Servizio Sanitario della Toscana

Il Sole 24 ORE

Sanità Toscana

Servizio Sanitario della Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 37
anno XII del 6-12 ottobre 2009
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

La salute è un patrimonio di tutti

di M. J. Caldés Pinilla *

Uno dei più vecchi dilemmi della cooperazione internazionale è quello di scegliere tra piccole progettualità e grandi interventi. Quale sia la migliore scelta in assoluto è una discussione destinata a rimanere aperta. La Regione Toscana, in materia di cooperazione sanitaria internazionale, ha appoggiato negli anni azioni di varie dimensioni.

Ma cosa porta una Regione come la Toscana, piccola se paragonata allo scenario mondiale, a costruire ponti di solidarietà e sostegno con popoli a volte così lontani?

Innanzitutto, la ferma convinzione che il diritto alla salute sia un patrimonio dell'umanità intera. Un concetto questo che rischia di apparire banale se si pensa alla pluralità di volte in cui lo si trova scritto o menzionato, ma che risulta ancora tragicamente distante dall'essere realizzato. L'ultimo rapporto dell'Oms, i cui princìpi sono ampiamente condivisi dalla Regione Toscana, afferma che nel mondo la spesa pubblica annuale per la salute varia da meno di 20 dollari a persona a oltre 6mila dollari e che, ogni anno, più di 100 milioni di persone, a causa delle spese sanitarie, sono spinte al di sotto della soglia di povertà. Sono dati sconfortanti soprattutto se pensiamo che arrivano 31 anni dopo la Conferenza di Alma Ata dove 134 Paesi e 67 organiz-

CONTINUA A PAG. 2

COOPERAZIONE *Le iniziative internazionali della Regione per favorire lo sviluppo*

Cure toscane per il mondo

Dai Paesi dell'Europa dell'Est all'Africa: in campo più di 150 progetti

Oltre trenta Paesi, più di 150 progetti, diverse decine di operatori e una quantità inestimabile di beneficiari. Questi sono alcuni dei numeri della cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana: tanti i progetti già conclusi, ancora più numerosi quelli in fase di attuazione.

Una programmazione costante che comporta non solo grandi responsabilità, ma anche un'ottima opportunità di crescita. Siamo chiamati a un indispensabile esercizio di valutazione dei risultati che ci aiuta a creare consapevolezza e a tracciare nuove traiettorie d'azione. Di tutto questo si è discusso alla VIII Conferenza regionale sulla cooperazione internazionale che si è tenuta il 23 e 24 settembre 2009 a Siena dal titolo «Cooperazione internazionale e pace. La Toscana nel mondo: partenariati per il co-sviluppo e la riconciliazione».

Nella Strategia di cooperazione sanitaria internazionale 2009-2010 si è cercato di dare agli operatori del territorio toscano indicazioni importanti, sia per quanto riguarda le aree geografiche di interesse prioritario che i relativi settori d'intervento. Così, a esempio, troviamo che in Africa Sub Sahariana, la Regione orienta i suoi interventi sia verso la lotta all'epidemia di Aids - destinataria prediletta di una quantità enorme di finanziamenti mondiali -, Tbc e altre malattie neglette, che nel rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici, con particolare attenzione alla Phc (Primary health care) e alla salute materno-infantile. Quest'ultimi in particolare sono ambiti in cui abbiamo ottenuto risultati sorprendenti se si considera il rapporto costi/benefici. È il caso dell'esperienza di Nanoro in Burkina Faso - per ricordarne uno - dove attraverso l'Aou Meyer, supportiamo un piccolo progetto di lotta alla malnutrizione infantile. In appena due anni, attraverso il lavoro degli specializzandi in pediatria e dei loro tutor, sono stati visitati ambulatorialmente 3.600 bambini ed eseguiti 632 ricoveri per combattere le principali cause di morte.

Nell'area balcanica, l'Europa dell'Est e nei Paesi arabi del Mediterraneo invece, si lavora su un altro livello, ossia quello del trasferimento di conoscenze e competenze specializzate per il miglioramento complessivo della offerta di prestazioni sanitarie. Ancora diverso è il discorso relativo alla cooperazione sanitaria con il Medio Oriente. In questo contesto così delicato le nostre iniziative sono volte innanzitutto alla tutela del diritto alla salute delle popolazioni palestinesi, ma senza dimenticare quella cornice più ampia che è rappresentata dal miglioramento dei rapporti tra Israele e Palestina. Vale la pena ricordare, a questo proposito, il lavoro svolto dal team toscano di cardiochirurghi dell'Aou Pisana e dell'Opa di Massa che dal gennaio 2008 a oggi hanno compiuto 7 missioni all'ospedale di Ramallah, in Palestina, dove hanno eseguito ben 75 interventi con ottimi risultati. E ancora, il progetto che l'Aou Senese sta portando avanti in Kenya, presso il Ruaraka Neema Hospital e riguarda l'ambito materno-infantile e la cura delle disabilità. Si tratta di un intervento che prevede sia attività di formazione per il personale locale che ambulatoriali per la popolazione delle baraccopoli. Le cifre parlano di un bacino d'utenza di circa 400mila persone in un'area che presenta tassi di mortalità materna superiore a 1.000 donne per 100mila neonati vivi. Numeri drammatici, numeri che parlano di esperienze, di sofferenze, paure ma soprattutto di bisogni sempre vivi.

Bisogni che sono l'oggetto di tante altre iniziative, altri scenari, volti, enti diversi che non abbiamo potuto citare singolarmente ma il cui impegno quotidiano e silenzioso ci permette di continuare a parlare di Sistema toscano di cooperazione sanitaria internazionale.

