

Nel segno della continuità assistenziale

Gianfranco Gensini *

L'area metropolitana fiorentina si caratterizza per un'attesa di vita che è la più elevata fra tutte le aree metropolitane del nostro Paese (Rapporto Osservasalute, Roma 2010). Infatti Firenze è la città più longeva per entrambi i sessi, con un valore di 79,6 anni per gli uomini e di 84,6 anni per le donne. Valori quindi che ci collocano in una posizione invidiabile nel panorama nazionale, e che potrebbero indurre a considerare con particolare ottimismo e sereno immobilismo tutto quanto avviene nel nostro sistema. Ma non è così.

La coesistenza nell'area metropolitana fiorentina di due aziende ospedaliere-universitarie (Careggi e il Meyer) e di una Asl dotata di quattro strutture ospedaliere, di cui tre nel contesto cittadino, rappresenta una opportunità per i fiorentini di poter ricorrere a una serie di competenze distribuite nel territorio che nel tempo hanno lavorato, ciascuna con l'impegno appropriato, per offrire servizi della più elevata qualità possibile. E i risultati citati in termini di longevità, pur certamente legati a una serie di fattori, sembrano indicare un ruolo positivo anche della Sanità. Proprio in questo contesto è emersa da tempo con particolare forza la tendenza ad analizzare l'organizzazione attuale per promuoverne una evoluzione, che vede nel Dipartimento interaziendale delle immagini la prima espressione compiuta, in grado di af-

CONTINUA A PAG. 2

DIAGNOSTICA Firenze sperimenta il Dipartimento unico tra l'Asl e l'ospedale Careggi

Prove di rete in radiologia

Test di sette mesi per garantire appropriatezza e ridurre le liste d'attesa

Sarà affidato al Dipartimento interaziendale di radiodiagnostica per immagini (Dia) una sperimentazione della durata di sette mesi (1 giugno-31 dicembre 2011) per l'adozione e la messa in atto di protocolli omogenei di esecuzione diagnostica per patologia, la ridefinizione delle liste di attesa e l'avvio di percorsi di appropriatezza prescrittiva.

Il Dia - modalità organizzativa attraverso la quale l'azienda sanitaria di Firenze e l'azienda ospedaliero universitaria di Careggi cercano di ottimizzare la risposta ai bisogni, in tema di radiodiagnostica, della popolazione dell'area metropolitana - definiscono un unico progetto organizzativo e comuni obiettivi da perseguire, nel rispetto e nei limiti della programmazione di indirizzo regionale e della programmazione attuativa delle rispettive aziende.

Durante la sperimentazione sarà data priorità assoluta all'emergenza e alla presa in carico del malato oncologico, ottimizzato l'uso delle apparecchiature, verrà adottata la minore tariffa delle prestazioni rispetto al nomenclatore tariffario, conseguendo una riduzione del 30% dei costi. Gli obiettivi di miglioramento del Dia riguardano, ovviamente i temi di diagnostica per immagini, sia l'offerta che la domanda. Nella pratica però il Dia, deliberato nel mese di giugno 2010, ha iniziato a lavorare subito nel settembre dello stesso anno, con riunioni quindicinali cui partecipano i direttori delle strutture complesse di radiodiagnostica dell'Area metropolitana e i dirigenti delle rispettive aree tecniche. Una buona offerta deve essere innanzitutto il più possibile, omogenea e questo si ottiene lavorando, nei limiti del possibile, quantitativamente e qualitativamente, nello stesso modo, in tutti i servizi di radiodiagnostica dell'area metropolitana sia sui pazienti esterni che su quelli ricoverati e afferenti al Dia.

Il miglioramento dell'offerta passa inoltre attraverso l'ottimizzazione delle risorse tecnologiche - in particolare delle grandi apparecchiature, il cui livello è in questo momento in Toscana molto



ACCORDO DI COLLABORAZIONE

Mobilità sanitaria, alleanza con la Liguria

Monitoraggio trimestrale dei flussi dei pazienti e azioni di controllo

Un accordo tra la Regione Toscana e la Regione Liguria per sviluppare una collaborazione e un'integrazione tra le due reti regionali di servizi, e soprattutto gestire al meglio la mobilità sanitaria, cioè quel fenomeno che porta i pazienti a spostarsi dalla propria Regione per usufruire dei servizi sanitari che sono offerti da un'altra Regione. L'accordo, siglato pochi mesi fa, è stato poi ratificato dalla Giunta regionale con la delibera n. 420 del 23 maggio 2011 e resterà in vigore per tre anni. Questa collaborazione tra l'altro si intenderà rinnovata automaticamente a meno di esplicita disdetta da parte di una delle due Regioni.

L'intesa nello specifico prevede l'attivazione di un monitoraggio trimestrale dei flussi di mobilità reciproca, e la promozione di azioni di verifica e controllo diretto reciproco, in modo da favorire il governo dell'appropriatezza delle prescrizioni secondo la medicina basata sulle prove di efficacia.

Le due Regioni hanno deciso inoltre di mettere a punto un sistema di condivisione e confronto dei dati e delle prestazioni fornite dall'ospedale Meyer di Firenze e dall'ospedale Gaslini di Genova, due strutture che sono considerate ovunque dei veri e propri fiori all'occhiello a livello nazionale nel campo della specialistica pediatrica. In questo modo sarà possibile consentire uno scambio costante di informazioni e il miglioramento del servizio offerto. Nel 2009 la Toscana ha erogato per l'esattezza 11.802 ricoveri ad altrettanti pazienti della Liguria. Mentre nella Regione Liguria si sono ricoverati 6.601 pazienti toscani.

elevato - e l'integrazione culturale e operativa tra i servizi di Radiologia e tra gli operatori per il raggiungimento di protocolli comuni che consentano risultati diagnostici omogenei e conseguente migliore distribuzione territoriale delle prestazioni secondo il principio della complessità e dell'eccellenza, con procedure diagnostiche ottimizzate (best practice) e aderenti ai quesiti clinici; in ogni caso reinterpretabili e confrontabili per evitare la ripetizione di esami con vantaggio sanitario reale (riduzione dell'irraggiamento) percepito (migliore percorso offerto al paziente) ed economico.

Al momento attuale siamo già in grado di utilizzare preparazioni e carichi di lavoro uguali e siamo a buon punto nella stesura di protocolli di esame per patologia in modo da ottenere esami rilegibili e riproducibili dovunque siano stati eseguiti. Entro la fine d'anno contiamo di completare, in parallelo con il Cup, il modello della rete erogativa che prende in carico il paziente e lo invia nelle sedi idonee per il tipo di priorità e di complessità. Per lavorare sulla domanda è necessario intraprendere un percorso, condiviso con i clinici o comunque con i medici prescrittori, sull'appropriatezza. A questo proposito sono state revisionate le indicazioni per alcuni degli esami di maggiore richiesta (Rm osteoarticolare) e definiti, per questi, i livelli di appropriatezza (La) come correttivo dei livelli essenziali di assistenza (Lea).

Inoltre poiché l'inappropriatezza della richiesta non si combatte negando la prestazione al paziente, ma intercettandola al momento della richiesta, si sta costruendo un forum dove i medici prescrittori possono avere informazioni sulle indicazioni di ogni esame diagnostico e, si spera a breve, anche, se richiesto l'appuntamento per l'esame. Rispondono nelle 12 ore i radiologi del Dia.

Ilario Menchi
Direttore Dipartimento di diagnostica per immagini - Aou Careggi
Direttore Dipartimento interaziendale di diagnostica per immagini

COMMENTO

Ma ora bisogna fare subito molto di più di Domenico Giofrè *

Troppe volte i cittadini dell'area fiorentina hanno dovuto peregrinare tra l'ospedale Careggi e l'Asl 10 per sottoporsi ad accertamenti diagnostici per immagini. Lo abbiamo più volte segnalato. È giunto tardi il Dipartimento unico di diagnostica per immagini, interaziendale tra Asl 10 di Firenze e azienda ospedaliero-universitaria

di Careggi. Non vogliamo con questo negare il suo valore né sottovalutare il tentativo di omogeneizzare le prestazioni, di diminuire i tempi di attesa e di ridurre la spesa.

La necessità di uniformare i comportamenti riguarda tutto il territorio regionale. Ci si muova e

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Piano per la salute: indirizzi alle Asl

La Giunta ha approvato gli indirizzi per le Asl sul benessere di giovani e adulti «Promozione della salute: programma di attività per l'anno 2011» e il programma di attività del centro regionale di documentazione sulla promozione alla salute «Programma di attività del centro regionale di documentazione sulla promozione alla salute - anno 2011». Per le azioni di promozione alla salute per il 2011 saranno investiti 440mila euro. Il programma dovrà sperimentare nelle Asl toscane l'attivazione della metodologia formazione-educazione tra pari finalizzata ad accrescere il livello di consapevolezza sulle tematiche di salute negli adulti. (Delibera n. 218 del 04/04/2011)

▼ Prevenzione: 400mila euro per l'Isz

Approvato il «Progetto per il supporto dell'Istituto zooprofilattico alle attività del settore di prevenzione in Sanità pubblica veterinaria». All'Isz delle Regioni Lazio e Toscana andranno 400mila euro per la realizzazione del progetto presentato, volti a coprire le spese per personale a contratto, e non per il personale strutturato né per altre tipologie di spesa per le attività da svolgere. L'Istituto dovrà assicurare la necessaria collaborazione e integrazione con la corrispondente struttura regionale e con i dipartimenti di prevenzione e i servizi veterinari delle aziende sanitarie. (Delibera n. 217 del 04/04/2011)

ALL'INTERNO

Estav, servizi sotto la lente

A PAG. 2

Quattro target per i manager

DOCUMENTO A PAG. 4-5

In 420 esercizi il pranzo è sano

A PAG. 6

MODELLI

L'Ente di Area vasta Sud-Est sperimenta il monitoraggio delle attività



Estav, "pagelle" sui servizi

Creato un pannello di 26 indicatori per valutare le prestazioni alle Asl

L'Ente per i servizi tecnico-amministrativi di Area vasta (Estav) Sud-Est ha messo a punto un metodo che consente di individuare le aree dove avviare azioni correttive e fare accrescere tra gli operatori una maggiore consapevolezza sull'esito delle proprie azioni.

