abitativa. Inoltre, la Fondazione si occuperà di azioni di ricerca finalizzate all'innovazione, miglioramento e/o implementazione dei servizi territoriali con particolare attenzione ai temi riguardanti problematiche connesse a tipologie particolari di pena e/o detenzione o persone svantaggiate per i quali risulta possibile l'implementazione di percorsi a elevata autonomia.

stato nutrizionale degli ultradiciottenni toscani sono ricavabili invece dallo studio Passi e dall'indagine Multiscopo annuale Istat "Aspetti della vita quotidiana". Secondo i dati Istat rielaborati da Ars, in Toscana, dal 2001 al 2009 la prevalenza di sovrappeso ha mostrato un trend in lieve aumento, mentre più stabili sono i dati dell'obesità. Nel 2009, in Toscana, i soggetti in sovrappeso sono il 36,2%, mentre gli obesi sono l'8%, una percentuale questa leggermente inferiore rispetto al dato nazionale (10,1%). Il sovrappeso negli adulti, in Toscana come in Italia, interessa maggiormente la popolazione maschile, mentre l'obesità è analogamente rappresentata nei due generi. Nei soggetti con minor livello di istruzione familiare l'obesità è più diffusa. Questa relazione inversa con il livello di istruzione, si riscontra in generale nei Paesi più ricchi, dove sembra anche più accentuata nelle donne rispetto agli uomini. La letteratura internazionale riporta spesso anche una relazione analoga rispetto al livello socio-economico individuale.

Secondo lo studio Passi, nel campione di interviste del triennio 2007-2009, le percentuali più elevate di soggetti sovrappeso od obesi in età 18-69 anni, si registrano nelle Asl di Grosseto, Lucca e Massa-Carrara, mentre il valore più basso si ha nella Asl di Siena. La Figura riassume la distribuzione per la Toscana di tutti i dati per classe di età e senza distinzione di genere. Il livello di sovrappeso e obesità del 28% dei bambini di 8-9 anni, si riduce progressivamente fino alla fase dell'adolescenza (circa 15% tra 13 e 17 anni), per poi aumentare linearmente con l'età per raggiungere valori che superano il 50% tra gli ultracinquantenni. Dunque, la diffusione dell'obesità e sovrappeso in Toscana, sebbene non ancora epidemica, rappresenta già un chiaro problema di Sanità pubblica da affrontare.

Francesco Cipriani e Nadia Olimpì
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

CONTROCANTO

Serve un progetto meglio strutturato
di Valdo Flori *

Il fenomeno dell'obesità è ben noto: tutte le indagini ribadiscono che il problema è diffuso e in crescita, interessando tutte le fasce di età. Altrettanto noti sono i fattori di rischio che un eccesso ponderale nell'età infantile porterà a manifestarsi nell'età adulta. Ma il problema è poco percepito dagli interessati e in particolare dalle fami-

glie. Perché resiste ancora il mito del bambino "bello grasso e sano"? È evidente che c'è ancora molto da fare nella comunicazione di messaggi di buona salute e di buone pratiche alimentari: i progetti ci sono e ben fatti, ma troppo spesso rimangono sterili messaggi relegati a bellissimi

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ **Disabili: bonus a Vita indipendente**

La Regione Toscana ha assegnato ulteriori risorse alle 31 zone-distretto (circa 2,5 milioni di euro) per garantire la copertura finanziaria delle 12 mensilità del contributo dei progetti della Fase pilota di "Vita Indipendente". Per la predisposizione dei progetti è necessario definire modalità di presentazione e beneficiari del contributo, dare avvio alla "Fase pilota" annuale, costituire una Cabina di pilotaggio con la partecipazione di rappresentanti del mondo della disabilità individuati con decreto dirigenziale, prima di inserire la Vita Indipendente nella rete ordinaria dei servizi territoriali. (Delibera n. 1161 del 28/12/2010)

▼ **Specificità geografica: fondi alle Asl**

Assegnate le risorse per la progettazione di interesse regionale "il governo delle specificità geografiche: aree montane ed insulari" per l'anno 2010. Le risorse (circa 6,2 milioni di euro) saranno assegnate a ciascuna Azienda UsI in base ai progetti presentati entro il 10 di Dicembre 2010. Tra gli obiettivi del progetto quello di migliorare la fruibilità dei servizi, specie per le categorie deboli, in particolare anziani, molto presenti nelle zone montane e potenziare le strutture e le dotazioni tecnologiche degli ospedali. (Delibera n. 1143 del 28/12/2010)

ALL'INTERNO

Partnership pro-prevenzione
A PAG. 2

La cronicità va in autogestione
A PAG. 3

Valle del Serchio: ospedale unico
A PAG. 7

PREVENZIONE *La medicina di iniziativa nella pratica del medico di medicina generale*

Modulo Pontedera sul diabete

Con la chiamata attiva dei pazienti il controllo sale dal 33,8% al 92,1%

In sei mesi, grazie alla chiamata attiva dei pazienti, il controllo della popolazione diabetica nelle zone di Pontedera è passato dal 33,8% al 92,1%. È il risultato del "Modulo di Pontedera", progetto del Ccm iniziato a metà marzo con lo studio di 671 persone diagnosticate come diabetiche.

Il modulo di Pontedera, composto da due gruppi di medici di Medicina generale operanti in due sedi lavorative vicine ma distinte, forniscono complessivamente assistenza primaria a una popolazione di circa 11.000 persone (più di 1/3 degli abitanti del Comune di Pontedera). Nei registri informativi degli 8 Mmg componenti il Modulo erano diagnosticati come diabetici 671 persone, di cui 342 (51%) maschi e 329 (49%) femmine, con una età media di 69 anni, a fronte di un'età media della popolazione assistita di poco maggiore a 50 anni. L'incidenza della popolazione diabetica nota risultava pari al 6,5% degli assistiti con età superiore a 16 anni.

Al momento in cui è iniziato il progetto risultavano controllati, con presenza di regolari controlli di laboratorio, compreso un dosaggio dell'emoglobina glicata, 227 (33,8%) pazienti su 671, quindi 1/3 esatto di tale popolazione. È iniziato un programma di chiamata attiva, mediante contatto telefo-

nico o per passa-parola familiare, dei 2/3 dei diabetici che da tempo non si presentavano negli studi dei loro medici: gran parte di questi hanno risposto positivamente alla chiamata portando il numero dei "responders" a 618 (92,1%), mentre 53 (7,8%) hanno declinato l'invito "non responders". Ai pazienti che hanno aderito, è stato fissato, a piccoli gruppi, un appuntamento in ambulatorio, durante il quale è stato eseguito un prelievo di sangue, effettuata la misurazione del peso corporeo, della circonferenza vita, è stata fatta una adeguata informazione sullo stile di vita e alimentare da tenere, e anche sul corretto utilizzo del reflettometro.