Suela Cadri
Referente cooperazione sanitaria
Regione Toscana

APPROVATO IL PROTOCOLLO D'INTESA

Le Asl puntano i riflettori sulle dipendenze

Stanziati 300mila euro per la Rete dei centri di documentazione

La Regione Toscana ha approvato il protocollo di intesa con Aou di Careggi, Asl 7 Siena, Asl 8 Arezzo, Asl 10 Firenze e Provincia di Lucca per lo sviluppo e il consolidamento di «Retecedro - Rete dei centri di documentazione sulle dipendenze». Grazie all'approvazione della delibera n. 741 del 31 agosto saranno investiti 300mila euro per il biennio 2009-2010 con l'obiettivo di ottimizzare le risorse presenti sul territorio per favorire la comunicazione e l'incontro tra esperienze, valorizzare una maggiore qualità nella lettura del fenomeno delle dipendenze da sostanze (tossicodipendenza, alcol e fumo) e comportamentali (gioco d'azzardo, disturbi del comportamento alimentare, Internet). «Retecedro» investe sui Centri di documentazione attraverso la costruzione e lo sviluppo di un sistema stabile e omogeneo di documentazione, catalogazione, informazione e collegamento in rete. I soggetti coinvolti favoriranno sviluppo, consolidamento e qualificazione dei Centri di documentazione sulle dipendenze e l'aggiornamento e la qualificazione degli operatori e del materiale documentale e informativo.

CONTROCANTO

Senza lungimiranza non c'è vero aiuto

di Fabio Laurenzi *

Il diritto alla salute come diritto umano. Ecco quello che dovrebbe continuare a ispirare con sempre maggior forza la cooperazione internazionale sanitaria della Regione Toscana. Assumere tale riferimento significa riconoscere che una assistenza sanitaria pubblica e gratuita è uno dei tasselli fondamentali per uno sviluppo equo, democratico e sostenibile in gran parte dei Paesi più poveri e in via di sviluppo, oggi più che mai.

Gli altri tasselli, come si sa, sono l'istruzione, il lavoro, la libertà di intraprendere, le libertà civili

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Ausili hi-tech: incentivi alle aziende

La Giunta regionale ha deciso di incentivare, nell'ambito degli interventi di assistenza protesica, le attività avviate dalle Asl nel settore degli ausili elettronici e informatici per la comunicazione, l'apprendimento e il controllo ambientale. Sarà sostenuto lo sviluppo dei laboratori ausili aziendali che garantiscono, tramite il lavoro di un'équipe multidisciplinare, efficaci e appropriati interventi di individuazione e valutazione dei dispositivi protesici ad alta tecnologia a favore di utenti con gravi disabilità. *(Delibera n. 748 del 31/09/2009)*

Ok a indagine su termovalorizzatore

Approvato il progetto «Indagine epidemiologica sulla popolazione nell'area del termovalorizzatore di Falascaia e sulla contaminazione da Pcdd, Pcdf e sostanze diossina simili nel territorio versiliese, attraverso l'uso di indicatori biologici, con particolare riferimento all'area di pertinenza del termovalorizzatore di Falascaia a Pietrasanta», presentato dal Dipartimento di prevenzione dell'Asl 12 di Viareggio. Il progetto vuole acquisire conoscenze sulle caratteristiche qualitative e quantitative del gruppo di inquinanti appartenenti alle diossine e ai Pcb eventualmente emessi dall'impianto. *(Delibera n. 792 del 14/09/2009)*

ALL'INTERNO

Firenze pensa «lean» A PAG. 3

Obesità: così sarà il centro Ue A PAG. 4-5

A Grosseto imaging boom A PAG. 7

ONCOLOGIA *A Pontedera focus sulle neoplasie, comprese quelle ematologiche*

SST Servizio Sanitario della Toscana

Se l'attesa è la miglior cura

Nelle gammopatie monoclonali conta l'osservazione clinica più delle analisi

Il 10 e il 17 ottobre 2009 a Pontedera si terrà il VI seminario di oncologia «Ricerca di percorsi condivisi di diagnosi e terapia su neoplasie più frequenti e su neoplasie più rare». Durante questo incontro, diviso in due giornate, saranno discussi i progressi validati di terapia chirurgica, medica e radiante del tumore mammario, del tumore ovarico e saranno fatte le prime valutazioni a un anno dall'inizio della vaccinazione anti Hpv obbligatoria.

Inoltre, nella seconda giornata, si discuterà dell'integrazione tra specialisti e Mmg nella cura di alcune malattie ematologiche, delle leucemie linfatiche croniche e le leucemie mieloidi croniche, delle malattie neoplastiche e trombosi e infine sarà illustrato l'impegno della Regione Toscana nella cura dei tumori. La prevenzione, la diagnosi precoce e le terapie più attuali sono quindi al centro della discussione di queste due giornate che porranno a confronto varie figure professionali con l'intenzione di giungere a percorsi di diagnosi e cura condivisi e omogenei. Durante la seconda giornata del seminario, in cui interverrà anche il Direttore scientifico dell'Istituto toscano tumori, Lucio Luzzatto, si parlerà anche delle gammopatie monoclonali.

Nel mirino anche l'integrazione tra Mmg e specialisti

Tra le patologie ematologiche queste costituiscono un evento di frequente riscontro. Il riscontro di una pur minima componente monoclonale pone un serio problema diagnostico che deve essere affrontato con serenità, ma decisione. Indipendentemente dalle dimensioni quantitative della componente monoclonale, l'occasionale rilievo dell'alterazione elettroforetica impone un dettagliato programma diagnostico: deve essere valutata la presenza di comorbilità o di dolori ossei e devono essere impostati esami miranti a escludere malattie autoimmuni, patologie croniche infettive o degenerative, malattie linfoproliferative.

In definitiva questo rilievo pone l'occasione per un check-up esteso e nel contesto di queste valutazioni è necessario tipizzare la componente con l'immunofissazione, valutare il dosaggio delle immunoglobuline e delle catene leggere sieriche e urinarie, la calcemia, la funzione renale e l'emocromo.

Uno studio ecografico dell'addome e delle stazioni linfonodali e un Rx del torace saranno sufficienti per valutare eventuali localizzazioni linfomatose o la presenza di neoplasie primitive o metastatiche. Finalmente, una volta escluse patologie sottostanti e caratterizzata qualitativamente e quantitativamente la componente monoclonale, occorre porre diagnosi differenziale tra gammopatia di incerto significato e mieloma. A parte le forme di mieloma conclamato che giungono all'osservazione con i segni caratteristici della malattia avanzata (anemia, insufficienza renale, ipercalcemia, iperviscosità, fratture) la diagnosi differenziale non è semplice e, frequentemente, non risolvibile neppure con tecnologie avanzate o invasive.