Con l'intento di perseguire concretamente gli obiettivi regionali e la propria attività "commerciale" - poiché l'Estav sin dal suo acronimo, esprime la sua missione di centro servizi tecnico-amministrativi piuttosto che quello tradizionale di mera centrale acquisti - è in fase di completamento un sistema di monitoraggio degli standard di servizio e di miglioramento continuo che porterà alla creazione, entro fine anno, di un vero e proprio "sistema informativo dei servizi", con i quali valutare l'efficacia e l'efficienza del fornitore Estav. Nati nel 2005, gli Estav sono parte integrante del Servizio sanitario toscano e, tra gli esempi di centrali di committenza, rappresentano una punta di innovazione nel panorama nazionale. Essi hanno acquisito funzioni e personale dalle Asl fino ad assumere il ruolo di veri e propri centri multi-servizi, diventando partner delle Asl "clienti", per tutto ciò che non rientra nell'ambito della missione di assistenza sanitaria (acquisto, logistica, tecnologie sanitarie, tecnologie informatiche e di comunicazione, procedure concorsuali e servizio paghe).

Richiamando il modello dei «Service level agreements» (Sla) in uso abituale nei contratti commerciali di servizio tra fornitore e cliente, in Toscana sono state regolamentate le modalità di fornitura di servizi tra Estav e Asl, approvando nel novembre 2009, per ciascuna delle funzioni trasferite, un "accordo di servizio" contenente anche gli "standard", cioè i livelli minimi ed essenziali che Estav deve garantire, tradotti in pannelli di indicatori di cui la Regione ha fornito

Pannello indicatori tecnologie sanitarie Estav Sud-Est (anno 2010)					
N.	Indicatore	Standard di servizio	N.	Indicatore	Standard di servizio
A0	Trasmissione piano di rinnovo Ts alle Asl	Entro 30/08	B4	Rispetto del piano di man.verif./controllo (80% dei casi)	30 gg
A1	Supporto alla redazione del Piano investimenti aziendale	Entro 30/09	B5	Tempi di riparazione app. vitali (80% dei casi)	7 gg
A2	Elaborazione Piano investimenti di Area vasta	Entro 2 mesi ultimo PI aziendale	B6	Tempi di riparazione app. critiche (80% dei casi)	15 gg
A3	Condivisione Piano investimenti di Area vasta	Entro 1 mese da PI di Av	B7	Tempi di riparazione app. non critiche (80% dei casi)	30 gg
A4	Elaborazione report monitoraggio PI di Av	Trimestralmente	B8	Corsi di formazione personale sanitario	80% dei richiesti
A5	Elaborazione piano di manutenzione, verifica e controllo	Entro 31/12	B9	Tempo massimo di aggiornamento Database Ts	30 gg
A6	Elaborazione report sul budget manutenzioni	Trimestralmente	BP1	Max. ritardo tempi di aggiudicazione (80% dei casi)	45 gg
A7	Elaborazione report su bgt manutenzioni anno precedente	Entro 30/01	BP2	Max. scostamento budget investimenti	5%
A8	Misurazione livello Std di Servizio	Trimestralmente	BP3	Min. n. di acquisti mediante gara "a catalogo"	20%
B1	Studi di Hta effettuati	80% dei richiesti	BP4	Tempo evasione richieste urgenti non programmate	45 gg
B2	Tempi di collaudo (80% dei casi)	30 gg	AS1	Trasmissione Piano investimenti aziendale a Estav	Entro 31/12
B3	Max. scostamento budget manutenzioni	5%	AS3	Max. n. richieste di acquisto non programmate	20%
			D3	Implementazione sw consultazione automatica PI di Av	Entro 31/12
			D5	Implementazione sw gestione Ts unico in Av	Entro 31/12

le linee guida. Al termine di un processo di condivisione e negoziazione stabilito con le Asl clienti si è giunti, nel maggio 2010, alla stipula di appositi accordi di servizio tra Estav e le stesse aziende. L'Estav Sud-Est ha quindi ritenuto opportuno sviluppare in house un metodo che consentisse l'uso degli standard anche come strumento di auto-valutazione delle attività di processo.

La funzione tecnologie sanitarie ha svolto un

ruolo di pilota del progetto di analisi e miglioramento, lavorando sul pannello regionale di "indicatori guida" per giungere a una sintetica batteria di "indicatori di servizio e di processo operativi". È stato definito l'algoritmo di misura per ognuno degli indicatori, oltre all'analisi sulla misurabilità e disponibilità del dato nei sistemi informativi in uso. Ciò che ne è scaturito consta di un pannello definitivo, oggettivo e misurabile,

composto da 26 indicatori. Per ciascuno sono stati, poi, individuati i criteri per il monitoraggio trimestrale e la valutazione annuale, necessari per avere un riscontro puntuale delle prestazioni "contrattuali" concordate con ogni azienda cliente. A tal fine sono state predisposte apposite "schede indicatore", con una descrizione analitica dei criteri utilizzati. Tali schede costituiscono uno strumento di analisi puntuale e approfondita degli standard. In parallelo allo strumento completo (pannello di indicatori e relative schede) è stata individuata anche una modalità di comunicazione semplificata, focalizzata su soli 11 indicatori di natura "strategica", idonei a rappresentare alle Direzioni delle aziende clienti l'effettiva qualità del servizio erogato. Una rappresentazione grafica del risultato di ciascun indicatore è stato normalizzato in una scala da 0 a 5 con il valore 3 corrispondente allo standard raggiunto. Questo metodo ha consentito complessivamente di misurare tutti i 26 indicatori facenti parte del pannello. Tra gli altri, meritano di essere citati due interventi di miglioramento già intrapresi: l'incremento della capacità di programmazione investimenti e il rispetto delle tempistiche dei piani di «manutenzione preventiva».

Il processo appena descritto è ancora in fase di completamento per le restanti funzioni. L'obiettivo della Direzione è disporre quanto prima di una serie di pannelli di indicatori "oggettivi" e misurabili per tutte le funzioni. Entro fine anno perciò sarà in esercizio un vero e proprio "sistema informativo dei servizi", best practice contenente le formule e i dati con i quali valutare l'efficacia e l'efficienza del fornitore Estav.

Sergio Rossolini

Dipartimento tecnico tecnologie sanitarie
Estav Sud-Est



DONAZIONE DEL SANGUE: LA GIORNATA REGIONALE

Si svolgerà sabato 18 giugno presso il museo Piaggio di Pontedera la giornata regionale della donazione del sangue. Il Centro regionale sangue, nel programmare l'edizione 2011, vuole sottolineare l'importanza dei temi dell'appropriatezza e del buon uso nel settore trasfusionale chiedendo a tecnici ed esperti del settore trasfusionale di affrontare il tema del buon uso sia in fase di prelievo sia in fase di utilizzazione del sangue e del plasma. Inoltre il CRS con l'edizione 2011 intende sottolineare come il percorso della donazione riguardi non solo il sangue e plasma, ma anche le cellule staminali che si ottengono dalla donazione del sangue del cordone ombelicale e del midollo osseo e la donazio-

ne di latte materno. Nelle precedenti edizioni l'attenzione era stata posta soprattutto sui temi della promozione della donazione, della programmazione della donazione ovvero su tutti gli aspetti organizzativi del prelievo. Quest'anno per decisione unanime della Regione, delle associazioni di volontariato e dei trasfusionisti si è deciso di affrontare un tema altrettanto strategico per l'autosufficienza o l'appropriatezza e il buon uso degli emocomponenti e degli emoderivati. L'autosufficienza regionale di sangue e plasma, obiettivo principale del sistema trasfusionale, è perseguibile solo combinando l'incremento della raccolta, da un lato, e l'appropriatezza dell'uso di sangue, dall'altro: è, cioè, praticamente impossibile ottenerla intervenendo singolarmente su uno dei due fatto-

ri. Nel 2010 il CRS ha iniziato una collaborazione con il Consiglio sanitario regionale su questi aspetti ed è stato attivato un Gruppo di lavoro sull'appropriatezza composto dai più illustri clinici delle varie specialità della Toscana. Questo lavoro di squadra sarà illustrato durante la manifestazione attraverso la relazione di Giancarlo Berni. I lavori della giornata inizieranno con la relazione introduttiva di Simona Carli, direttore del CRS Toscana, a cui farà seguito la relazione tenuta da Giancarlo Maria Liembruno, Uoc di immunoematologia e medicina trasfusionale, Ospedale Fatebenefratelli - Roma, che affronterà il tema «Sangue autologo e contenimento del fabbisogno trasfusionale allogenico: attualità e prospettive». L'ultima relazione, tenuta da Simonetta Pupella, Direttore sani-

tario del Centro nazionale sangue e Letizia Lombardini, Direttore sanitario del Centro nazionale trapianti tratterà dell'appropriatezza della raccolta e della conservazione del sangue del cordone ombelicale: donazione vs conservazione autologa. A seguire ci sarà una tavola rotonda che approfondirà le diverse vie dell'appropriatezza con un rappresentante delle associazioni di volontariato, del Dg dell'Asl 5 di Pisa Rocco Damone, del direttore sanitario della Asl 4 di Prato Antonio D'Urso, di Gianni Biancuffo anestesista rianimatore della Aou Pisana, di Gabriele Graziani direttore Simt dell'Aou di Careggi e Loredano Giorni dirigente del settore farmaceutica della Toscana. La giornata si concluderà con l'intervento dell'assessore Daniela Scaramuccia.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

subito in questa direzione. Gli accertamenti diagnostici effettuati nel nostro Paese sono circa il 30% in più rispetto alla Francia. Non per questo siamo più malati dei francesi.