Un progetto del Ccm avviato nel 2010 su 671 diagnosticati

L'emoglobina glicata media dei 618 "responders" è risultata pari a 7,3%. In particolare, 335 (54%) diabetici presentano una glicata al di sotto del 7%, 171 diabetici (27,6%) una glicata tra 7 e 8%, 112 (18,4%) al di sopra di 8%. Sono in trattamento con farmaci antidiabetici 463 pazienti, pari al 75% del totale. I pazienti con glicata alta (in particolare quelli con valori superiori a 8) sono già stati invitati a nuovi controlli per valutare l'efficacia dell'azione educativa effettuata e dei nuovi presidi farmacologici impiegati.

È noto che un diabetico che abbia come fattori di rischio aggiuntivi anche l'iperten-

sione arteriosa e/o l'ipercolesterolemia e/o il fumo di sigaretta vede crescere in maniera esponenziale la probabilità di incorrere in un accidente cardio o cerebro-vascolare. "Attaccare" dislipidemia, pressione arteriosa e glicemia con la stessa intensità potrebbe non essere l'approccio migliore: ci sono forti evidenze, in termini di riduzione del rischio, che portare i valori di colesterolo al giusto target è assai importante, che abbassare la pressione arteriosa sotto i valori di 130/80 ha evidenze molto suggestive, mentre abbassare aggressivamente l'emoglobina glicata ha evidenze meno suggestive, soprattutto negli anziani, e nei Pazienti con malattia più avanzata, più lunga durata di malattia e con terapia intensiva infruttuosa.

Check a largo raggio su dislipidemia, pressione e glicemia

Con queste premesse abbiamo controllato il valore del colesterolo nei nostri 618 pazienti diabetici "responders": di questi soltanto 139 (23%) hanno valori di Ldl-C inferiori a 100 mg%, 376 (61%) evidenziano valori di Ldl-C superiori a 100 mg%, mentre di una quota di 103 (16%) manca il dato relativo a questo parametro.

Le statine sono state somministrate a 236 (38%) pazienti diabetici. Con tutti i limiti di una esposizione provvisoria ed incompleta, circa il 60% dei pazienti diabetici è iperteso

e assume farmaci per il controllo pressorio, i valori di pressione arteriosa al di sotto di 130/80 mmHg sono raggiunti nel 46%, il 31% ha valori tra 130 e 140 per la sistolica, e il 23% ha valori superiori a 140/90.

Dall'analisi di questi primi dati sui pazienti affetti da diabete mellito, si capisce l'importanza di un progetto di medicina di iniziativa che si rivolge a quella grossa parte di pazienti che altrimenti sarebbero sfuggiti ai giusti controlli (solo 1/3 dei diabetici lo erano all'inizio del progetto), e di cui non sarà facile nel futuro mantenere la compliance, quantomeno con le altissime percentuali raggiunte in questa fase di avvio.

Va anche sottolineato che al momento sono state poste in atto proposte terapeutiche maggiormente volte al controllo dei valori glicemici e pressori, piuttosto che al controllo di altri fattori di rischio come l'ipercolesterolemia. E infine, un'azione ancora più incisiva può essere intrapresa verso i fumatori attivi ancora numerosi tra i pazienti diabetici.

Andrea Modesti
Mmg coordinatore del modulo Pontedera
Katia Cenori
Infermiera dell'Asl 5
assegnata al modulo Pontedera

LE ASSOCIAZIONI DI PATOLOGIA PARTNER DEL PERCORSO

E la Asl 3 di Pistoia conta sui pazienti esperti

La Sanità di iniziativa prevede per il cittadino utente un ruolo fondamentale nella promozione, programmazione e organizzazione degli interventi necessari per la corretta gestione delle patologie croniche.

In tal senso, l'Azienda Usl 3 di Pistoia, ha scelto di coinvolgere direttamente gli utenti e in primo luogo le Associazioni di patologia, nella individuazione e realizzazione dei percorsi aziendali per la gestione delle principali patologie croniche, obiettivo strategico del Psr 2008-2010.

Il supporto alle decisioni operative è costituito da "Percorsi assistenziali" che vengono attuati con modalità organizzative in grado di garantire tempestivamente all'utente, in forme coordinate, integrate e programmate, l'accesso informato e la fruizione appropriata e dei servizi

di Zona e dei servizi ospedalieri in rete.

Se è vero che la gestione della cronicità sarà nel breve futuro la vera sfida per il nostro sistema sanitario, un approccio ai problemi di salute condiviso tra i vari protagonisti (personale sanitario, rappresentanti delle istituzioni pubbliche e cittadini-utenti) permetterà di prevenire l'insorgenza delle malattie croniche e/o di influenzarne la progressione e ridurre le complicanze garantendo inoltre un accesso equo ed universalistico ai servizi socio-sanitari.

Nel territorio della Asl 3 l'Associazione pazienti diabetici risulta molto attiva e, attraverso l'impegno di "pazienti esperti", assicura una presenza costante in occasione di

manifestazioni o eventi educativi rivolti alla comunità locale. L'azienda Usl 3 di Pistoia ha richiesto la collaborazione dell'associazione in una prima fase per la progettazione del percorso di patologia, poi nella fase di costruzione di strumenti utili alla gestione della malattia (il libretto personale di patologia) e infine nella fase operativa con la progettazione e realizzazione di interventi di counselling di gruppo finalizzati alla acquisizione di competenze per la miglior gestione della patologia diabetica da parte delle persone che ne sono affette.

La realizzazione degli incontri di gruppo ha coinvolto inizialmente due Moduli.

Sono stati contattati complessivamente 20 assistiti diabetici che in

precedenza avevano manifestato il desiderio di partecipare a eventi educativi e sono stati organizzati due incontri nei mesi di ottobre e novembre; erano presenti anche i due infermieri dei Moduli della Zona distretto pistoiese, il medico di comunità referente dei Moduli, il responsabile della Uo Attività infermieristica territoriale e tre diabetici guida dell'Associazione diabetici Pistoiesi. I principali temi trattati negli incontri sono stati i seguenti: istruzioni per l'uso del glucometro e per il suo utilizzo nella gestione della patologia; piede diabetico (per imparare a riconoscerne segni e sintomi e mettere in pratica le opportune norme d'igiene del piede).

Dopo una breve presentazione dell'evento da parte del medico di

comunità, l'associazione ha affrontato i temi in questione cercando il coinvolgimento attivo dei pazienti attraverso domande e dimostrazioni pratiche. Al termine degli incontri è stato somministrato un questionario di gradimento con valutazioni molto positive.

Tutti i partecipanti hanno espresso il desiderio di ripetere quest'esperienza e prossimamente l'Azienda e l'Associazione diabetici definiranno le modalità per estenderlo agli altri moduli già attivati e a quelli in fase di estensione.