Lo studio midollare, corredato di analisi del cariotipo, fenotipizzazione citofluorimetrica delle plasmacellule, e studi molecolari, infatti non permette, nella maggioranza dei casi con piccola componente monoclonale, una diagnosi di certezza. Il mieloma può, infatti, essere diagnosticato con certezza sulla base delle localizzazioni ossee e dei segni sopra riferiti o, più in generale, sulla progressione della malattia facilmente seguibile con la misura quantitativa della componente monoclonale, è di norma lentamente evolutivo e non è necessario ricontrollare la componente monoclonale e gli altri parametri ematochimici rilevanti con scadenze inferiori a sei mesi.

Questo atteggiamento di attesa può determinare ansia nel paziente che deve essere tranquillizzato dal sapere che un eventuale mieloma non andrebbe comunque trattato fino alla comparsa dei segni e dei sintomi. L'attesa, quindi, è obbligatoria in assenza di patologia ematologica maligna conclamata e non determina modificazioni delle scelte terapeutiche. Al contrario, considerando le possibilità che i nuovi farmaci integrati alle opzioni trapiantologiche ci offrono, un atteggiamento prudente darà l'opportunità di evitare rischi inutili.

Dimostrato il ruolo prognostico della Pet

Lo studio radiologico dello scheletro andrà riservato a quei casi che lamentino sintomi o che abbiano un'evidente progressione di malattia anche se una sua positività è relativamente tardiva. La risonanza magnetica nucleare è molto sensibile ma può essere effettuata su una porzione di scheletro (a esempio la colonna vertebrale). Recentemente è stato dimostrato il ruolo diagnostico e prognostico della Pet che permette una valutazione estesa (escluso il cranio) con un possibile impatto prognostico. Concludendo, valgono più l'attesa e l'osservazione clinica che un'esasperata ripetizione di analisi.

Mario Petrini
Dir. Ematologia universitaria Pisa
Andrea Modesti
Mmg a Pontedera
Cecilia Del Papa
Mmg a Pontedera

LE STRATEGIE DI PREVENZIONE DEL CANCRO

Il test anti-Hpv più efficace del Pap test

Aver individuato come principale causa del carcinoma cervicale l'infezione da Hpv ha aperto nuovi fronti sia in termini di prevenzione primaria, mediante vaccinazione, che di prevenzione secondaria con l'implementazione di nuove metodologie di screening.

Recentemente sono stati pubblicati i risultati di due trial randomizzati controllati che hanno paragonato la performance del test per l'Hpv come test di screening primario con quella del Pap test tradizionale. Gli studi hanno dimostrato che il test Hpv aumenta la capacità diagnostica di lesioni Cin3+ del 70% rispetto al Pap test, mentre dopo 5 anni da un test Hpv negativo si osserva una riduzione delle stesse lesioni del 55% rispetto alle donne con precedente Pap test negativo. Dati analoghi sono stati osservati per le lesioni Cin2. La somma delle lesioni diagnosticate dalle due strategie in due episodi di screening (arruolamento nello studio e successivo passaggio dopo cinque anni) è sovrapponibile. Questo dimostra che non vi è una sovradiagnosi significativa dovuta al test per l'Hpv, ossia che tra le lesioni diagnosticate in più dal test per l'Hpv all'arruolamento non ve ne erano di destinate a regredire spontaneamente. Pertanto la maggiore sensibilità del test per l'Hpv osservata negli studi trasversali è espressione di un'anticipazione della diagnosi rispetto al Pap test tradizionale, se si seguono adeguati protocolli di gestione delle donne Hpv positive.

In Italia è in corso un trial multicentrico (Ntcc) di grandi dimensioni, con circa 100mila donne arruolate, sulla performance del test Hpv e i cui dati definitivi sono in corso di pubblicazione. I risultati dello studio, condotto entro programmi di screening organizzato, a cui hanno partecipato circa 16mila donne di Firenze e provincia, arruolate presso l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) che ha rappresentato anche il laboratorio di riferimento nazionale per tutto lo studio, sono risultati sovrapponibili a quelli dei trial citati.

Il test Hpv ha una sensibilità nettamente superiore rispetto al Pap test sia nelle donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni che in quelle di età superiore. Lo studio ha, inoltre, messo in evidenza che, con l'utilizzo del triage citologico dopo test Hpv positivo, si mantiene il guadagno in sensibilità riportando la specificità a valori sostanzialmente simili al braccio convenzionale.

L'esperienza di ricerca maturata dall'Ispo in molteplici settori, a partire dalle analisi di nuovi test e nuovi modelli organizzativi nello screening citologico fino alla valutazione dell'integrazione tra pratiche vaccinali e attività di screening e agli studi di prevalenza di infezioni nelle popolazioni in età di screening e in fascia 18-24 anni, dimostra la vitalità e il contributo che la Regione Toscana può dare in questo ambito.

Sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del ministero del Welfare ha promosso uno studio di fattibilità per l'utilizzo del test Hpv come test di screening primario al posto del Pap test individuando alcune regioni pilota, tra cui la Toscana, per 8 programmi di screening complessivi. La protezione fornita alla donna con un'ipotesi di test Hpv ogni 3 anni è superiore a quella fornita dalla citologia convenzionale e conseguentemente risulta etico uno studio di questo tipo. Lo scopo è quello di valutare in aree geografiche diverse i nuovi modelli organizzativi e le eventuali criticità. In Toscana verranno arruolate, nel periodo 2009-2010, 8mila donne residenti nel territorio fiorentino, alle quali sarà offerto, come test di screening, il test Hpv con successivo esame citologico in caso di positività del test.