La delibera n. 361 del 16 maggio 2011 fa riferimento all'appropriatezza prescrittiva dividendo i percorsi diagnostico-terapeutici. Entrambi i temi hanno caratterizzato, negli ultimi anni, il nostro impegno civico e la nostra capacità di proposta, purtroppo, da un anno a questa parte rimasta senza alcuna risposta. Non accadeva da diversi anni. L'appropriatezza non deve limitarsi a una mera riduzione numerica degli esami. Essa deve coniugarsi con la consapevolezza dei medici e dei cittadini che, al pari dei farmaci,

anche l'assorbimento di radiazioni, ha effetti secondari, sia pure nel lungo periodo. Leucemie e tumori solidi sono classificati tra le neoplasie radio indotte a causa di ripetute esposizioni a radiazioni ionizzanti.

Ma quante persone sono informate di tali effetti secondari? Molto meno di coloro che conoscono gli effetti secondari dei farmaci. Il Dlgs n. 187 del 26 maggio 2000, in attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti, introduce i principi di giustificazione e di ottimizzazione. È vietata l'esposizione non giustificata e devono essere valutati i vantaggi rispetto ai danni causati dalle radiazioni. Il ricorso a esami alterna-

tivi è previsto dalle linee guida europee sulla diagnostica per immagini dove è indicato che, per un'informazione diagnostica comparabile, la scelta debba cadere sempre su tecniche non-ionizzanti come gli ultrasuoni e la risonanza magnetica. L'appropriatezza funziona se è conseguente ai percorsi diagnostici e terapeutici per patologia (ne abbiamo proposto diversi) che sono ancora tutti da disegnare. E quando si deciderà di farlo, ascoltando anche le proposte dei cittadini (è questo e non altro il senso effettivo della partecipazione civica) sarà, anche qui, tardi.

* Coordinatore Tribunale per i diritti del malato Regione Toscana

Nel segno della continuità... (segue dalla prima pagina)

frontare validamente il problema della continuità assistenziale.

L'Organizzazione mondiale della Sanità in un documento del 2009 rivolto ai Paesi sviluppati considera la continuità, la comunicazione e il coordinamento tra i vari settori dei sistemi sanitari come una priorità assoluta di impegno e ricerca. D'altra parte, in una Sanità che cambia profondamente l'opportunità, anzi la necessità di far evolvere il nostro sistema sia in senso assistenziale che formativo verso la continuità rappresenta un obiettivo chiaro e dichiarato. L'organizzazione oggi approvata consente che il cittadino, indipendentemente dal punto della rete con cui ha il primo contatto, sia guidato verso la risposta più opportuna per la sua necessità di indagini di immagine (radiologi-

che o altro).

E questo rappresenta un elemento di pregio centrale, ma non unico del modello di gestione del settore che la Regione con vigore oggi propone. Non solo l'acquisizione delle immagini diagnostiche in un sistema ben organizzato consentirà di evitare doppioni o repliche inappropriate e inopportune, ma permetterà anche di offrire ai professionisti in formazione nel nostro sistema, siano essi studenti, specializzandi, o professionisti in addestramento, una opportunità fino adesso inesistente di acquisire sul campo nelle condizioni più adatte le competenze necessarie per agire al meglio nel sistema di diagnostica per immagini della nostra area.

* Preside facoltà Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Firenze

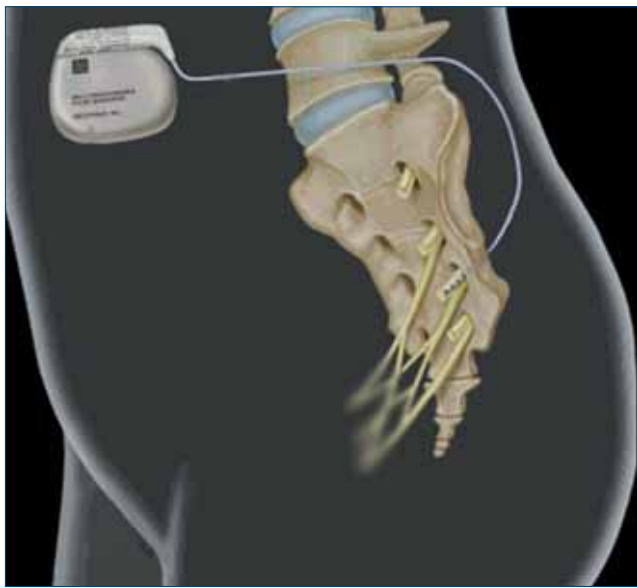
SSR AI RAGGI X Nell'Aou di Pisa un nuovo dispositivo contro l'incontinenza e la stipsi

Un pace-maker per l'intestino



La neuro-modulazione sacrale controlla le disfunzioni del pavimento pelvico

Funziona come un pace-maker ed è poco più grande di una moneta da due euro: queste le dimensioni del nuovo dispositivo per trattare l'incontinenza fecale e la stipsi da rallentato transito, adottato con successo da Gabriele Naldini, direttore della sezione dipartimentale di chirurgia proctologica e perineale dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa.



L'impianto del dispositivo di neuromodulazione

I pazienti che soffrono di certe disfunzioni croniche intestinali devono affrontare ogni giorno una vera e propria battaglia. La loro vita risulta infatti condizionata dall'utilizzo costante di pannoloni o assorbenti, nella continua preoccupazione che un'improvvisa perdita possa metterli in difficoltà, per cui arrivano persino a rinunciare a uscire di casa e quindi a condurre una normale vita sociale. Si tratta per lo più di pazienti che preferiscono spesso non manifestare, per vergogna, questo problema, rinunciando di fatto alle possibili cure. Quando le terapie conservative (farmacoterapia, riabilitazione del pavimento pelvico) risultano inefficaci, l'approccio più innovativo per trattare le disfunzioni del pavimento pelvico che portano all'incontinenza o alla stipsi è la neuro-modulazione sacrale, tecnica che favorisce il controllo di questi disturbi mediante l'impianto di un semplice sistema che invia lievissimi impulsi elettrici, attraverso un piccolo elettrodo, ai nervi sacrali, che controllano gli organi deputati alla continenza. La neuro-modulazione è una pratica esistente da diversi anni,

ma si è ora evoluta attraverso sistemi sempre più piccoli e confortevoli, come il nuovo dispositivo, che si inserisce a livello percutaneo con un procedimento mini-invasivo in anestesia locale. Negli studi clinici l'impianto ha dimostrato di trattare efficacemente alcuni tipi di disturbi correlati al controllo dell'intestino e della vescica in molti pazienti che non avevano ottenuto risultati o non tolleravano altri trattamenti farmacologici.

«Dal 2005 abbiamo trattato circa 80 casi di incontinenza o stipsi con neuro-modulatore sacrale, con una percentuale di successo pari a circa il 70%

- spiega Naldini -. Le indicazioni codificate per il nuovo dispositivo includono i sintomi della vescica iperattiva, ritenzione urinaria, incontinenza fecale e dolore pelvico cronico, ma la letteratura scientifica si sta arricchendo di studi sull'efficacia della neuro-modulazione sacrale per il trattamento della stipsi da rallentato transito e da dis-sinergia del pavimento pelvico. La risoluzione di questo problema è ancora lontana, ma i dati dei primi studi sembrano essere molto promettenti. Inoltre - conclude Naldini - medici e pazienti possono valutare l'efficacia della terapia

Si risolvono anche i problemi psicologici indotti

con un semplice test, ovvero una stimolazione di prova, prima di procedere all'impianto definitivo del sistema. Con l'impianto definitivo il paziente riceve poi una sorta di telecomando che permette di regolare l'intensità a seconda della necessità».

Il sistema InterStim II è costituito da un piccolo neuro-stimolatore, un elettrocatteter e un programmatore per il paziente. La terapia InterStim funziona mediante la stimolazione elettrica dei nervi sacrali, che controllano la vescica e i muscoli circostanti, i quali presiedono alla funzione dello svuotamento intestinale. I nervi sacrali vengono stimolati attraverso un elettrocatteter che viene posizionato nelle loro vicinanze tramite un introduttore percutaneo, in anestesia locale. L'elettrocatteter è collegato direttamente al nuovo neuro-stimolatore che viene impiantato in una tasca sottocutanea nella parte superiore del gluteo. Il neuro-stimolatore invia lievi impulsi elettrici al nervo sacrale attraverso l'elettrocatteter. Il paziente percepisce generalmente una leggera sensazione di formicolio non fastidiosa. Con un programmatore esterno il medico regola lo stimolatore in modo da ottimizzare la terapia per ogni paziente. Attraverso il piccolo telecomando forniti in dotazione, il paziente può accendere, spegnere e regolare l'intensità della stimolazione.

pagina a cura di
Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

PREMIO INTERNAZIONALE

Mappatura del cervello: i segreti dei piloti di F1

Riconoscimento dall'Ohbm-Organization for human brain mapping, la principale organizzazione mondiale per lo studio della mappatura metabolica funzionale del cervello nell'uomo, a Giulio Bernardi, giovane medico dottorando nell'Unità operativa di biochimica clinica del Dipartimento di medicina di laboratorio e diagnostica molecolare (diretti da Pietro Pietrini) dell'Aou pisana.

Utilizzando la risonanza magnetica funzionale Bernardi ha studiato i meccanismi cerebrali che sostengono l'elaborazione dell'informazione visuo-motoria nel cervello dei piloti di Formula 1 e di soggetti naive (non esperti). I risultati dello studio mostrano che i piloti di Formula 1 hanno una diversa connettività funzionale tra distinte regioni cerebrali implicate nei processi visuo-motori rispetto ai soggetti naive. Questi dati suggeriscono una riorganizzazione funzionale dei network cerebrali visuomotori in individui con particolari abilità, quali appunto i piloti.