Roberta Salvadori
Medico di comunità (Asl 3)
Roberto Torselli
Referente Asl 3
per la Sanità d'iniziativa
Antonio Mazzinghi
Presidente
Associazione diabetici pistoiese

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

poster poco pubblicizzati. Da quando l'obiettivo della lotta all'eccesso ponderale è entrato nel mirino della Sanità toscana, molte azioni sono state intraprese, ma spesso si è trattato di iniziative svincolate da un progetto assistenziale ben strutturato. La lotta all'eccesso ponderale (l'epidemia silenziosa del terzo millennio) non si vince da soli, ma occorre l'intervento coordinato di vari attori, sia all'interno che fuori il pianeta Sanità: un anello mancante inizia l'azione degli altri attori. È indispensabile il supporto della Scuola, che rappresenta il momento di socializzazione nell'età infantile e quindi il luogo ideale per gli interventi di educazione sanitaria, di applicazione e sostegno al cambiamento

dello stile di vita dei ragazzi, nonché delle loro famiglie. Anche le Società sportive possono svolgere un ruolo determinante a promuovere la cultura dell'attività motoria, non limitandosi a sviluppare quasi esclusivamente l'obiettivo della ricerca del risultato sportivo.

Il pediatra non può che rappresentare il punto di riferimento di qualsiasi progetto assistenziale che interessi il bambino/adolescente, in particolare la lotta all'obesità, dove il rapporto di fiducia tra medico-famiglia, rappresenta l'elemento essenziale per poter ottenere i risultati. Da circa un anno è in atto un progetto assistenziale con i Pediatri di famiglia nell'ambito della medicina di iniziativa, limitato alla pre-

sa in carico del soggetto con eccesso ponderale dei 10 anni. Ci sono da superare tante criticità: la scarsa determinazione degli operatori sanitari, la mancanza di secondi livelli di consulenza pediatrica nel territorio, la difficoltà della raccolta dei dati ecc... Ma è proprio il superamento di queste criticità che potrà portare a centrare gli obiettivi che il Psr si è previsto, considerando il progetto non il punto di arrivo, ma di partenza per vincere la sfida dell'obesità, tenendo presente che ogni intervento nell'età pediatrica è un investimento sicuro per il futuro della Società.

* Pediatra di Famiglia,
Fimp (Federazione italiana medici
pediatri) Toscana

Già operativi... (segue dalla prima pagina)

persone che pranzano fuori casa per favorire il consumo di prodotti sani, freschi e locali, così come gli accordi stipulati per migliorare la qualità dei cibi nelle mense pubbliche e quelli che consentono di portare frutta fresca locale direttamente nelle scuole primarie e secondarie. E rivolta alla popolazione generale è anche l'iniziativa della Piramide alimentare toscana, prodotto dal lavoro e collaborazione di Enti e istituti tutti toscani, a difesa della salute e dei prodotti tipici locali. Sforzi importanti, praticabili solo con un'organizzazione inter-settoriale delle competenze e professionalità. Con il coinvolgimento di settori non solo sanitari, ma anche dello sviluppo economico, dell'istruzione, della viabilità, per citarne alcuni, secondo i

principi e le indicazioni più moderne della "salute in tutte le politiche".

E quando le misure di prevenzione non riescono a fare fronte a tutto, nella nostra regione oggi i casi di obesità conclamata possono trovare aiuto nei servizi specifici diffusi capillarmente nelle Asl e, per i casi più complessi, nelle Aziende ospedaliere-universitarie, come nel caso del neonato Istituito europeo per la prevenzione e terapia dell'obesità dell'Aou pisana. Un lavoro di gruppo, via obbligata per affrontare un problema che le statistiche prevedono ci impegnerà sempre più nei prossimi anni.

* Responsabile
del Settore Igiene pubblica,
Regione Toscana

PREVENZIONE Esperienza della Asl 6 di Livorno con i programmi dell'Università di Stanford

Cronicità in «autogestione»



Undici corsi per educare 160 pazienti - Pronti in Regione 28 operatori

Lo sviluppo teorico e metodologico dell'educazione ai pazienti cronici ha ormai una storia di decenni. Il centro di eccellenza è il Patient education research center (Perc) dell'Università di Stanford, diretto da Kate Lorig, che attualmente propone un Programma generale di autogestione delle malattie croniche (Pamc) e alcuni programmi specifici (diabete, Aids, artrite e pazienti sopravvissuti con cancro), partendo dalla valutazione che molti dei problemi inerenti la cronicità sono simili. I programmi di autogestione sviluppati a Stanford sono adottati negli Usa, in Canada, Australia, Regno Unito, Danimarca, Norvegia, Cina, Giappone. Nel nostro Paese una prima esperienza di adozione del Pamc è stata realizzata nella Usl 7 di Siena, con

Nel 2011 saranno coinvolti 500 malati in tutto il territorio

l'acquisizione della Licenza d'uso del Programma e la realizzazione di due corsi per pazienti nel 2004 da Bagaggiolo e Trapè. Nel 2009, il testimone è passato alla Usl 6 di Livorno, che nello sviluppo del Progetto Sanità d'iniziativa, ha concordato con Kate Lorig un piano che prevedeva la partecipazione, a Dicembre 2009, di un medico di comunità al Corso per conduttori e formatori per i due programmi a Stanford e la realizzazione successiva a giugno 2010 di un Corso analogo in

loco, con un docente proveniente da Melbourne, che aveva esperienza diretta nell'implementazione del Programma con la comunità italiana in quella città. A giugno 2010 sono stati formati 28 operatori, di cui 18 dell'Azienda Usl 6, 6 dell'Azienda Usl 7, due della 4 e due della 11. Nella Usl 6 sono stati coinvolti circa 160 pazienti, in 11 Corsi di cui 7 per il Programma malattie croniche e 3 per il Programma Diabete. Le altre Usl stanno acquisendo la licenza d'uso e verosimilmente avvieranno corsi dall'inizio del 2011: ciò porterà il numero dei pazienti complessivamente coinvolti a circa 500 e permetterà di avere almeno 24 operatori con qualifica di formatori. Non ci sono ancora dati oggettivi di valutazione, ma la soggettività dei conduttori indica una partecipazione entusiasta e riscontri di efficacia, che, pur nella necessità di quantificazione, inducono a continuare nello sviluppo dei Programmi.

L'implementazione dei programmi sviluppati dal Perc va valutata rispetto ad alcuni punti sostanziali: la possibilità di replicare i risultati in un contesto culturale e organizzativo diverso presuppone uno studio valutativo. L'esperienza fatta ha finora messo in luce la necessità di un processo sistematico, l'opportunità di inserire i programmi nel contesto della

rete istituzionale dei servizi e nella rete comunitaria, in collaborazione con i professionisti, con le associazioni, con le Istituzioni locali. Ciò per garantire: efficacia dell'arruolamento dei pazienti - che coinvolga chi ha necessità di un percorso di supporto all'autogestione e non chi è "culturalmente attrezzato" e orientato verso queste esperienze; individuazione di sedi per lo svolgimento dei programmi - che ne garantiscano la visibilità dei programmi; infine, l'arruolamento di pazienti cronici disponibili a divenire conduttori dei programmi - fattore chiave per la sostenibilità e soprattutto per la capacità dei programmi di risultare davvero interventi di empowerment individuale e comunitario.