Massimo Confortini
Francesca Maria Carozzi
Uo citologia analitica e biomolecolare
Istituto studio e prevenzione oncologica

CONTROCANTO *(segue dalla prima pagina)*

e politiche ecc.. Un intervento di emergenza sanitaria o un'azione di accoglienza in Toscana di malati provenienti dall'estero possono curare o salvare decine o centinaia di persone per un certo periodo. Per questo si deve essere pronti a realizzarli. Un funzionante sistema sanitario decentralizzato, parte di una politica nazionale della salute, può curare e salvare migliaia o milioni di persone in maniera permanente. Verso questo obiettivo si dovrebbero concentrare ancora di più gli sforzi della politica e dei funzionari che in questi ultimi anni hanno dato una svolta in più e in meglio all'impegno internazionale sulla salute dell'istituzione regionale toscana. Si tratta di portare a compimento l'integrazione della cooperazione sanitaria nel sistema e nella programmazione più complessiva della cooperazione internazionale della Regione Toscana, di rifuggire - o contenere - le sirene dell'umanitario e dell'emergenza, di cercare e proporre collaborazioni e complementarietà tra con le Ong e le associazioni di cooperazione internazionale.

Accettare l'idea del lavoro e di risultati sul lungo periodo, valorizzare il capitale tecnico-scientifico-organizzativo (oltre che di risorse finanziarie) del sistema della salute della Toscana nel quadro di partenariati con i soggetti - toscani e dei Paesi di cooperazione - che danno prova di maturità, efficacia e competenza nella cooperazione internazionale. Non dimenticare mai la dimensione politica e culturale, soprattutto quando si parte dai territori: si devono pensare e implementare azioni positive che raccontino al cittadino-utente del sistema sanitario toscano dove e perché esiste il diritto negato alla salute, cosa di bene sta facendo la propria Regione ma anche e soprattutto quanto di "buono" e di "bene" s'incontra nel Paese "povero", cercando così di restituire un'immagine del Sud del mondo che dia il giusto spazio alle idee, all'impegno e all'organizzazione di uomini, donne, associazioni e istituzioni che sono l'anima e il presupposto di qualunque minimo successo che possiamo conseguire con i nostri progetti di cooperazione internazionale.

** Portavoce coordinamento Ong e Associazioni di cooperazione internazionale della Toscana*

La salute è un patrimonio... *(segue dalla prima pagina)*

zazioni internazionali, si impegnarono a proteggere e promuovere la salute di tutti i popoli del mondo.

Come ha risposto la Toscana a questo imperativo tutt'ora attuale? Affidandosi e appoggiando la sua ampia rete di operatori sanitari, enti locali, associazioni e altri organismi che hanno contribuito a comporre un ricco mosaico di iniziative e progettualità sotto le linee d'indirizzo dettate dalla strategia regionale, frutto di un lavoro congiunto tra l'assessorato alla Salute e l'assessorato alla Cooperazione internazionale.

Abbiamo fortemente voluto valorizzare l'impegno dei nostri operatori a progetti di cooperazione sanitaria riconoscendo loro il diritto alla missione per un mese all'anno. Lavoriamo per impostare una metodologia di lavoro i cui obiettivi sono quelli di coordinare sempre di più iniziative e Paesi favorendo interventi a lungo termine nella stessa località. Nulla si crea senza gli uomini, nulla dura senza le istituzioni. Citando J.Monnet - uno dei padri fondatori dell'Europa - crediamo che rafforzare le istituzioni locali, nel rispetto delle loro priorità, sia indispensabile per raggiungere risultati significativi.

L'impegno della Regione Toscana persegue finalità tanto nobili quanto difficili, ma non ci si può sottrarre al dovere di continuare a crederci e provarci. Le aspettative, si sa, cambiano il futuro nella misura in cui condizionano il presente.

** Responsabile cooperazione sanitaria Regione Toscana*

EFFICIENZA *Il caso dell'Asl di Firenze che ha adottato l'approccio "lean thinking"*

Nelle corsie si pensa snello

SST Servizio Sanitario della Toscana

Negli eventi "kaizen" operatori coinvolti per ridurre sprechi e ritardi

Le aziende sanitarie devono fronteggiare una sfida significativa: ricercare qualcosa che possa nello stesso tempo migliorare la qualità, la produttività e il morale dei dipendenti, in un periodo in cui il finanziamento per la Sanità pubblica è proporzionalmente sempre più ridotto. Da qualche anno le tecniche sviluppate nel mondo manifatturiero funzionano anche negli ospedali e questo ci fa ritenere che il «lean thinking», letteralmente "pensiero snello", possa rappresentare una grande opportunità per la Sanità.

Il lean thinking non è l'ennesimo approccio economicistico che ha come obiettivo la ricerca di efficienza, andando a limare fino all'osso le risorse e chiedendo al personale di lavorare di più e fare con meno. Di fatto, rimuovendo molte delle perdite di tempo, con le quali il personale impatta quotidianamente, il lean è in grado di presentare il lavoro di tutti i giorni in maniera più fluida, rendendo necessarie minori risorse. Una delle prime reazioni che spesso si genera parlando di lean nel mondo sanitario, è quella, se vogliamo abbastanza naturale, che porta a obiettare che un approccio manifatturiero non può funzionare in un ambiente ospedaliero. Ma invece è vero il contrario. Applicare tecniche di analisi strutturate dei processi, consente di capire come si svolge il lavoro nella sua globalità e dall'inizio alla fine. Solo dopo aver osservato tutto il percorso siamo nelle condizioni di capire come migliorarlo in modo sicuro, andando a verificare per ogni singolo passaggio, se si aggiunge valore o meno.

Questa distinzione netta tra valore e spreco, è inizialmente difficile da comprendere ma è l'elemento essenziale dell'intero processo. Purtroppo la maggior parte delle organizzazioni non hanno una visione di processi, e gli ospedali non sono da meno. Si lavora tipicamente ciascuno sulle proprie cose e, paradossalmente, l'unico che vede l'intero percorso del paziente è il paziente stesso. Questa frammentazione delle attività in ambiti molto compartimentati diviene ancora più accentuata quando prendiamo in considerazione le attività amministrative che dovrebbero supportare il percorso del cittadino e che spesso sono cinque o sei volte più complesse del percorso sanitario. Il risultato è un processo crivellato di errori, pubblicazioni e ritardi. Tutto ciò è altamente frustrante e demotivante per il personale. Spesso si ha la sensazione di lavorare duramente senza riuscire a dare un servizio di qualità.