«Questi risultati hanno importanti implicazioni anche per lo sviluppo di strategie riabilitative in pazienti con ictus o altri danni cerebrali», ha commentato Pietrini, che nel triennio 2007-2009 ha ricoperto la carica di presidente del Comitato scientifico della Ohbm. La ricerca di Bernardi, condotta in collaborazione con il Dipartimento di medicina interna dell'azienda ospedaliera universitaria pisana e con "Formula medicine" di Viareggio, è stata una delle poche selezionate tra le oltre tremila proposte ricevute da tutto il mondo per l'attribuzione dello Young investigator travel award, per la partecipazione al congresso internazionale della organizzazione che si svolgerà a fine giugno a Montreal. Meno del 5% dei contributi viene scelto per presentazione orale e solo una piccola frazione di questi viene ulteriormente selezionata per il Travel award.

Il riconoscimento allo studioso si aggiunge agli attestati ricevuti nel tempo dall'Unità operativa di biochimica clinica di Pisa, da anni ai vertici della ricerca dei correlati molecolari delle funzioni mentali nell'uomo.

IMPIANTI/ 1

Due protesi aortiche senza sutura

Un nuovo tipo di protesi valvolare aortica senza punti di sutura ("sutureless") - recentemente introdotta nella pratica clinica e utilizzata solo in pochi centri italiani - è stata impiantata con successo per la prima volta a Pisa su due pazienti di 79 e 82 anni d'età. In Toscana, Pisa è il secondo ospedale dopo Massa ad aver effettuato questo tipo di intervento, eseguito dall'équipe della sezione di cardiocirurgia universitaria diretta da Uberto Bortolotti, con la supervisione di Vincenzo Lucchetti, responsabile della cardiocirurgia della Casa di cura di Montevergine di Mercogliano (AV).

La malattia della valvola aortica, che si manifesta sotto forma di stenosi valvolare degenerativa calcifica, colpisce prevalentemente pazienti anziani spesso affetti anche da altre patologie e talora con funzione cardiaca compromessa. In questi casi l'intervento tradizionale può essere ad alto rischio: la tecnologia ha messo a disposizione per loro la possibilità di un impianto di protesi valvolari per via percutanea, tecnica da tempo effettuata a Pisa e per la quale il Dipartimento cardiotoracico è un centro di riferimento. Qualora questa non sia praticabile per ragioni anatomiche, l'impianto di una protesi "sutureless" offre un'ulteriore

opzione terapeutica. Infatti - rispetto alla chirurgia tradizionale - l'impianto delle nuove protesi presenta il vantaggio della minore durata del clampaggio aortico e dell'ischemia miocardica, con conseguente riduzione dello stress chirurgico. Un ulteriore potenziale vantaggio è la possibilità dell'impianto di tali protesi mediante accessi chirurgici limitati (mini-sternotomie e mini-toracotomie).

Le protesi sutureless impiantate a Pisa sono protesi biologiche in pericardio equino, auto espandibili perché montate in un supporto in nitinol, lega di nickel e titanio, che a 0 gradi è molto malleabile e una volta riportata alla temperatura corporea tende a espandersi, consentendo un perfetto ancoraggio della protesi nella sua sede definitiva. Tali dispositivi garantiscono un'ottima performance emodinamica anche nelle protesi di più piccolo calibro e non richiedono l'uso di anticoagulanti. L'unico svantaggio è attualmente dato dal maggior costo rispetto alle protesi tradizionali - anche se inferiore a quello delle protesi percutanee - per cui, se dovessero entrare nello standard clinico quotidiano, questo consentirebbe un abbattimento dei costi, potendone quindi prevedere un impiego su più ampia scala con evidenti benefici per i pazienti.

IMPIANTI/ 2

La valvola mitralica è percutanea

Primo intervento a Pisa, su cuore umano, di correzione di malfunzionamento di anello mitralico con impianto di una protesi biologica valvolare per via percutanea con tecnica anterograda transtettale. Il paziente, un sessantatreenne della provincia di Pisa, è stato dimesso dopo una settimana di ricovero e il suo follow-up prevede solo controlli di rito. In conseguenza di un infarto, aveva già subito due interventi cardiocirurgici negli ultimi anni: un primo di bypass aorto-coronarico, un secondo di reimpianto di anello mitralico per correzione di insufficienza mitralica severa. Negli ultimi mesi aveva poi sviluppato una nuova insufficienza mitralica severa. Un terzo intervento avrebbe avuto per lui un rischio troppo elevato, anche perché non era nelle condizioni di rientrare nella lista dei candidati al trapianto di cuore.

Un consulto tra Fabio Guarracino, direttore dell'Unità operativa di anestesia e rianimazione cardiotoracica, e Anna Sonia Petronio, responsabile del coordinamento organizzativo dell'attività di cardiologia interventistica, ha portato a individuare una metodica che apre una nuova strada per quei pazienti non in grado di sopportare interventi che necessitano di anestesia generale prolungata e di circolazione extracorporea.

L'intervento in questione è in effetti durato solo un'ora e mezzo e non ha comportato - come finora nei pochi casi riportati dalla letteratura scientifica - neppure una piccola incisione per effettuare il passaggio attraverso il cuore.

La tecnica utilizzata dalle équipe del Dipartimento cardiotoracico dell'azienda ospedaliero universitaria pisana era stata finora utilizzata in via sperimentale su pecore (in Germania) e - seguendo però un'altra metodica - nell'uomo, da Alain Cribier (ospedale di Rouen, Francia), inventore del metodo di sostituzione della valvola aortica percutanea. L'intervento è stato effettuato dalla professoressa Petronio, con il personale tecnico e infermieristico della cardiologia interventistica, in team con il dottor Guarracino che ha guidato la procedura con l'ecografia transesofagea intraoperatoria, e dai loro collaboratori, i cardiologi Marco De Carlo, Andrea Pieroni, Piersilvio Chella, Cristina Giannini, la cardioanestesista Rubia Baldassarri e l'intera équipe dell'Unità operativa di anestesia e rianimazione cardiotoracica, che ha seguito il decorso postoperatorio in terapia intensiva. Ha partecipato anche l'équipe dell'Unità operativa di malattie cardiovascolari I, con Rita Dell'Anna, che segue da tempo il paziente.

DOCUMENTI I criteri del Laboratorio Management&Sanità del S'Anna di Pisa per il compenso aggiuntivo ai Dg



Manager valutati con i parametri Mes

Quattro gli obiettivi fissati dalla Regione: appropriatezza, consolidamento, sviluppo e investimento

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 398 del 16 maggio con cui si stabiliscono i meccanismi per la valutazione dei direttori generali ai fini dell'assegnazione del compenso aggiuntivo rappresentato da una quota che può raggiungere il 20% della retribuzione dei manager. Il sistema è quello messo a punto dal Laboratorio Management&Sanità della Scuola superiore S. Anna di Pisa e gli obiettivi sono fissati dalla Regione e fanno riferimento a tre ambiti di azioni.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", e successive modifiche e integrazioni;

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale", e successive modifiche e integrazioni;

Tenuto conto del decreto del presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 19 luglio 1995, così come modificato e integrato dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri n. 319 del 31 maggio 2001, con il quale è stato adottato il Regolamento di determinazione dei contenuti del contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e che, in particolare all'articolo 1, comma 5, individua i parametri per la determinazione, da parte della Regione, del trattamento economico complessivo dei direttori generali delle aziende Usl e ospedaliere e stabilisce che questo possa essere integrato di una ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dalla Regione e misurata mediante appositi indicatori;

Dato atto che tale previsione,

contenuta nell'articolo 3, comma 3 dello schema approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 935 del 22/09/2003 e sue successive modifiche e integrazioni, è espressamente richiamata nei contratti che disciplinano il rapporto di lavoro tra la Regione Toscana e i direttori generali delle aziende Usl e delle aziende ospedaliere-universitarie;

Dato atto che in virtù di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 486 del 29/03/2005 è stato avviato un percorso sperimentale finalizzato alla creazione di un sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane realizzate nell'ambito del protocollo d'intesa stipulato tra la Regione Toscana e la Scuola superiore S. Anna di Pisa, di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 713 del 20/07/2004, attraverso il quale è stato costituito il Laboratorio Management&Sanità;

Dato atto, inoltre, che il sistema di obiettivi e di relativi indicatori (e gli obiettivi che lo compongono) di cui al punto precedente è stato adottato ai fini della valutazione delle performance dei direttori generali delle aziende sanitarie, per quanto riguarda l'attività relativa agli anni 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione di Consiglio regionale n. 53 del 16/07/2008, e in particolare al punto 2.6 "Valutare per migliorare" che tra l'altro, richiamando l'importanza e le principali finalità del sopra citato sistema di valutazione, precisa che lo stesso rappresenta un valido strumento attraverso il quale effettuare una valutazione, relativamente all'attività svolta dai direttori generali delle aziende sanitarie, priva di pericolosi elementi di arbitrarità;

Visto, inoltre, il comma 7-bis dell'articolo 37 della sopra citata legge regionale 40/2005 secondo il quale:

- l'operato del direttore generale viene valutato sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione;

- il sistema di incentivazione dei direttori generali delle aziende sanitarie è collegato alla valutazione dei risultati raggiunti da ciascuna azienda, misurati nell'ambito del sistema di valutazione del rapporto annuale di monitoraggio e valutazione previsto dall'articolo 20 della stessa legge regionale 40/2005;

Richiamato, infine, l'articolo 20-bis della stessa legge regionale 40/2005 secondo il quale la Giunta regionale, al fine di definire gli strumenti e le procedure per la valutazione della programmazione sanitaria e sociale integrata, determina i rapporti di collaborazione, oltre che con l'Istituto per la prevenzione oncologica (Ispoc) e con l'ArS, con istituti universitari con specifici

ca esperienza negli ambiti del management sanitario e sociale integrato, delle attività di formazione avanzata e della misurazione e valutazione delle "performance" del sistema sanitario e sociale integrato e dei soggetti che lo costituiscono;

Considerata, pertanto, l'opportunità di utilizzare anche il sistema di valutazione elaborato in collaborazione con il Laboratorio Management&Sanità ai fini della determinazione della quota di compenso aggiuntivo spettante ai direttori generali delle aziende sanitarie per l'anno 2011;

Ritenuto di arricchire il sistema complessivo inerente la valutazione delle aziende sanitarie per l'attività svolta nell'anno 2011 con obiettivi che recepiscono le finalità e le azioni definite dalla legge regionale 65/2010, le indicazioni ministeriali in materia di certificabilità dei bilanci nonché sulla base dei risultati di performance già avviati e da perfezionare;

Ritenuto pertanto di stabilire, secondo quanto indicato negli allegati n. 1 e n. 2 alla presente deliberazione, che l'attribuzione del compenso aggiuntivo previsto dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri 502/1995, così come modificato e integrato dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri n. 319 del 31 maggio 2001, in relazione all'attività che i direttori generali delle aziende sanitarie svolgeranno nell'anno 2011, sia determinata in base al raggiungimento degli obiettivi inerenti le materie di seguito specificate e che fanno riferimento agli ambiti sottoindicati:

Azioni di appropriatezza

- Costi di funzionamento;
- Risorse umane e riequilibrio delle figure professionali;
- Appropriately dei trasporti sanitari;
- Appropriately farmaceutica;
- Certificazione dei bilanci;
- Utilizzo dell'anticipazione ordinaria;
- Tempi medi di pagamento verso Estav.