Le malattie croniche richiedono un cambiamento dell'approccio tradizionale all'assistenza sanitaria e la costruzione di un rapporto di collaborazione tra il paziente e professionisti organizzati in team. Nelle esperienze più avanzate si parla di pianificazione collaborativa dell'assistenza, con pazienti informati, chiamati a esprimere i propri obiettivi e preferenze, e responsabilizzati rispetto ai risultati. L'insieme di questi compiti è definito autogestione delle malattie croniche e il supporto all'autogestione deve tener conto della complessità dei compiti che l'autogestione implica.

I programmi si basano su alcuni assunti teorici e metodologici, primo tra tutti il concetto di auto-efficacia,

sviluppato da Albert Bandura (direttore Dipartimento psicologia, Università di Stanford) che individua come auto-efficacia la convinzione che ciascuna persona ha sulla possibilità di produrre azioni che incidano sugli eventi della propria vita. L'auto-efficacia determina il modo in cui le persone si auto-motivano e si comportano, in particolare, determina la capacità di adottare un comportamento positivo per la salute, l'impegno e la capacità di persistere di fronte a problemi, ostacoli o fallimenti. Per determinare la capacità di auto-efficacia esistono quattro elementi, in ordine di importanza: l'esperienza diretta, l'apprendimento vicario (cioè attraverso altri, che costituiscono modelli), la persuasione verbale e le modificazioni fisiologiche. Un intervento educativo è tanto più efficace quanto più utilizza l'esperienza diretta o l'esperienza vicaria per promuovere l'auto-efficacia dei partecipanti.

Questa base teorica spiega un aspetto importante dei programmi, e cioè che il processo con cui i programmi sono insegnati è altrettanto, se non più, importante dei contenuti forniti. Inoltre al fine di garantire l'efficacia i programmi sono rigidamente strutturati per essere applicati fedelmente da due conduttori forma-

ti con un corso di addestramento molto rigoroso. Tra i contenuti principali: il ciclo dei sintomi, il dolore, la fatica, la mancanza di respiro, le emozioni difficili, l'alimentazione, l'attività fisica, la comunicazione, la collaborazione con il sistema e gli operatori sanitari, il pensiero positivo, i farmaci. Nel programma specifico sul diabete vi sono naturalmente contenuti relativi al controllo della glicemia, alla prevenzione delle complicanze, una maggiore enfasi sull'alimentazione con la lettura delle etichette nutrizionali, la programmazione di un menù sano, i grassi nell'alimentazione dello stress, l'ipoglicemia, il controllo del piede, e le strategie per i giorni di malattia. La metodologia è attiva e partecipativa, ma anche fortemente strutturata nella gestione del tempo e del gruppo, con uso di tecniche di brainstorming, problem solving e discussione guidata.

Utilizzate tecniche di brainstorming e discussione guidata

Donatella Paggiacci
Medico di comunità Asl 6 Livorno, referente Progetto Sanità d'iniziativa, conduttore e formatore dei Programmi di autogestione delle malattie croniche e dei Programmi di autogestione del Diabete dell'Università di Stanford

IL MODELLO «LA ROSA»

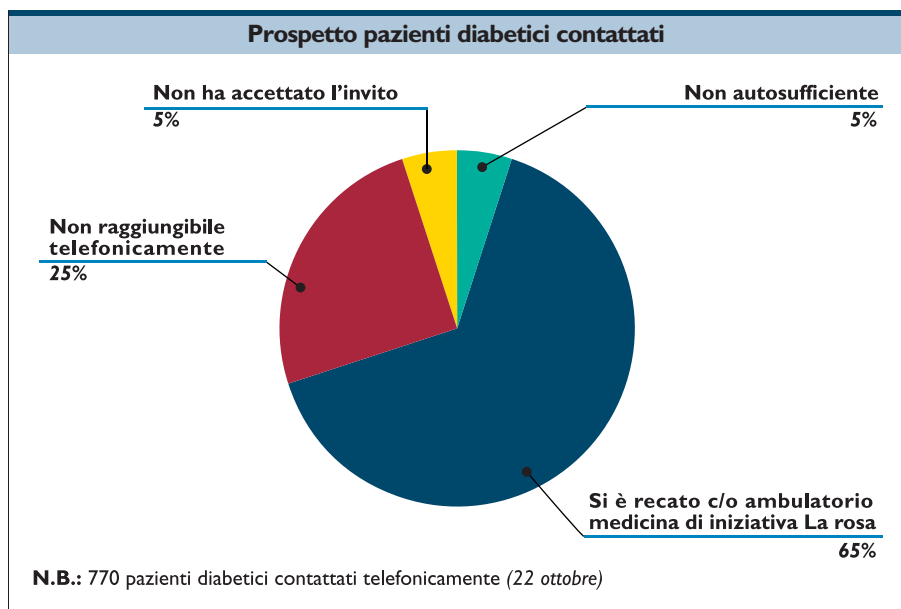
La Casa della Salute della La Rosa di Terricciola (PI) in oltre 4 anni di attività è riuscita a realizzare presso il presidio distrettuale «La Rosa» un punto di riferimento socio-sanitario per tutti i cittadini residenti in un territorio collinare, a bassa densità di popolazione, comprendente 5 comuni dell'Alta Valdera rappresentando per essi un'importante risposta alle esigenze di assistenza territoriale.

Presso il presidio distrettuale «La Rosa», grazie alla presenza per le 12 ore diurne dei giorni feriali di un Mmg, si è sviluppato, e ormai consolidato, un vero lavoro di équipe, con una reale integrazione tra le diverse figure professionali operanti nella sede partendo da un progetto di Unità di cure primarie, finalizzato principalmente a garantire un servizio di Primo soccorso, e sviluppatosi nel dare risposte di assistenza territoriale integrata, per 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana.

Dal 2009, con l'adesione al progetto sperimentale del ministero della Salute "Casa della salute" si è iniziato a progettare la Medicina d'iniziativa, che si è realizzata, secondo le indicazioni del progetto regionale sulla Sanità d'iniziativa, nel Modulo «La Rosa» che ha una popolazione di riferimento di circa 18.500 assistiti, dei quali ben 5.140 ultrasessantacinquenni. Fino a oggi sono stati valutati 500 pazienti, contattati dall'infermiera dedicata, la quale oltre alla rilevazione di alcuni parametri previsti, ha applicato il supporto all'auto cura, utilizzando il metodo del "Counselling".