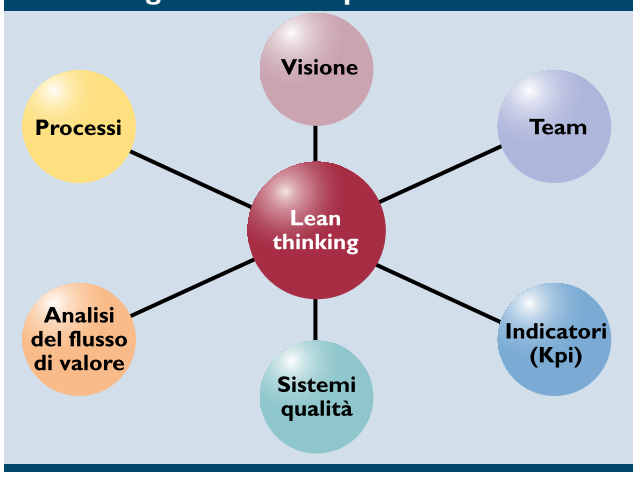
Questo è il cammino che la nostra azienda, 33 Comuni della provincia e più di 6mila dipendenti, ha iniziato nel 2005 sul fronte sanitario e successivamente su quello tecnico amministrativo. Nel 2005 si è esplorata la metodologia lean e i risultati finora ottenuti ci indicano che il potenziale di miglioramento è enorme. Il nostro cammino è iniziato con un breve periodo di formazione, servito per formare le risorse che poi hanno avuto il compito di disegnare il percorso di introduzione nella nuova metodologia.

Con il loro aiuto l'azienda ha fatto i primi passi per diventare una lean organization. L'approccio fondamentale per introdurre un cambiamento culturale e ottenere velocemente trasformazioni che rappresentino un miglioramento è quello degli eventi di miglioramento rapido o eventi kaizen. Questi eventi, generalmente di una settimana, impegnano a tempo pieno piccoli gruppi di dipendenti, direttamente coinvolti nel settore di attività in esame, che studiano le soluzioni di miglioramento con il solo aiuto del team di esperti aziendali di lean thinking che li supportano nell'applicazione del metodo e degli strumenti. Nessuno infatti meglio di chi fa un determinato lavoro è in grado di individuare le soluzioni per ridurre gli sprechi. Gli eventi kaizen sono generalmente seguiti da un ciclo di sei settimane dove si sviluppano le soluzioni che poi vengono immediatamente messe in pratica. Dal 2007 a oggi oltre cinquecento risorse della nostra azienda sono state coinvolte in questi eventi.

Procedendo in questo modo siamo stati a esempio in grado di capire che le modalità di fornitura dei materiali all'interno di un reparto assorbono un numero elevato di risorse, basti pensare che le richieste di materiale di consumo, farmaci e dispositivi comportano un impegno medio di 280 minuti alla settimana del personale infermieristico per ogni reparto. Le soluzioni offerte dal lean thinking con i concetti di just in time e kanban consentono di abbattere la maggior parte di questo spreco, recuperando risorse da dedicare alle attività che comportano valore: l'assistenza al paziente. Analogamente l'analisi degli spostamenti all'interno del luogo di lavoro ci ha consentito di identificare un dispendio di tempo e di energie nell'andare a ricercare vari materiali che erano dislocati in aree non corrispondenti al normale flusso del lavoro. Grazie a questi elementi è stato riprogettato l'utilizzo degli spazi permettendo un utilizzo più razionale delle risorse. Come si intuisce, una delle caratteristiche proprie del lean thinking è che non occorrono investimenti in grandi lavori, ristrutturazioni o tecnologie sofisticate per conseguire un risultato importante, ma si possono ottenere grandi benefici semplicemente agendo su ciò che abbiamo a disposizione.

David Vannozzi
Dir. amministrativo Asl Firenze

Gli ingredienti del "pensiero snello"



«INNOVATION DAY» IL 23 OTTOBRE

Esperienze allo specchio nel giorno dell'innovazione

Esperienze in settori diversi e nuove idee per rendere ancora più efficiente l'organizzazione amministrativa. Sono queste le motivazioni alla base della prima giornata dell'innovazione, organizzata e fortemente voluta dalla direzione dell'Asl di Firenze. «Innovation day, pensare snello e agire snello» è il titolo dell'iniziativa che si svolgerà venerdì 23 ottobre a San Casciano Val di Pesa.

Saranno presenti più di 150 persone, tra dirigenti dell'Asl fiorentina, persone di altre realtà sanitarie e industriali. La giornata sarà divisa in due parti. Numerosi interventi illustreranno esperienze di organizzazione lean thinking messe in pratica in realtà diverse, sia come ambito lavorativo, sia come realtà geografica. Da Paolo Sorrentino, presidente della Gilbarco Veeder-Root, società leader nel settore delle attrezzature per la distruzione del carburante, a Vincenzo Cavaliere, docente di Organizzazione aziendale all'Università di Firenze, a Marina Ristori, direttore generale del comune di Legnano. Sarà raccontata l'esperienza Lean della Banca del Chianti Fiorentino, con la relazione del direttore generale Andrea Bianchi per concludere con Eric Darrieus, amministratore di Celine Spa, azienda leader nel settore della moda.

L'apertura della giornata è affidata al direttore generale dell'Asl di Firenze Luigi Marroni, che spiegherà il successo dell'esperienza Lean nell'organizzazione dell'area sanitaria. Poi inizierà la parte più importante di questa giornata dell'innovazione, con il racconto, da parte di alcuni dirigenti dell'azienda, di esperienze messe in atto, dunque già avviate, per snellire procedure e sistemi, e la presentazione di nuove proposte, che saranno valutate da una giuria composta dai docenti esterni e che vedrà vincitore la proposta e il gruppo più innovativo.