Azioni di consolidamento e potenziamento

- Sicurezza, qualità e riorganizzazione di Area vasta;
- Indicatori di appropriatezza del Patto per la salute;
- Tempi di attesa;
- Performance complessiva sistema di valutazione (bersaglio).

Azioni di sviluppo e investimento

- Società della salute;
- Sanità d'iniziativa;
- Centri di eccellenza e produzione scientifica;
- Accredimento;
- Piano degli investimenti e valorizzazioni;
- Sistemi informativi e tecnologie informatiche.

precisato che, così come indicato negli allegati n. 1 e n. 2, per

ciascuno degli obiettivi sopra descritti risultano definiti:

- gli specifici indicatori di realizzazione (e il relativo peso percentuale);

- sia i valori di riferimento utili a verificare il rispetto dei singoli indicatori di cui al punto precedente sia le modalità e i criteri che saranno adottati al momento della verifica conclusiva;

Ritenuto di fissare, per l'anno 2011, nel 20% del trattamento economico complessivo annuo spettante ai direttori generali delle aziende sanitarie la quota del compenso aggiuntivo di cui al sopra richiamato decreto del presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 19 luglio 1995;

Ritenuto di affidare alla direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", in collaborazione con il Laboratorio Management&Sanità, il compito di effettuare la verifica del raggiungimento degli obiettivi identificati nei sopra citati allegati n. 1 e n. 2 e la relativa istruttoria per l'adozione degli atti conseguenti;

Considerato, inoltre, che:

- la già citata legge regionale 40/2005 ha istituito, all'articolo 100, tre enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area vasta (Estav Nord-Ovest, Estav Centro ed Estav Sud-Est) per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie;
- il successivo articolo 106-bis della stessa legge regionale 40/2005, introdotto a seguito dell'approvazione della legge regionale n. 60 del 10 novembre 2009, al comma 1 stabilisce che l'incarico di direttore generale dell'Estav è regolato da contratto di diritto privato redatto secondo schema tipo approvato dal presidente della Giunta regionale, con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo II, del codice civile mentre al comma 2 individua nel trattamento economico previsto per i direttori generali delle aziende sanitarie il riferimento per la determinazione del trattamento economico del direttore generale dell'Estav;

Considerato che:

- lo schema tipo di contratto di cui al punto precedente non è stato ancora approvato e, pertanto, si rende necessario richiamare quanto stabilito dalla normativa precedentemente in vigore secondo la quale il rapporto di servizio del direttore generale dell'Estav è regolato dal contratto previsto per i direttori generali delle aziende sanitarie;

Considerato che:

- lo schema tipo di contratto di cui al punto precedente non è stato ancora approvato e, pertanto, si rende necessario richiamare quanto stabilito dalla normativa precedentemente in vigore secondo la quale il rapporto di servizio del direttore generale dell'Estav è regolato dal contratto previsto per i direttori generali delle aziende sanitarie;

Considerato che:

- lo schema tipo di contratto di cui al punto precedente non è stato ancora approvato e, pertanto, si rende necessario richiamare quanto stabilito dalla normativa precedentemente in vigore secondo la quale il rapporto di servizio del direttore generale dell'Estav è regolato dal contratto previsto per i direttori generali delle aziende sanitarie;

Considerato che, così come indicato negli allegati n. 1 e n. 2, per

ri generali degli Estav;

Dato atto che il sistema di obiettivi e di relativi indicatori (e gli obiettivi che lo compongono) realizzato nell'ambito del protocollo d'intesa stipulato tra la Regione Toscana e la Scuola superiore S. Anna di Pisa è stato adottato ai fini della valutazione delle performance dei direttori generali degli Estav per quanto riguarda l'attività relativa agli anni 2008, 2009 e 2010;

Valutata l'opportunità di utilizzare anche il sistema di valutazione delle performance sopra descritto anche ai fini della determinazione della quota di compenso aggiuntivo spettante ai direttori generali degli Estav per l'anno 2011, dando atto che tale sistema avrà come riferimento il raggiungimento degli obiettivi relativi alle seguenti materie:

- Capacità di perseguimento delle strategie regionali;
- Efficienza ed efficacia operative;
- programmazione sanitaria di Area vasta;

Ritenuto di precisare che, in considerazione del complesso e articolato iter necessario alla definizione degli obiettivi da assegnare agli Estav, la determinazione definitiva degli stessi sarà oggetto di successiva deliberazione;

DELIBERA

- di adottare, ai fini della determinazione della quota di compenso aggiuntivo spettante ai direttori generali delle aziende sanitarie per l'attività svolta nell'anno 2011, il sistema complessivo di valutazione risultante sia dall'utilizzo del sistema elaborato in collaborazione con il Laboratorio Management&Sanità sia dalla individuazione di obiettivi che recepiscono le finalità e le azioni definite dalla legge regionale 65/2010, le indicazioni ministeriali in materia di certificabilità dei bilanci e i risultati di performance già avviati e da perfezionare;

• di stabilire pertanto, secondo le modalità e i criteri indicati negli allegati n. 1 e n. 2 alla presente deliberazione, che l'attribuzione del compenso aggiuntivo previsto dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri 502/1995, così come modificato e integrato dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri n. 319 del 31 maggio 2001, in relazione all'attività che i direttori generali delle aziende sanitarie svolgeranno nell'anno 2011, sia determinata in base al raggiungimento degli obiettivi inerenti le materie di seguito specificate e che fanno riferimento agli ambiti sottoindicati:

Azioni di appropriatezza

- Costi di funzionamento;
- Risorse umane e riequilibrio

(continua a pagina 5)

I CONTRIBUTI AL PSSIR 2011-2015



PARTECIPA AL PIANO

È questa l'iniziativa destinata ai lettori e agli operatori che intendano esprimere le proprie valutazioni e proposte sul nuovo piano sanitario e sociale integrato. Alla pagina del sito regionale www.regione.toscana.it/partecipaalpiano sarà possibile scaricare un modulo organizzato per aree di intervento (integrazione, rete degli ospedali, organizzazione, la precedente programmazione ecc.) e declinare le proprie idee, sulle tematiche di interesse o su tutte, e aggiungere di nuove e inviarle all'indirizzo e-mail pianosanitariosociale@regione.toscana.it. Le proposte saranno lette dal gruppo di lavoro dedicato. I contributi potranno essere pubblicati integralmente o per estratto sulle pagine de Il Sole-24 Ore Sanità Toscana e sul sito regionale. Una modalità di ascolto che punta, fin dalle prime fasi del complesso e articolato percorso che condurrà all'approvazione del nuovo piano da parte del Consiglio regionale, a trovare un terreno di visione e di proposta condiviso.

La pagina web dedicata al Pssir sul sito della Regione Toscana - www.regione.toscana.it/partecipaalpiano - nella prima settimana dalla sua messa on line, dal 28 febbraio al 7 marzo, ha registrato 801 visualizzazioni

PIÙ STILI DI VITA SANI E CORRETTI HANNO UGUALE VALORE DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE

■ Propongo come nuovo argomento le terapie non farmacologiche. Non prevenzione o stili di vita sani e corretti, ma tutte le pratiche come attività fisica programmata, corretta educazione sanitaria ai pazienti e ai loro familiari, (che prevede il sapere e il saper fare) ecc. che hanno, in base alla letteratura della medicina basata sulle evidenze, uguale valore terapeutico (a volte anche superiore) della classica compressa (pensate all'ipertensione, diabete, obesità, osteoartrite, osteoporosi, depressione, decadimento cognitivo ecc.), con l'enorme beneficio di avere un costo minore, poter curare con un solo intervento più patologie (il corrispettivo pillolone farmacologico) e di avere minimi effetti collaterali. In una società come la nostra destinata ad assorbire sempre più risorse per Sanità e sociale è necessario iniziare a pensare e utilizzare seriamente queste vere e proprie terapie anche se non sponsorizzate e supportate da grandi multinazionali farmaceutiche.

Vincenzo Santoro

Responsabile di Branca Geriatria della Medicina specialistica ambulatoriale dell'Usl 4 di Prato

PREVENZIONE E CONTRASTO DELLA TRATTA DI DONNE E REINSERIMENTO DELLE VITTIME

■ Non ci è stato possibile scrivere prima. Dal momento che all'incontro del 7 aprile in Valdi-

nievole a cui ha partecipato una delle nostre operatrici non se ne è accennato e lei stessa non è riuscita a evidenziare il problema della tratta e dello sfruttamento, nonché delle misure necessarie alla prevenzione, al contrasto e al reinserimento delle vittime, si voleva almeno far presente questa realtà certo non nuova per la Regione Toscana, ma sicuramente da ricollocare in modo adeguato nel nuovo piano.