L'infermiere esperto, con una buona preparazione al "counselling" come strumento di lavoro, trova un nuovo approccio relazionale con il paziente cronico sia come prevenzione che come cura. Infatti il "counselling" è diretto ad aiutare il paziente in un momento di crisi, a incoraggiare cambiamenti nel suo stile di vita, se necessario, proponendo azioni e comportamenti realistici con l'obiettivo principale di for-

L'importanza del counselling



nire il supporto necessario a fronteggiare la vasta gamma di aspetti psicosociali connessi alla malattia.

Per il medico e l'infermiere, il "counselling" promuove l'utilizzo di varie forme di comunicazione, amplia la visione dell'uomo non solo come corpo che manifesta dei sintomi, delle alterazioni, delle patologie, ma come individuo sociale che manifesta se stesso con tutto il suo essere, ne favorisce l'utilizzo al meglio delle risorse residue e lo motiva al benessere e alla presa in carico di sé per la promozione della propria salute (proattiva). Fare "counselling" vuol dire, soprattutto, trasmet-

tere capacità di sapere, saper fare e saper essere.

Il modulo «La Rosa» ha dedicato ampio spazio a questo straordinario strumento.

L'infermiera della Medicina d'iniziativa ha dedicato alla visita/valutazione infermieristica 30 minuti a ciascuno dei 500 assistiti contattati personalmente telefonicamente e successivamente presi in carico presso l'ambulatorio situato all'interno del Distretto. La visita si può suddividere in cinque parti: 1) presentazioni, 2) breve stato di salute, 3) rilevazione di alcuni parametri e inserimento dati nella cartella informatizzata nel programma del Mmg in rete con

il collaboratore in sede, 4) gestione riflettometro e consigli alimentari, esercizio fisico, 5) ascoltare e cercare di trovare insieme al paziente la soluzione ottimale per superare gli eventuali ostacoli che impediscono una corretta alimentazione, oppure l'assunzione di farmaci, e la difficoltà a compiere esercizi fisici anch'essi importanti per la gestione della malattia diabetica.

È prematuro fare un bilancio in così breve tempo, ci permettiamo però di sottolineare che alcuni pazienti hanno accettato un percorso diagnostico e strumentali che non effettuavano da anni. Ovviamente non abbiamo dati di una ricaduta positiva né sui parametri di laboratorio (glicemia ed emoglobina glicata) né relativamente alla Cv, trattandosi della prima convocazione a visita presso il nostro ambulatorio. Sicuramente l'alta adesione ad accettare l'invito ci permette di ipotizzare un ottimo risultato, con la metodica utilizzata sia telefonicamente che ambulatorialmente, superando anche la difficoltà delle distanze chilometriche che ci separano dai nostri assistiti, anche di oltre venti chilometri, distanze ostacolate dalla totale assenza di mezzi di trasporto pubblici e di servizi navetta all'interno del territorio interessato. Buono però il servizio delle Associazioni di volontariato che spesso hanno accompagnato le persone al nostro ambulatorio. Abbiamo anche la positiva percezione che i pazienti hanno riferito al proprio Mmg, con manifestazioni di approvazione e soddisfazione nei riguardi di questo innovativo servizio.

Stefano Moscardini
Medico di Medicina Generale, Coordinatore Modulo La Rosa Casa della Salute
Stefania Filippi
Infermiera, Azienda Usl 5 di Pisa, Attività territoriali Zona Valdera

COMUNICAZIONE Vademecum sul ruolo degli addetti stampa nelle aziende sanitarie



Asl trasparenti per i media

Anche le notizie più critiche vanno raccontate senza nascondere nulla

Gioalalisti al servizio dei media, capaci di rappresentare al meglio tutte le informazioni, nel bene e nel male, generate dall'azienda sanitaria in una operazione di trasparenza che consenta ai cittadini di saperne più e meglio. In poche parole «un giornalista alle dipendenze dell'azienda, che risponde come tutti al direttore generale ma che, dal punto di vista professionale, si pone al servizio dei mezzi di informazione». Una definizione, questa, data dall'addetto stampa dell'Asl di Arezzo, Pierluigi Amorini, in cui certamente i giornalisti impegnati quotidianamente nelle aziende sanitarie toscane si riconoscono. Giornalisti, dunque, a servizio dei media: non impiegati amministrativi, né "muro" per nascondere la verità, né distributori di miele.

In questa pagina viene fornito il quadro elementare sulle norme (legislative e deontologiche) che regolano questa professione, ma di pagine ne occorrerebbero molte per raccontare il lavoro degli uffici stampa Asl: vittorie e sconfitte, cattivi esempi e buone pratiche. Fra queste il caso del 118 di Arezzo. Fino a qualche anno fa, scrive il responsabile dell'ufficio stampa, il rapporto fra 118 e media era confuso, spesso conflittuale. Nel giro quotidiano di cronaca i redattori chiamavano più volte, durante il giorno, la centrale operativa e questo creava disagio fra gli operatori sanitari della centrale, costretti a ripetere più volte le stesse informazioni e distolti dal loro lavoro. I giornalisti ottenevano risposte non uniformi, modalità di narrazioni diversificate. E il giorno dopo, sulle cronache, non mancavano imprecisioni né giudizi pesanti, e senza contraddittorio, sull'azienda. Grave il danno all'immagine e pesanti le ripercussioni anche sul piano politico. Il 118 finiva in cronaca solo nelle narrazioni di "malasanità".

L'ufficio stampa ha cercato una modalità diversa istituendo un servizio h 24 gestito via telefono o mail: bene istruiti su cosa, per i giornalisti, è "notizia", gli operatori 118 adesso sanno cosa fare quando una "notizia" si verifica davvero: chiamano subito l'ufficio stampa fornendo i dati essenziali. Il giornalista "soppesa" il valore della notizia, la invia ai cronisti segnalati dalle testate locali. Con queste modalità le redazioni hanno la notizia in tempo reale, possono decidere come muoversi; per approfondimenti non chiamano il 118 ma l'ufficio stampa che rende noti anche eventuali "incidenti di percorso" aumentando così non solo la propria credibilità ma anche quella dell'azienda. Il "metodo 118" è stato poi applicato a tutti i settori aziendali. «Non nascondere le criticità - sintetizza l'addetto stampa - per essere credibili e avere spazio quando raccontiamo le eccellenze».

Un altro "caso" (Tbc in un centro provvisorio per accoglienza profughi) viene raccontato dalla collega di Grosseto, arrivata in servizio dopo lo scoppio del caso. La stampa ne era venuta a conoscenza in



Dalla «Carta» del 2002 le norme per informare bene

Secundo la «Carta» del 2002 in ogni ufficio stampa della pubblica amministrazione «si concretizza lo scambio informativo tra l'istituzione e i cittadini». Due le direzioni: il giornalista «racconta» l'ente all'esterno e porta, all'interno, le esigenze dei cittadini. Da qui le due tipologie di ogni attività giornalistica di base in un ufficio stampa: i comunicati e la rassegna. Avendo il dovere di informare «in maniera obiettiva e accurata», il giornalista non può confondere il suo lavoro con una «informazione personalistica e subordinata all'immagine». Tra i doveri «l'obbligo di difendere la propria autonomia e la propria credibilità professionale» a cui si aggiunge un altro imperativo: «Tenere distinta l'informazione da altre attività di comunicazione e promozione».