L'idea di premiare chi ha avuto l'intuizione e la messa a punto del progetto migliore, è anche frutto di un rinnovato interesse della direzione aziendale per lo sviluppo delle risorse umane. Parte integrante di un progetto che ridisegna il meccanismo della gestione del personale nella Asl, comprende anche un progetto, molto ampio, che inserisce nel nostro mondo un nuovo modo, aggiuntivo, di valorizzare e motivare il proprio capitale umano.

IL BUSINESS PROCESS RE-ENGINEERING

Ecco il restyling organizzativo dell'azienda fiorentina

All'interno della cornice definita dal lean thinking, l'Asl di Firenze ha deciso di adottare lo strumento del Business process re-engineering (Bpr), un approccio manageriale per una ristrutturazione organizzativa intesa a ridefinire uno o più processi aziendali, secondo le fasi operative di impostazione, analisi, progettazione e realizzazione.

La metodologia su cui si fonda il Bpr prevede la suddivisione delle attività in macro-fasi: definire la vision aziendale; individuare le variabili competitive e sviluppare gli elementi di successo futuro; individuare i processi che presentano criticità; organizzare il team; capire i processi in atto; analizzare i processi in atto; valutare le criticità; identificare le opportunità di miglioramento; individuare i processi ottimali; sviluppare i processi futuri; ridisegnare i processi; identificare gli output/cliente e gli input/fornitore più importanti per il processo; sviluppare la tecnologia per rendere i processi operativi; formare il personale; coinvolgere i portatori di interessi dell'azienda nel realizzare il progetto; implementare i nuovi processi; pianificare l'implementazione; testare il funzionamento dei nuovi processi.

Sono state effettuate delle rilevazioni preliminari per fornire un quadro generale di tutti i presìdi dell'azienda che svolgono attività amministrative e sanitarie, al fine di individuare i più rappresentativi (per complessità, livello di innovazione, criticità rilevate, impatto sul territorio ecc.). È stata svolta poi una rilevazione per ogni zona, eccetto per la zona Mugello.

Si è quindi poi passati a una analisi del territorio, incentrata su: dati anagrafici del presidio (comune, indirizzo, ore di apertura ecc.), organizzazione delle attività di presidio (processi, attività, personale equivalente), dati provenienti dalle procedure aziendali e dati demografici sulla popolazione assistita (iscritti all'anagrafe sanitaria). Sono stati, quindi, organizzati degli eventi kaizen a giugno e hanno riguardato i processi relativi a: Cup, anagrafe e assistenza protesica. Ogni evento ha avuto la durata di 3 giorni con il seguente programma. Prima giornata: introduzione e pillole formative; presentazione dati delle rilevazioni e mappatura; condivisione e valutazione delle criticità. Seconda giornata: identificazione delle priorità d'intervento; proposte di miglioramento e valutazione di fattibilità. Terza giornata: selezione interventi di miglioramento; stesura del piano di miglioramento; sintesi dell'attività del gruppo e chiusura dei lavori.

Il risultato della valutazione è stato presentato all'inizio della terza giornata. In base alle proposte sono state individuate le azioni di miglioramento, definendo referenti, gruppi di lavoro, output attesi e tempistiche.

Valerio Mari
Direttore Sc programmazione e controllo - Asl Firenze

Il metodo «lean thinking»

	Formazione	Brainstorming di dipartimento	Mappatura	Eventi Kaizen	Implementazione
OBIETTIVI	- Introduzione ai concetti del "pensiero snello" e determinazione obiettivi	- Individuazione aree di intervento	- Mappare processi - Rilevare dati - Individuare indicatori di performance	- Definire criticità e ipotesi risolutive secondo la logica Lean	- Superamento criticità emerse
ATTIVITÀ	- Formazione e addestramento sui principi Lean - Definizione di valore e di cliente - Definizione del flusso	- Brainstorming - Individuazione attività da analizzare - Formalizzazione sintetica dei contenuti della discussione	- Process mapping - Estrazione ed elaborazione dati	- Condivisione obiettivi - Presentazione dati rilevati - Analisi criticità/sprechi rilevati - Elaborazione ipotesi risolutive	- Implementazione delle attività previste nell'action plan
			- Flow di processo *(kpi)*	- Action plan	- Monitoraggio indicatori

DOCUMENTI *Pubblicate le linee di indirizzo per la realizzazione dell'organismo europeo che si occuperà di prevenzione e terapie dei disturbi alimentari*

SST Servizio Sanitario della Toscana

Guerra all'obesità, ecco l'identikit dell'Istituto Ue

Cure a tutto campo: dalla diagnostica al day hospital, dal ricovero alla riabilitazione - Entro ottobre il piano d'azione operativo

IL TESTO DELLA DELIBERA

Pubblichiamo la delibera 743 del 31 agosto sulla «Realizzazione dell'Istituto europeo per la prevenzione e la terapia dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare: approvazione Linee di indirizzo e costituzione Gruppo di lavoro».

LA GIUNTA REGIONALE

Delibera

1. Di prevedere, per la realizzazione dell'Istituto europeo per la prevenzione e la terapia dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare, la redazione di un Progetto comprensivo di un piano d'azione operativo che sviluppi le indicazioni contenute nelle linee di indirizzo allegato al presente atto (allegato 1).

2. Di affidare la redazione del Progetto di cui al punto precedente a un Gruppo di lavoro, composto da professionisti di riconosciuta autorevolezza scientifica sia nel campo sanitario, che in quello economico in rappresentanza del Centro multidisciplinare per la diagnosi e la terapia dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare e della Uo Psichiatria universitaria del dipartimento delle neuroscienze dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana e delle Università toscane.

3. Di prevedere la nomina, tra i componenti il Gruppo di lavoro di cui al punto precedente, di un Coordinatore, dotato di adeguate esperienze professionali e gestionali, cui affidare il compito di assicurare lo sviluppo del Progetto.