Tina

per la Casa Conchiglia di Pistoia (che accoglie vittime di tratta e donne, quasi tutte migranti, in situazione di difficoltà)

«PREVEZIONE DI INIZIATIVA»: UNA INTEGRAZIONE DI AZIONI NEL CHRONIC CARE MODEL

■ Si propone di prevedere all'interno del nuovo Pssr un'integrazione di azioni dei percorsi previsti dal chronic care model. Accanto alle tradizionali attività di informazione sanitaria rivolte alla popolazione generale potrebbero essere attivate azioni più specifiche (e dunque maggiormente appropriate) su gruppi a maggior rischio, come appunto quelli destinatari dei percorsi della medicina di iniziativa. A esempio da parte delle Uo di Igiene degli alimenti e della nutrizione potrebbe essere offerta ai destinatari di tali percorsi una consulenza nutrizionale di secondo livello, qualora il medico di medicina generale ravvisi la presenza di fattori di rischio legati a una scorretta alimentazione. Sempre in collaborazione con i medici di medicina generale e con le Società

Nicola Vigiani

Uf Igiene degli alimenti e della nutrizione, Dipartimento di prevenzione Asl 8 Arezzo

Modulo per i contributi a «Partecipa al piano» 2011-2015

- Scegli uno o più temi proposti di tuo interesse
- Aggiungi un tema se hai proposte al riguardo
- Invia i tuoi contributi all'indirizzo e-mail: pianosanitariosociale@regione.toscana.it

Temi proposti:

I risultati del precedente Piano.

Ogni nuovo ciclo di programmazione deve partire dai risultati del ciclo precedente. Quali quelli raggiunti?

Per esempio:

- gli obiettivi raggiunti dal Pssr 2008/2010;

- le criticità ancora aperte;

- le priorità da cui ripartire.

Determinanti di salute:

Il nuovo Pssir vuole valorizzare tutti quegli interventi capaci di agire sui determinanti non sanitari della salute (stili di vita, disagio sociale, consapevolezza personale, ambiente...). Come farlo e con chi?

Per esempio:

- collaborazione con le istituzioni scolastiche;

- partecipazione di associazioni dei cittadini, dei malati, dei loro familiari;

- stretta collaborazione interassessorile e intersettoriale.

La domanda di salute:

La domanda di salute aumenta ogni giorno, ma da cosa dipende? E come rispondere?

Per esempio:

- dall'allungamento della vita;

- dal progresso della medicina e da un ricorso eccessivo alla diagnostica;

- dal mercato della salute;

- dal disagio sociale.

Integrazione:

Una delle parole chiave del nuovo Pssir sarà "Integrazione": fra quali soggetti, articolazioni o percorsi è importante? Come realizzarla?

Per esempio:

- percorsi intra ospedalieri, interni al territorio, tra ospedale e territorio, fra gli interventi preventivi e i servizi specialistici;

- valorizzazione di nuovi ruoli per i professionisti;

- attraverso lo strumento delle Società della salute;

- banche dati comuni.

La rete degli ospedali

In Toscana la rete degli ospedali è stata rivista alla luce della sicurezza e della qualità delle prestazioni rese. Quali i prossimi passi?

Per esempio:

- valorizzazione dei piccoli ospedali;

- accentramento dei servizi iperspecialistici;

- riorganizzazione del personale;

- sperimentazione modelli innovativi.

Appropriatezza:

Il Pssr 2008/10 ci invitava a dare risposte appropriate ai bisogni, ma come?

Per esempio:

- decidendo in base alle evidenze;

- intervenendo sui problemi più diffusi;

- scegliendo le azioni più vantaggiose per la qualità della vita;

- sensibilizzando i professionisti all'appropriatezza;

- altro.

Équipe multiprofessionali:

Sempre più spesso si parla dell'importanza del lavoro in équipe multiprofessionali. Utile davvero? Come e perché?

Per esempio:

- Per favorire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio;

- attraverso coabitazione;

- attraverso lo scambio di dati;

- attraverso i percorsi assistenziali e l'intensità di cura in ospedale.

Nuovi modelli organizzativi:

Il nuovo Piano prevede un'innovazione dei modelli organizzativi e l'evoluzione dei presenti. Verso dove?

Per esempio:

- verso la Sanità d'iniziativa;

- verso l'ospedale per intensità di cure;

- verso un ruolo diverso per i professionisti sanitari;

- verso un ruolo diverso dei Mmg;

- verso modelli già esistenti lontano da noi.

Il modulo di partecipazione è consultabile al sito <http://www.regione.toscana.it/partecipaalpiano>.



direttore responsabile

ELIA ZAMBONI

coordinatore editoriale

Roberto Turno

comitato scientifico

Beatrice Sassi

Susanna Cressati

Sabina Nuti

Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 22 del 7-13 giugno 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

ALIMENTAZIONE Al via la campagna informativa sulle scelte alimentari salutari



«Pranzo sano» in 420 esercizi

Nel marchio due forchette a cuore - In cucina le linee guida del Ssr

Ha preso il via la campagna informativa "Pranzo sano fuori casa", che in Toscana coinvolgerà circa 400 esercenti di bar, ristoranti, pizzerie, tavole calde di tutta la regione. Il progetto, che rientra nel programma della Regione Toscana "Guadagnare salute in Toscana", è finalizzato a migliorare l'offerta nella ristorazione pubblica di pietanze che si caratterizzano per qualità nutrizionale, organolettica e sicurezza e a dare al cittadino che mangia fuori casa la possibilità di scegliere un pasto gustoso e bilanciato dal punto di vista nutrizionale, preparato preferibilmente con prodotti che valorizzano la stagionalità, la tipicità, la filiera corta locale. L'iniziativa si collega in tal senso con altri progetti regionali - "Vetrina Toscana" e "Piramide alimentare toscana" - che hanno finalità similari.

Si è conclusa la prima parte del progetto, cioè la campagna di adesione alle linee guida regionali rivolta agli esercizi di ristorazione, e parte ora la campagna di comunicazione diretta ai consumatori, con spot e trasmissioni in radio e tv, manifesti e locandine, libretti, dépliant. In questa seconda fase è quindi prevista una campagna di comunicazione diretta ai consumatori per promuovere la scelta di pasti salutari e la conoscenza dei luoghi dove questa scelta sia realizzabile. L'esercizio sarà riconoscibile grazie alla vetrofania riportante uno specifico logo, due forchettine che si incrociano, formando un cuore, ma la segnalazione del locale è fatta anche su web attraverso un elenco pubblicato nel sito www.regione.toscana.it/pranzosanofooricasa. Le imprese sono invitate a partecipare a incontri informativi volontari e gratuiti realizzati dalle Aziende Usr e a utilizzare materiale divulgativo per informare i loro clienti. L'adesione non comporta il versamento di alcuna somma di denaro, ma è richiesto il rispetto delle indicazioni contenute nelle linee guida. Le modalità di adesione sono semplici e possono essere reperite sul sito web della Regione Toscana.

Nella prima fase di attuazione, il progetto "Pranzo sano fuori casa" è stato finalizzato alla creazione di una rete di esercizi di ristorazione disposti ad aderire al progetto e a specifiche linee guida elaborate dal Servizio sanitario regionale. Queste linee forniscono indicazioni sulle caratteristiche nutrizionali che un pasto consumato fuori casa deve avere, promuovono l'utilizzo di prodotti freschi e di stagione, di filiera corta e la preparazione di piatti tipici, seguendo i principi della Piramide alimenta-

Consumato fuori casa il 32% dei pasti italiani

Nel 2005 i consumi alimentari nei Paesi dell'Unione, stimati in 1.287 miliardi di euro, erano ricondotti per il 33,8% al consumo di pasti fuori casa. In Italia il fenomeno, negli ultimi dieci anni, ha avuto un tasso di crescita elevato. Alla forte crescita (+25%) messa a segno dal 1995 al 2001 è seguito un progressivo rallentamento negli anni successivi. Ma la situazione europea è articolata. Nell'Europa del Nord il peso maggiore dei consumi alimentari fuori casa si registra in Irlanda, con il 51,7%, nel Regno Unito con il 48,1% e in Austria con 42,7%. Tra i Paesi mediterranei, il peso del consumo alimentare fuori casa osservato in Italia è tra i più bassi con una quota del 32%, superata sia dalla Grecia, che registra il 46,8%, che dalla Spagna con il 50,5 per cento.

In Italia il mercato dei consumi alimentari extra domestici è stimato dalla ricerca Nomisma 2006 in 61 miliardi di euro, in aumento del 4,9%. Rispetto alla rilevazione 2005 effettuata da Nielsen. Più recenti stime Istat calcolano in 65 miliardi di euro il valore dei consumi extra-domestici in Italia nel 2008. Per Ismea solo un terzo di quanti consumano il pranzo fuori casa ordina un menù composto da primo, secondo, contorno e frutta, mentre la maggioranza preferisce un veloce panino o una pizza.

Il luogo più scelto per consumare il proprio pasto fuori casa è il bar, scelto da tre consumatori su dieci, gli altri preferiscono nell'ordine pizzeria e ristorante, quindi self service, mensa, tavola calda e fast food sullo stesso livello di preferenza. La ricerca realizzata da Nomisma dal titolo "New food for new people, nuovi prodotti tra Gdo e ristorazione fuori casa: concorrenza o complementarietà?" evidenzia gli acquisti di piatti pronti e confezionati effettuati presso ipermercati, supermercati e altri punti di vendita alimentare. Prodotti pronti per il consumo venduti al banco, che vengono consumati freddi o riscaldati col forno a microonde; per circa 6,5 milioni di consumatori italiani quest'ultimo rappresenta il modo di consumare il pasto fuori casa (circa un terzo dell'universo).