Un giornalista di un ufficio stampa istituzio-

nale «non può assumere collaborazioni, incarichi o responsabilità che possano comunque inficiare la sua funzione di imparziale e attendibile operatore dell'informazione». Fra le norme sul rapporto fra media/malattia anche quella secondo cui informazione e divulgazione «devono contenere tutti gli elementi necessari a non creare false aspettative nei malati e negli utenti e devono essere distinte, in maniera evidente e inequivocabile, da ogni possibile forma di pubblicità sanitaria». Esistono anche altri doveri: il giornalista tutela i diritti dei malati, non diffonde notizie sanitarie che non possano essere controllate con fonti scientifiche, non cita il nome commerciale di farmaci ma fornisce subito il nome commerciale dei prodotti farmaceutici ritirati o sospesi perché nocivi alla salute.

modo indiretto ed era scoppiato il finimondo con le istituzioni accusate di aver taciuto una notizia così grave. Evidente - commenta la collega - «il peso anche politico, anche sociale, di una notizia del genere lasciata a sé stessa». Il suo lavoro, a quel punto e senza che la notizia fosse stata "gestita" prima, fu quello di «recuperare un rapporto di fiducia tra Asl e media». Senza nascondere nulla, ma

raccontando con la dovuta correttezza e facendo lavorare la professionalità anche giornalistica: la situazione tornò alla normalità e il "caso" successivo (la febbre suina) trovò tutti più preparati.

pagina a cura di
Mauro Banchini
Agenzia toscana notizie

LA DEONTOLOGIA

Il peso dell'etica

Fra i giornalisti (e non solo) certo non mancano le norme deontologiche: quelle su cui, spesso, si fanno nobili convegni. Nel sito dell'Ordine se ne contano undici. Molte sono settoriali fra cui due che qui interessano in modo specifico: la cosiddetta «Carta di Perugia» sul rapporto tra informazione e malattia (13 articoli siglati nel gennaio 1995 dagli Ordini professionali di medici, psicologi e giornalisti); e la «Carta dei doveri del giornalista degli uffici stampa» (documento approvato dall'Ordine giornalisti 9 anni fa).

Non mancano le belle (anzi: le splendide) parole in tutti gli undici documenti il primo dei quali risale al luglio 1993 citando non solo la Costituzione (art. 21) ma anche la legge ordinistica varata mezzo secolo fa secondo cui ogni giornalista ha un «diritto insopprimibile» ma anche un «obbligo inderogabile». E quelle parole restano la base deontologica migliore: il diritto riguarda la «libertà di informazione e di critica» mentre l'obbligo è sulla necessità di rispettare «la verità sostanziale dei fatti». C'è poi l'obbligo a «rispettare, coltivare e difendere il diritto all'informazione di tutti i cittadini»; la precisazione che il giornalista «ricerca e diffonde ogni notizia che ritenga di pubblico interesse, nel rispetto della verità e con la maggiore accuratezza possibile». E c'è una sottolineatura circa l'obbligo, per il giornalista, di «ricercare e diffondere le notizie di pubblico interesse nonostante gli ostacoli che possano essere frapposti al suo lavoro» compreso l'invito a compiere «ogni sforzo per garantire al cittadino la conoscenza e il controllo degli atti pubblici».

Nelle carte deontologiche il linguaggio è spesso roboante, al limite della retorica. Ma trattandosi di un bene prezioso come la libertà dell'informazione è bene ogni tanto puntarci l'occhio. E magari anche la penna (o il mouse).

COSA PREVEDE LA LEGGE 150/2000

Dall'Urp ai giornalisti, ecco chi comunica nelle Pa

È la madre di tutte le leggi, la norma fondamentale che disciplina le attività di «informazione» e di «comunicazione» nelle pubbliche amministrazioni di tutta Italia. È entrata nell'undicesimo anno di vita (pubblicata in Gazzetta nel giugno 2000) ed è la norma più citata quando qualche ente pubblico indice un concorso per assumere giornalisti. Al di là di questo è abbastanza sconosciuta. Per cui non è male parlarne.

La legge 150/2000 detta i principi fondamentali rimandando a quelli - molto in voga nel decennio di rottura della cosiddetta "prima repubblica" - legati alla «trasparenza» della Pubblica amministrazione con particolare riferimento al diritto del cittadino nell'ottenere informazioni il più possibile corrette e non propagandistiche su come la sua delega, il suo voto viene esercitato e utilizzato, sia dalla classe politica che dal ceto burocratico. Da notare che la legge esordisce richiamando non solo le norme, chiamiamole così, restrittive

rispetto alla libertà di informazione, cioè quelle sul segreto d'ufficio e sulla privacy, ma anche le norme «estensive».

A questo proposito viene data copertura legislativa alle «carte deontologiche», fra cui quelle riguardanti la professione del giornalista. Nessuno può dimenticare che un giornalista, in quanto tale, ha l'obbligo di ricercare «la verità sostanziale dei fatti» subordinando la sua responsabilità solo all'interesse del cittadino e mai all'interesse delle altre parti in causa (siano l'editore, la dirigenza burocratica, il ceto politico). Fondamentale, nella 150, la separazione fra attività di informazione (quelle svolte attraverso i media, di qualunque tipo) e di comunicazione (rivolte direttamente ai cittadini e dunque senza mediazione di testate giornalistiche). La comunicazione può essere esterna e interna. Tanto per essere chiari: fare

campagne pubblicitarie, dare informazioni dirette ai cittadini, inviare messaggi di utilità sociale, promuovere l'immagine dell'ente, partecipare a fiere, organizzare «eventi» rientra fra le attività di comunicazione. Scrivere comunicati stampa, lavorare in una testata giornalistica, interagire con i giornalisti esterni, gestire i flussi di informazione in entrata e in uscita (a esempio con le agenzie stampa) significa stare nell'ambito della informazione.

Le prime attività, quelle di comunicazione, sono affidate agli Urp e ad altri sportelli (per i cittadini, per le imprese, polifunzionali) mentre le altre (informazione) sono di spettanza di due strutture specifiche: l'ufficio stampa e il portavoce. Tutte le amministrazioni pubbliche (aziende sanitarie comprese) «possono» dotarsi di un ufficio stampa. Possono farlo anche «in forma associata». Ma se decidono di farlo, il

personale «deve» essere iscritto all'Albo giornalisti tenuto dal relativo Ordine professionale. Pubblicisti o professionisti che siano, i lavoratori in un ufficio stampa devono essere giornalisti e, dunque, sottostare alle regole - anche deontologiche - della professione. Una di queste, a esempio, sta nel fatto che un giornalista prende indicazioni soltanto dalle gerarchie della sua professione (al vertice della gerarchia è il «capo dell'ufficio stampa»: anch'esso, sempre e comunque, un giornalista professionista).