4. Di impegnare il Coordinatore e il Gruppo di lavoro a produrre il progetto entro il 30 ottobre 2009.

5. Di rinviare a un successivo decreto del Direttore generale della Direzione Diritto alla salute e politiche di solidarietà la nomina dei componenti del Gruppo di lavoro e del Coordinatore di progetto.

6. Di precisare che nessuna indennità, salvo il rimborso delle spese documentate, secondo le modalità e i limiti predisposti dalla disciplina vigente sulla dirigenza regionale, per la partecipazione ai lavori, verrà corrisposta ai componenti del Gruppo di lavoro e al Coordinatore di progetto.

7. Di destinare, per sostenere le spese connesse al funzionamento del gruppo di lavoro e del Coordinatore di progetto, di cui ai punti precedenti, una somma non superiore a € 25.000,00.

8. Di dare atto che al finanziamento delle spese di cui al punto 7 si provvederà con le risorse del Bilancio 2009 sul capitolo 24047 «Interventi della Regione in Sanità», che saranno stornate con apposita variazione di bilancio in corso di predisposizione sul pertinente capitolo con corretta classificazione economica.

9. Di subordinare l'assunzione degli impegni di spesa all'approvazione della variazione di bilancio suddetta.

ALLEGATO 1

ISTITUTO EUROPEO PER LA PREVENZIONE E LA TERAPIA DELL'OBESITÀ

PIANO SANITARIO

Introduzione

L'Istituto europeo per la prevenzione e la terapia dell'obesità, in cui si conciliano ricerca scientifica e assistenza, fornisce agli organi ed enti del Servizio sanitario nazionale, in particolare l'Aoup e la Regione Toscana, supporto tecnico e operativo per l'esercizio delle loro funzioni e per il perseguimento degli obiettivi del piano sanitario nazionale e regionale in materia di ricerca sanitaria, nonché di formazione continua del personale.

Il carattere multidisciplinare che pone al centro dell'attività la malattia e il malato anziché la disciplina e le sue esigenze didattiche, arricchisce l'Istituto europeo per la terapia dell'obesità di molteplici capacità operative e della flessibilità necessarie per seguire l'evoluzione delle conoscenze in ambito nazionale e internazionale, compresa l'evoluzione epidemiologica, relativamente all'obesità e alle sue comorbidità.

Fornirà supporto anche a tutti gli altri enti del Ssn

Poiché l'eccellenza qualitativa e l'efficacia operativa di questo Istituto dipendono strettamente dalla qualità degli operatori, il reclutamento di questi dovrà avvenire in base a standard di eccellenza.

Tra i compiti istituzionali dell'Istituto europeo per la prevenzione e la terapia dell'obesità è indicata una funzione tecnica consultiva per il ministero della Sanità per quanto attiene il problema obesità e le patologie correlate, compresi i disturbi del comportamento alimentare. La sperimentazione e validazione clinica di linee guida, modelli gestionali, nuove strutture operative, nuove strumentazioni e nuove terapie potrebbero essere funzioni importanti in cui mettere a frutto personale, servizi e conoscenze già oggi disponibili.

Le funzioni dell'Istituto europeo per la prevenzione e la terapia dell'obesità

- Promozione della strategia nazionale e delle interazioni con l'Europa per il controllo dell'obesità

L'Istituto Europeo ha collegamenti con altri centri italiani ed europei per la prevenzione e la terapia dell'obesità e si occupa prevalentemente del coordinamento delle numerose attività che possono consentire di arginare l'espansione dell'obesità.

L'Istituto si propone di confrontarsi con i vari Paesi dell'Unione Europea in merito alle linee direttive da adottare per affrontare in modo organico il problema:

1. adozione di mezzi preventivi efficaci che tengano conto dei fattori ambientali modificabili (stile di vita) e della particolare vulnerabilità dell'infanzia. Di qui la necessità di realizzare campagne di educazione rivolte in modo specifico alle scuole per favorire l'adozione di uno stile di vita salutare. Le esperienze sociali ed emotive positive possono aiutare ad apprendere il valore dell'attività fisica. Il coinvolgimento dei genitori e degli insegnanti potrà permettere il rinforzo positivo dei comportamenti corretti;

2. verifiche periodiche dell'efficacia delle misure preventive e terapeutiche messe in atto in modo da provvedere alle opportune correzioni o rimodulazioni dell'intervento di prevenzione. È necessaria quindi l'interazione con gli osservatori epidemiologici italiani ed europei che non si limitino a una valutazione iniziale del fenomeno ma consentano di seguirne l'andamento nel tempo;

3. l'elaborazione di protocolli e percorsi diagnostici e terapeutici opportunamente differenziati che prevedano l'azione concertata di tutte le figure professionali che possono essere coinvolte a vari livelli nella prevenzione e cura dell'obesità;

4. Oltre alla ricerca epidemiologica, l'Istituto Europeo si propone di coinvolgere nella ricerca di base e clinica le varie strutture italiane ed europee in modo da potenziarne i risultati. Tra gli altri argomenti di ricerca sono fondamentali gli studi clinici e di follow-up relativi alle diverse forme di terapia dell'obesità, con particolare enfasi alla riabilitazione.

- Attività di prevenzione

L'attività di prevenzione deve essere necessariamente svolta a partire dalla più giovane età e coinvolgere le strutture scolastiche.

1. Il Centro Europeo ha il compito di svolgere ricerca epidemiologica in prima persona e coordinare le ricerche ad ampio raggio, in Toscana, in Italia e in collegamento con l'Europa.

2. In seguito alle ricerche epidemiologiche, è necessario strutturare protocolli sperimentali di prevenzione e cura.

Per questo motivo occorre valutare in modo nuovo la prevenzione non solo fornendo corrette informazioni, ai docenti, ai genitori e agli alunni fin dalla più tenera età, quanto andare a identificare i fattori psicologici e socio-economici che favoriscono l'adozione di comportamenti disfunzionali.