Raffaele Mannelli
Regione Toscana

re toscana (Pat). Le imprese della ristorazione che hanno aderito fino a oggi al progetto sono 420.

La modifica dei comportamenti di vita, influenzati da fattori extrasanitari, richiede informazione e consapevolezza da parte del cittadino; ma le proposte devono essere piacevoli e attuabili. La ristorazione, può costituire un contesto ideale per promuovere comportamenti alimentari corretti. Da qui l'importanza di sensibilizzare e formare gli addetti alla produzione e somministrazione di alimenti affinché la qualità nutrizionale diventi una prerogativa fondamentale dei loro prodotti. L'abitudine a consumare il pasto fuori casa infatti si sta sempre più diffondendo e interessa molteplici categorie di cittadini. Il tempo della pausa pranzo è limitato e i piatti più proposti sono eccessivamente calorici, poveri in vitamine e minerali, ricchi in sodio e grassi. Il sistema Passi relativo al 2009 stima che in Toscana quasi la metà delle persone di età 18-69 anni

presenta un peso corporeo in eccesso in particolare circa un terzo (30,2%) è in sovrappeso e una su dieci (9,5%) è obesa.

L'azione "Pranzo sano fuori casa" si è sviluppata perseguendo l'integrazione fra diverse aree di intervento regionali - salute, commercio e tutela dei consumatori -, e la collaborazione delle Aziende Usr e di Unioncamere Toscana. Partner operativi del progetto sono stati i due Centri di Assistenza tecnica di Confcommercio Toscana e Confesercenti Toscana, nonché il Comitato regionale dei consumatori e degli utenti e il suo Centro tecnico per il consumo.

Emanuela Balocchini
Regione Toscana
Raffaele Mannelli
Regione Toscana
Antonella Turci
Regione Toscana
Maria Giannotti
Usr / Empoli

MONITORAGGIO CON I CONSUMATORI

Tradizione e filiera corta al check

Il monitoraggio delle risposte dei consumatori e degli esercenti aderenti all'iniziativa "Pranzo sano fuori casa", è affidato al Centro tecnico per il consumo della Toscana, associazione di secondo livello che coordina e promuove una serie di attività con le Associazioni dei consumatori riconosciute attraverso appositi atti amministrativi della Regione Toscana.

L'attività di monitoraggio è basata su un sistema che prevede l'elaborazione di strumenti modeling - interviste, misurazioni, reporting - destinati a verificare l'andamento dell'iniziativa, la soddisfazione del cliente e la valutazione dell'esercente. Infatti gli esercizi che hanno aderito al progetto si sono impegnati ad offrire ai propri clienti, oltre alle loro consuete proposte gastronomiche, anche una serie di pasti che conciliano il gusto a caratteristiche nutrizionali salutari, secondo linee guida condivise. Saranno privilegiati i piatti di produzione locale, l'utilizzo di frutta e verdura di stagione e alimenti freschi, ma anche insalate e panini dovranno essere preparati in modo semplice, nel rispetto della tradizione gastronomica toscana e della corretta alimentazione.

Insomma il consumatore toscano, dopo aver ottenuto le informazioni fondamentali per poter giudicare se e quando un pranzo è da considerarsi salutare, potrà esprimere, tramite la compilazione di un questionario che troverà negli stessi locali aderenti, la propria soddisfazione circa i molteplici aspetti del pranzo consumato, quali ad esempio il gusto, la qualità degli ingredienti, rendere note le proprie abitudini alimentari: se e quante volte pranza fuori casa, se risulta essere già attento al consumo di un pasto salutare; o indicare la propria opinione circa il rapporto qualità-prezzo e altri aspetti riguardanti la scelta di consumare un pranzo così composto.

Dall'altro lato anche all'esercente verrà data la possibilità di esprimere la propria opinione circa il progetto, soprattutto dovrà valutare le informazioni ricevute, la soddisfazione dei clienti, e indicare le condizioni per sviluppare le azioni positive. Alle Associazioni dei consumatori della Toscana è affidato anche il delicato ruolo di "cliente fantasma", per testare dal vivo gli effetti dell'iniziativa, si recheranno negli esercizi aderenti e osserveranno tutti quegli aspetti che l'occhio ormai attento degli operatori delle Associazioni riescono a intravedere più e meglio di ogni altro consumatore. Lo start-up del progetto è fissato all'inizio di giugno 2011.

Pietro Tanzini

Presidente del Centro tecnico per il consumo della Toscana



Il logo della campagna

IL PARERE DELLA FIPE

«Un ruolo sociale per il ristoratore»

Fipec Toscana aderisce con entusiasmo al progetto "Pranzo sano fuori casa" promosso dalla Regione Toscana e inserito nel programma Guadagnare salute in Toscana con più di 200 imprese tra bar e ristoranti nelle varie province toscane, esercizi riconoscibili attraverso la vetrofania delle due forchette esposta sulla vetrina. L'intento di questa iniziativa promossa dalla Regione Toscana, invitare chi mangia fuori casa a consumare un pasto gustoso ma anche bilanciato dal punto di vista nutrizionale, ci trova perfettamente concordi e prontissimi a collaborare. Prestare attenzione alla quantità e alle combinazioni degli alimenti, nonché alla loro freschezza e qualità, fa bene alla salute e - in questo caso - anche al portafoglio. Tutti noi abbiamo ormai assunto da anni abitudini alimentari in discontinuità col passato, con l'aumentare degli impegni giornalieri e una frenetica accelerazione dei ritmi. Il pranzo infrasettimanale è spes-

so frettoloso e trascurato, addirittura spessissimo si compone di un panino consumato di fronte al computer: scarsa quantità ma anche modesto valore nutritivo contro invece una robusta dose di grassi. Con questo progetto il ristoratore assume un ruolo sociale, accompagnando il cliente nella scelta degli alimenti, consigliandolo verso cibi freschi, stagionali, non manipolati. Si tratta di educazione a un nuovo stile alimentare, salutare ma con un occhio al piacere della tavola. Del resto, preservare i valori della gastronomia sul nostro territorio, così fecondo di prodotti freschi e ricco di ricette essenziali ma prelibate, è una delle responsabilità che Fipec Toscana sente più chiaramente e che determina gli indirizzi del nostro lavoro.

Aldo Cursano
Presidente Federazione italiana pubblici esercizi, Confcommercio Toscana

L'INVITO DI CONFESERCENTI

«Uno stimolo a migliorare l'offerta»

Richiamando l'indagine svolta nei primi mesi del 2011 dal Centro studi turistici su un campione di 1000 utenti - che indica che quasi un quarto dei cittadini toscani pranza abitualmente fuori casa per motivi legati a impegni di lavoro o studio -, l'abitudine a frequentare un bar o snack bar per la pausa pranzo è largamente diffusa nella nostra regione e la riduzione del potere d'acquisto verificatasi nel corso degli ultimi due anni, induce una crescente attenzione ai costi e al rapporto prezzo-qualità. Il progetto "Pranzo sano fuori casa", ben si inserisce nello scenario delineato, avendo l'obiettivo di aumentare la possibilità per chi mangia fuori casa di consumare un pasto gustoso, ma senza l'aggiunta di salse; bilanciato da un punto di vista nutrizionale; confezionato con prodotti toscani, freschi, di qualità. Si tratta quindi a nostro giudizio di un'ottima iniziativa, la quale, oltre a promuovere abitudini di consumo intelligenti e salutari, sollecita gli operatori profes-

sionali del settore a migliorare la propria offerta diversificandola e collegandola con le produzioni locali di qualità. Il progetto è inoltre arricchito da una serie di azioni formative rivolte agli operatori, in modo da informarli adeguatamente riguardo la stagionalità, le caratteristiche nutrizionali dei prodotti, oltre che sulla relativa possibilità di utilizzo. Il vantaggio derivante dalla creazione della rete di esercizi di "Pranzo sano fuori casa" è quindi evidente, sia per i produttori, che per gli operatori professionali oltre che per gli utenti. Confesercenti Toscana invita quindi gli operatori ad aderire alla rete e gli utenti a individuare all'indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pranzosanofooricasa> gli esercizi da frequentare.

Santino Cannamela
Presidente regionale della Federazione italiana esercenti pubblici e turistici Confesercenti Toscana

PISTOIA

L'Asl 3 vara la totale digitalizzazione della diagnostica per immagini

A regime il sistema Ris-Pacs



Gestione informatica di 200mila esami all'anno - I referti in un cd

Migliore qualità delle immagini, riduzione degli errori, referti sempre disponibili, minori costi, maggiore sicurezza e più ecologia. Sono alcune delle principali caratteristiche del Ris Pacs - Radiology Information System e Picture Archiving and Communication System - il sistema informatico che nell'Asl 3 di Pistoia ha portato alla completa digitalizzazione dei dati e delle immagini delle indagini diagnostiche (radiografia, ecografia, Tc, Rmn, mammografia, e così via).

è la prima azienda sanitaria dell'Area vasta centro a rendere completamente operativo a oggi il sistema Ris Pacs con l'attivazione delle procedure per la firma digitale dei referti e la conservazione sostitutiva di referti e immagini in formato digitale - è ora in grado di gestire oltre 200mila esami all'anno. Il sistema rappresenta per l'azienda un investimento economico di circa 9 milioni in cinque anni.

Con il Ris Pacs le indagini radiologiche e i referti viaggiano attraverso il modulo web del Ris. Reparti, sale operatorie, pronto soccorso

interagiscono con la radiologia migliorando il processo diagnostico e ottimizzando le risorse umane. Grazie a questa integrazione, per esempio, i medici del reparto nel quale il paziente è ricoverato possono visualizzare sul monitor del computer, in tempo reale, sia il referto sia le relative immagini diagnostiche. I risultati non arrivano più sotto forma di stampa ma via rete, in modo veloce, sicuro e continuo. Una comunicazione resa ancora più semplice grazie al teleconsulto.