Da un punto di vista contrattuale - e qui la 150 è tutt'ora inapplicata - tutto, a livello nazionale, è rinviato a una «speciale area di contrattazione». In Aran (Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni) non mancano problemi, causati anche da difficoltà fra i sindacati confederali e l'unico sindacato dei giornalisti

(la Fnsi) che la legge 150 cita in modo esplicito, ma che i «confederali» hanno qualche remora a riconoscere.

Nel frattempo tutte le Regioni italiane, per i loro giornalisti, hanno legiferato (in Toscana, ad esempio, sono nate speciali «Agenzie» di informazione e per i suoi giornalisti il contratto di lavoro è quello giornalistico) mentre dal 2001 tutti i giornalisti che lavorano in qualunque amministrazione pubblica italiana devono essere trattati, dal punto di vista previdenziale, con le specifiche norme dell'Istituto di categoria (l'Inpgi).

L'altra figura che svolge attività di informazione è il «portavoce». Figura non obbligatoria. Figura che affianca «l'organo di vertice della pubblica amministrazione» con il compito di «diretta collaborazione» rispetto ai media. Può, il portavoce, anche non essere un giornalista. Ed è, il portavoce, persona «di fiducia» con indennità (in genere elevata) «determinata dall'organo di vertice».

LUCCA

Valle del Serchio: accordo sulla sostituzione delle due strutture attuali

Ospedale unico in cantiere



«Sì» di sindaci e Regione allo studio di fattibilità: scelte finali entro l'estate

Accordo pieno tra Regione Toscana e Conferenza dei sindaci dell'Asl 2 Lucca sull'opportunità di realizzare il nuovo ospedale unico della Valle del Serchio, in sostituzione degli attuali stabilimenti di Barga e Castelnuovo Garfagnana. La volontà comune è stata espressa il 20 gennaio nel corso della seduta della Conferenza dei sindaci che si è svolta a Castelnuovo, nella sede della Comunità montana della Garfagnana, con la partecipazione dell'assessore regionale alla Salute.

E in quella sede è stata ribadita la piena disponibilità, già espressa in un incontro in

Regione lo scorso 30 dicembre, ad attivare un percorso che parta da una valutazione delle esigenze e dei bisogni di salute della popolazione della Valle del Serchio per arrivare alla realizzazione di una nuova struttura ospedaliera, che lavori in maniera integrata con l'ospedale che sta sorgendo a Lucca.

I passaggi necessari sono quelli di individuare il fabbisogno finanziario, la collocazione della nuova struttura e il riutilizzo delle strutture che verranno dimesse. Nei loro interventi gli amministratori della Valle hanno evidenziato l'importanza di stabilire - prima anco-

ra della localizzazione - i tempi dell'operazione, che tipo di ospedale potrà essere realizzato e con quali risorse. Tutti d'accordo i sindaci sulla necessità di darsi tempi ben precisi. Solo così potrà infatti avere un seguito - è stato sottolineato nel corso della riunione - la decisione storica assunta nella riunione del 29 ottobre 2010, quando era stato votato all'unanimità un ordine del giorno in cui era stata espressa la volontà da parte di tutti i 21 sindaci della Valle del Serchio di realizzare l'ospedale unico, per guardare al futuro e per garantire servizi sanitari sempre più adeguati alle neces-

sità della popolazione. In seguito lo stesso ordine del giorno era stato fatto proprio e approvato da tutta la Conferenza dei sindaci, quindi anche dagli amministratori della Piana di Lucca.

Adesso è però indispensabile entrare in una fase più operativa e nella seduta è stato concordato di effettuare prima dell'estate una valutazione tecnico-economica, sulla base della quale completare il percorso decisionale.

Sirio del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

LUCCA/2

Tumori: laparoscopia prima scelta nel trattamento del 90% dei casi

Importanti novità nella chirurgia generale dell'ospedale di Lucca, dove è stata implementata dal primario Andrea Carobbi l'attività laparoscopica, che determina rilevanti vantaggi per i pazienti.

I risultati degli interventi di chirurgia oncologica maggiore effettuati negli anni 2009 e 2010 dimostrano che il livello qualitativo espresso è stato eccellente anche

nell'asportazione dei tumori più difficili. Per i tumori dell'esofago, fegato e pancreas, notoriamente trattati solo in centri di alta specializzazione,

sono stati ottenuti ottimi risultati. Carobbi e la sua squadra, tra l'altro, sono riusciti, in casi selezionati, ad applicare tecnologie innovative, con ulteriori rilevanti vantaggi per i pazienti.

Entrando più nello specifico, per quanto riguarda l'asportazione dei tumori dello stomaco Lucca detiene la casistica regionale maggiore di interventi radicali con approccio laparoscopico.

Rilevante anche l'attività

svolta per i tumori del pancreas, dove però è quasi sempre necessario l'approccio tradizionale. I risultati più importanti sono stati comunque ottenuti nel trattamento dei tumori dell'intestino, più comuni e meno complessi, per i quali le linee guida internazionali ormai riconoscono la metodica laparoscopica come più indicata. In questi casi l'ospedale di Lucca, in cui sono stati trattati in

laparoscopia il 90% dei tumori, è risultato essere il miglior centro regionale, superando gli specifici obiettivi di qualità indicati dalla Scuola superiore S. Anna di Pisa.

Inoltre, da alcuni mesi l'unità operativa di chirurgia generale di Lucca aderisce a un progetto pilota riguardante l'asportazione di organi e segmenti di intestino attraverso un solo foro.

In particolare il primario Carobbi, docente a contratto presso l'Università di Pisa, è noto proprio per le sue capacità nell'applicazione delle nuove tecnologie.

S.D.G.

Ufficio stampa Asl 2 Lucca

AREZZO

Colori e pittogrammi per muoversi facilmente tra i servizi del S. Donato

All'ospedale San Donato di Arezzo l'azienda sanitaria ha messo a punto e realizzato un nuovo sistema di orientamento, basato su una riorganizzazione degli accessi e su un sistema fatto di pochi numeri, pittogrammi e colori: così si può meglio capire dove ci troviamo, dove vogliamo andare e come possiamo raggiungere la nostra destinazione. L'ospedale San Donato è una struttura molto grande e complessa, costituita da una serie di padiglioni secondari e da un grande corpo centrale. Quest'ultimo si sviluppa su più piani e più settori.

Una complessità cresciuta negli anni con gli ampliamenti e le

modifiche organizzative a cui il nosocomio è stato via via sottoposto. Quindi non sempre è facile raggiungere il servizio o il reparto che interessa.