Si possono ottenere anche valutazioni cliniche con l'invio in tempo reale degli esami

refertati agli specialisti dei presidi extraprovinciali (per il momento Careggi e Asl10). Entro la prossima estate, il collegamento sarà effettuato con tutte le altre aziende dell'Area vasta centro (Asl di Empoli, Prato e Aou Meyer). Inoltre il cittadino che effettua un'indagine radiologica riceve al posto delle pellicole una cartella con all'interno un cd contenente le immagini dell'esame eseguito e il relativo referto leggibili con un comune computer.

Daniela Ponticelli
Ufficio Stampa Asl 3 di Pistoia

LIVORNO

Diagnosi del diabete gestazionale: il punto in un convegno regionale

L'Asl 6 di Livorno ha fatto ancora una volta da battistrada in Toscana sul fronte del diabete gestazionale. «Dopo essere stata la prima in Regione ad applicare le nuove linee guida per lo screening di questa particolare patologia - spiega Graziano Di Cianni, il Direttore dell'Unità operativa complessa di Diabetologia dell'Asl 6 di Livorno - ha avuto l'onore di ospitare lo scorso maggio la Conferenza regionale sui nuovi criteri per la diagnosi del diabete gestazionale. Si è trattato non solo di un incontro dall'alto valore scientifico, ma di un vero e proprio riconoscimento alla città e alla nostra azienda del ruolo di primo piano assunto su questa tematica».

durante la gravidanza hanno alte probabilità di veder comparire la malattia in età avanzata. L'incontro, che ha visto la partecipazione di autorevoli esponenti locali ma anche dei maggiori esperti in campo nazionale e internazionale sulla tematica del diabete, è stato articolato in tre sessioni: "Screening e diagnosi del diabete gestazionale"; "Terapia e follow-up del diabete gestazionale"; "Quale modello di percorso diagnostico-assistenziale per il diabete gestazionale è attuabile nella realtà organizzativa nazionale e locale?".

«La Conferenza regionale - continua Di Cianni - è stata l'occasione per confrontarsi sui criteri recentemente definiti a livello internazionale per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale con l'obiettivo di verificare lo stato d'implementazione raggiunto, fare emergere eventuali criticità e raccogliere proposte per favorire l'applicazione nelle diverse realtà assistenziali».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

Focus sui percorsi di screening e assistenziali

LUCCA

Costruzione del nuovo ospedale, già completata la struttura di base

Nel pieno rispetto del cronoprogramma è stata completata nel mese di maggio la struttura di base del nuovo ospedale di Lucca. Iniziati i lavori per l'impiantistica e quelli propedeutici all'installazione dei pannelli esterni, che saranno montati a giugno con una procedura simile a quanto è stato fatto per il Museo Guggenheim di Bilbao e l'Opera House di Sidney.

La facciata continua del nuovo ospedale, con colori che rispetteranno il contesto urbanistico, sarà composta da un sistema a pannelli prefabbricati (cellule) che saranno assemblati in officina per minimizzare le lavorazioni in cantiere. Contestualmente proseguono intanto gli interventi per la realizzazione dell'edificio economico e quelli per la sistemazione degli spazi esterni, fra cui il completamento della piazzola dell'elisoccorso. I lavori del nuovo ospedale saranno conclusi entro il 2012 ed entro il 2013 sarà possibile, come programmato, l'inizio dell'attività. Nelle varie attività di cantiere sono stati impiegati

120 lavoratori, il piano interrato dell'edificio principale è stato realizzato in 2 mesi e mezzo, mentre per completare i piani fuori terra sono stati impiegati 5 mesi e mezzo.

Il nuovo ospedale di Lucca è stato progettato per ospitare tutti i servizi necessari per una struttura all'avanguardia. I lavori seguono gli standard definiti dalla moderna progettazione e tra le caratteristiche principali si possono elencare la sicurezza, la compattezza e l'utilizzo di criteri di progettazione e costruzione antisismica che rappresentano una garanzia assoluta di stabilità.

«Le nostre comunità potranno contare su una rete ospedaliera sempre più adeguata alle necessità sanitarie - afferma il direttore generale dell'Asl 2 di Lucca, Oreste Tavanti - con servizi di eccellenza per la qualità delle prestazioni, la tutela della persona, l'accoglienza, le tecnologie di ultima generazione, la specializzazione del personale».

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Usl 2 di Lucca

Consegna prevista entro il 2013 come da progetto

AREZZO

Trenta candeline per la nefrologia dei nosocomi nell'area Valdarno

La Nefrologia in Valdarno compie 30 anni. Come reparto è stata istituita negli ospedali del Valdarno nel mese di maggio del 1981. Un trentennio che è stato ripercorso a un convegno che si è svolto a Terranuova il 13 e 14 maggio scorso.

Il reparto di nefrologia di Monteverchi è nato come centro satellite del reparto di Arezzo e solo negli ultimi anni ha raggiunto una piena autonomia con personale medico e infermieristico dedicato. Durante questi 30 anni il numero dei pazienti è raddoppiato: vengono seguiti nelle varie tipologie di ambulatorio oltre 1.500 persone e nell'ultimo anno è stata progettata e messa in atto una strategia aziendale che lega i medici specialisti con quelli del territorio in una azione comune di contrasto all'espandersi della malattia renale.

Gli ultimi studi epidemiologici indicano purtroppo che in Italia circa il 10% della popolazione potrebbe avere una qualche patologia che direttamente o indirettamente interessa i reni. Lo sforzo che viene adesso condotto proprio a partire dalla

Nefrologia di Monteverchi, diretta da Carlo Mura, insieme ai Mmg coordinati da Anna Domenichelli e da Mario Ametoli, è dedicato a questo aspetto: individuare le persone a rischio e curare adeguatamente quelle che manifestano una tendenza alla progressione della malattia renale per allontanare o evitare il ricorso alla dialisi.

I medici in questa battaglia avranno un alleato indispensabile nella Associazione Emodializzati del Valdarno, che compie attività di ricerca e promuove a livello locale tutte le iniziative di sensibilizzazione e di educazione sanitaria che riguardano la malattia renale.

Il convegno del 13 e 14 maggio a Terranuova Bracciolini ha quindi fatto conoscere alla popolazione e ai medici specialisti e di base i cardini della attività futura e tutti gli attori coinvolti in questo progetto che andrà a cercare una patologia silenziosa e subdola, senza aspettare che essa si manifesti quando ha provocato ormai seri danni.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 di Arezzo

Sinergie in corso tra Mmg e medici d'ospedale

IN BREVE

▼ LUCCA

È stata operata per una frattura di femore, dal Dipartimento ortopedico dell'ospedale di Lucca, Teresa Mannolini, una paziente che a maggio ha compiuto 106 anni. A eseguire l'intervento, perfettamente riuscito, un'équipe guidata da Gianluca Franceschi. Per il reparto si è trattato di un'operazione di routine ma resta la particolarità legata all'età della paziente, che fa riflettere sul fatto che l'invecchiamento della popolazione fa aumentare la probabilità di dover curare nel prossimo futuro i centenari non come "rarità", ma come nuova categoria di pazienti. Il 22% della popolazione in questa zona della Toscana ha oltre i 65 anni, circa il 5% ha più di 80 anni e l'indice di anzianità della Lucchesia è tra i più alti a livello nazionale.

▼ VIAREGGIO

Le Asl di Livorno e di Viareggio hanno illustrato le caratteristiche della convenzione che prevede il ricorso alla tele-radiologia per la consultazione neurologica che permetterà di visualizzare in tempo reale immagini in alta definizione sui monitor di refertazione della Uo Neurochirurgia livornese, acquisite direttamente a Viareggio. La collaborazione, per il momento di durata annuale, sostituisce quella con l'Azienda ospedaliera universitaria di Pisa e permetterà di velocizzare i tempi di consulenza e intervento a tutto vantaggio dei pazienti e della qualità delle prestazioni loro fornite. La tele-refertazione dei pazienti di Neurochirurgia, infatti, permetterà di aumentare la precisione delle diagnosi riducendo il pericolo degli spostamenti.

▼ PRATO

In questi primi giorni di giugno si sta distribuendo ai pazienti dell'hospice "Il fiore di primavera" di Prato, un questionario della Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti, ovvero "la scheda del sollievo" per raccogliere informazioni sulla sofferenza negli ospedali e dati qualitativi sul vissuto di sollievo e di sofferenza. Inaugurato nel 2009 e ospitato a palazzo Muzzarelli-Verzoni di Prato, l'hospice ha aperto le sue porte alla cittadinanza domenica 29 maggio, in occasione della X Giornata nazionale del sollievo con l'obiettivo di diffondere la cultura del sollievo. Gli operatori hanno dato informazioni sulla struttura, sulle cure e sul diritto di ognuno a non soffrire e a essere accompagnato nel suo percorso di malattia con dignità.

CALENDARIO



9
giugno
2011

FIRENZE

Nella sala Meeting dell'Ordine dei medici, presentazione del 4° Rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale (Oisg): "Salute globale. InFormAzione per cambiare". Ovvero quello che raccontano, non raccontano, o raccontano solo in parte i media. Per info: 055496522



10
giugno
2011

FIRENZE

Nella Sala degli affreschi del Consiglio regionale toscano si svolge l'incontro «Retrecedro: 10 anni di attività. La Rete dei centri di documentazione sulle dipendenze patologiche: una risorsa della Regione Toscana». Saranno illustrati percorsi e prodotti realizzati dai centri della rete in 10 anni di attività. Info: tel. 055/6263315; e-mail: cesda@asf.toscana.it



14
giugno
2011

PISA

Presso la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa si terrà un workshop del Laboratorio MeS, dal titolo "Primary Care: Regional strategies to improve efficacy and equity while guaranteeing economic sustainability". Al workshop parteciperanno relatori di rilevanza nazionale e internazionale. Per info: 050083861, direzionemes@sssup.it

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

INTER
NET
PER
TUTTI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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