Grazie al nuovo sistema di orientamento, ogni settore si esplora muovendosi in verticale, mentre la scelta del settore di interesse e il passaggio da un settore all'altro, avviene esclusivamente al piano terra (livello 0) della struttura. Quindi, la prima indicazione per il visitatore è quella di percorrere il piano terra fino a individuare il settore in

cui si trova il servizio che lo interessa, per poi salire in verticale al piano ove questo è collocato. Il sistema di divisione in blocchi verticali dell'edificio canalizza il flusso delle persone direttamente al settore di interesse, riducendo la possibilità di smarrirsi o di creare "traffico interno".

Sono stati prodotti una serie di pittogrammi identificativi delle aree funzionali (reparti), delle destinazioni d'uso e delle tipologie d'utenza ai quali è riservato

l'accesso (ambulatori, degenze, diagnostiche...). E sono stati anche definiti i colori delle pareti e degli arredi che consentono di capire la destinazione d'uso degli ambienti in cui ci si trova: arancio per le aree ambulatoriali, giallo per le degenze, verde per le diagnostiche, rosso per le aree critiche, azzurro per i laboratori. Un sistema cromatico che è stato esteso anche negli altri presidi e distretti della provincia.

Un sistema che - secondo un'indagine regionale della gestione del rischio clinico - è risultato essere tra i migliori di quelli adottati dai vari ospedali toscani.

Pierluigi Amorini

Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

PISA

A Cisanello protesi al ginocchio con immagini in 3D tra Italia e Usa

A fine gennaio, nell'Unità operativa di ortopedia I universitaria di Cisanello diretta da Michele Lisanti, è stato eseguito uno dei primi impianti in Italia di protesi totale di ginocchio usando una nuova tecnica chirurgica che prevede l'utilizzo di maschere di taglio femorale e tibiale fatte su misura (custom made) per il ginocchio del paziente.

La protesi di ginocchio, vista la sua complessità articolare, è

da anni al centro di una continua evoluzione sia nel disegno protesico che nella tecnica chirurgica, e attualmente un chirurgo ortopedico che si vuole avvicinare a questo tipo di

chirurgia deve confrontarsi con tecniche operatorie altamente avanzate, che prevedono l'utilizzo di computer intraoperatorio per il corretto posizionamento protesico. Michele Lisanti, insieme alla sua équipe e al gruppo di Endocas, da anni svolge ricerca nella chirurgia computer assistita e delle tecniche ricostruttive tridimensionali.

Questa nuova tecnica è il sistema Visionaire (Smith/Nephew) che permette, mediante l'elaborazione dei dati acquisiti da una risonanza magnetica del

ginocchio del paziente, la progettazione personalizzata delle maschere di taglio così da essere perfettamente sicuri di poter impiantare la protesi in maniera anatomica. Le maschere sono stampate in 3D nei laboratori della Smith/Nephew di Memphis (Usa) e spedite al reparto di ortopedia pisano, pronte per essere utilizzate.

Questa tecnica chirurgica è un'evoluzione ulteriore dei sistemi di navigazione computerizzata che attualmente vengono usati per il posizionamento protesico. Il miglioramento sta nel fatto che con questo sistema lo studio morfometrico del ginocchio del pa-

ziente viene eseguito nelle settimane che precedono l'intervento, arrivando, così, in sala operatoria con un planning già definito e con una protesi fatta su misura per il paziente, riducendo al minimo i tempi chirurgici. Per la prima volta ci si trova così di fronte a un sistema di impianto protesico che può garantire risultati ottimali per il chirurgo, ma anche e soprattutto per il paziente.

Emanuela Del Mauro

Ufficio stampa Aou Pisa

IN BREVE

PRATO

Il 7 e il 14 febbraio si sono svolte, presso la sede del dipartimento di prevenzione dell'Asl 4 Prato, lezioni teoriche e pratiche per alimentaristi addetti alla preparazione di alimenti senza glutine. Il corso è stato organizzato dalle unità funzionali igiene degli alimenti e della nutrizione e formazione, educazione e promozione della salute dell'Asl 4 in collaborazione con Aic, Associazione nazionale celiachia. Lo scopo è stato incentivare i ristoratori a proporre, nei loro locali, alimenti per celiaci, anche secondo le indicazioni della Regione Toscana. Tra gli argomenti affrontati nozioni di base sulla malattia celiaca e adempimenti normativi, ma anche la parte pratica del corso guidato da un cuoco esperto nella preparazione di alimenti senza glutine.

AREZZO

Si rinnovano gli impianti radiologici all'ospedale di Sansepolcro: partiti i lavori per ristrutturare due delle quattro sale radiologiche del nosocomio. La prima sarà attrezzata con un nuovo ortopantomografo; la seconda sarà dotata di un nuovo apparecchio radiologico digitalizzato per la scheletrica. Secondo il cronoprogramma, i lavori dovrebbero essere ultimati entro il 18 aprile. «Con l'apertura del cantiere, e per tutto il periodo dei lavori, saranno in funzione solo due sale radiologiche», afferma Nilo Venturini, responsabile sanitario dell'ospedale. Conseguentemente, abbiamo predisposto un programma di riduzione degli esami radiologici per la scheletrica ai pazienti esterni, garantendo l'attività per gli utenti ricoverati e le urgenze»

PISA

La Fism (Federazione italiana sclerosi multipla), attraverso il bando di ricerca 2010, ha finanziato con 85mila euro un progetto multicentrico sul trattamento dei disturbi della locomozione in soggetti affetti da sclerosi multipla. Lo studio coinvolge l'unità operativa di neuroriabilitazione dell'Aou pisana e il dipartimento di riabilitazione dell'Aou di Ferrara. In particolare, la sperimentazione consiste in uno studio randomizzato-controllato che ha lo scopo di verificare l'efficacia di un trattamento riabilitativo con un robot per la deambulazione assistita (Lokomat) su alcuni parametri come l'autonomia nelle attività di vita quotidiana, la velocità del cammino e la resistenza allo sforzo, l'equilibrio e la qualità di vita del paziente.

CALENDARIO



PISA

«La Stu (scheda terapeutica unica) come strumento per la prevenzione degli errori di terapia» è il convegno organizzato il 16 e il 23 febbraio all'Uo formazione permanente e complementare dell'Aou di Pisa. L'evento è rivolto a medici e infermieri. Info: 050993837, m.raffaelli@aou-pisa.toscana.it



MASSA E CARRARA

«Il Team Maxiemergenza. Procedure sanitarie delle catastrofi» è il titolo della giornata che si terrà all'Asl I Massa e Carrara. All'evento si parlerà delle catastrofi e la pianificazione della maxiemergenza, il ruolo dei sanitari e l'utilizzo del Mpa. Info: 0585657516, formazione@asl1.toscana.it



LUCCA

Corso di formazione «Oltre la parola: un viaggio nel mondo della comunicazione difficile» il 17 e il 24 febbraio alla direzione infermieristica aziendale dell'Asl 2 Lucca. Gli argomenti trattati saranno: la relazione nei contesti difficili, il paziente difficile e il role play. Info: 0583970663, l.traballoni@us2.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