3. L'Istituto Europeo avrà il compito di formazione degli operatori. L'attività di formazione dell'Istituto Europeo dovrà essere svolta in collaborazione con le Università, nei vari livelli di insegnamento (corsi di laurea e di specializzazione, master, seminari, tirocini post-laurea) e con il Sistema sanitario nazionale (congressi, corsi di formazione e aggiornamento).

Attività di assistenza

- Coordinamento della rete regionale per la terapia dell'obesità

Dal 2007 la Giunta regionale, si è impegnata a fornire alle aziende Usl della Regione Toscana le «Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare nella Regione Toscana», ovvero dei percorsi diagnostico-terapeutici per il paziente obeso che siano in grado di considerare la globalità del problema clinico. Tutto questo avviene mediante l'apporto di diverse figure professionali, dai medici agli psicologi, ai dietisti, agli educatori, in modo da attivare in Toscana una rete di centri per la diagnosi e la cura dell'obesità, che garantisca ai pazienti un percorso assistenziale efficace. La rete terapeutico-assistenziale parte dal medico di medicina generale e dal pediatra di famiglia e prevede servizi territoriali, ospedalieri e centri di elevata specializzazione con la presenza di tutte le discipline coinvolte nella diagnosi e nella terapia dell'obesità e delle sue complicanze. Lo scopo principale è quello di garantire la continuità terapeutico-assistenziale e l'ottimizzazione delle risorse attraverso la condivisione dei protocolli di trattamento tra i diversi professionisti.

Come previsto dalle succitate linee di indirizzo della Regione toscana (delibera n. 657 del 17/09/07) che stabiliscono i diversi interventi per la terapia dell'obesità, l'Istituto Europeo fungerà da coordinatore dei servizi.

La "forma piramidale" alla cui base si trovano i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che agiscono sul territorio e al cui vertice si trovano i centri di elevata specializzazione sarà coordinata dall'Istituto Europeo nello svolgimento di tutte le attività, compresa la ricerca che costituisce il "collegamento" logico tra innovazione e assistenza e che consente l'applicazione di protocolli terapeutici aggiornati.

- Coordinamento del Centro multidisciplinare per la diagnosi e la terapia dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare dell'Aoup

Il Centro multidisciplinare per la diagnosi e la terapia dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare dell'Aoup trarrebbe beneficio da un ampliamento degli spazi di lavoro e da un coordinamento in grado di facilitare il collegamento con i diversi settori della società.

Tra le funzioni del Centro multidisciplinare per la diagnosi e la terapia dell'obesità dell'Aoup si trovano:

1. l'attività diagnostica che consiste in una valutazione interdisciplinare comprensiva di visita medica, valutazione psicologica e valutazione dietetica, indagini ematochimiche e strumentali, consulenze specialistiche secondo necessità;

2. l'attività terapeutica: articolata su più livelli di intervento in base alla diagnosi e alla gravità dell'obesità.

L'attività ambulatoriale viene svolta da un gruppo interdisciplinare composto da personale con comprovata esperienza specifica: medico, psicologo/psicoterapeuta, dietista e infermiere.

Il gruppo interdisciplinare ha il compito di prendere in cura il paziente garantendo:

a) la valutazione clinico-strumentale per determinare le cause dell'obesità e l'esistenza e la gravità delle condizioni morbose associate;

b) il percorso assistenziale e gli interventi specifici che garantiscano la continuità dell'assistenza;

c) il trattamento integrato con l'utilizzo di protocolli specifici per la terapia medica, psicologico/psichiatrica e l'educazione nutrizionale;

d) la stipula di protocolli operativi con i presidi ospedalieri di riferimento in modo da assicurare disponibilità di posti letto e l'avvio alla valutazione presso i Centri ospedalieri che praticano la chirurgia bariatrica, ove necessario.

Il ricovero in day hospital o in regime ordinario si rende necessario quando l'obesità sia di grado elevato e siano presenti complicanze metaboliche, cardiovascolari, respiratorie e gastroenterologiche che richiedano indagini approfondite e difficilmente eseguibili in regime ambulatoriale.

Il ricovero in regime di day hospital o in ricovero ordinario è lo strumento che consente anche la preparazione agli interventi di chirurgia bariatrica. Per gli interventi di chirurgia bariatrica stabilisce una necessaria convenzione con alcune cliniche dell'Aoup.

L'attività ambulatoriale dopo chirurgia bariatrica consente di monitorare il paziente nel periodo postchirurgico e aiutarlo nel cambiamento dello stile di vita. Sono già attivi protocolli relativi alle terapie di followup, che saranno oggetto di ulteriori ricerche sulla loro efficacia e di successive eventuali modificazioni. I pazienti del percorso post-chirurgico potranno avvalersi delle strutture e dei percorsi riabilitativi-rieducativi presenti presso l'Istituto Europeo, come le terapie psicologiche e dietetiche di gruppo e i programmi di attività fisica.

Istituzione di terapie di gruppo e singole per soggetti obesi con disturbi del comportamento alimentare. La presenza di disturbi del comportamento alimentare come il Disturbo da alimentazione incontrollata rende estremamente difficoltosa la terapia dell'obesità, dato che questo tipo di comportamento determina un introito calorico aggiuntivo che non consente il calo ponderale. Il trattamento di tali

(continua a pagina 5)

Il Sole 24 ORE Sanità Toscana
direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Aldo Ancona
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Daniele Pugliese
Lucia Zambelli
Versione Pdf dell'Allegato al n. 37 del 6-12/10/09 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.Toscana.it
reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

(segue da pagina 4)

disturbi è un parte essenziale della terapia dell'obesità in quanto va a rimuovere gli ostacoli alla perdita di peso. Come dimostrato nelle numerose ricerche in letteratura la terapia cognitivo-comportamentale è la più efficace per questo tipo di disturbi.

L'attività di riabilitazione-rieducazione, organizzata all'interno della nuova struttura dell'Istituto Europeo per la prevenzione e la terapia dell'obesità costituisce un momento indispensabile per il percorso educativo del paziente obeso, in grado di ristabilire un equilibrio nei fattori motivazionali, comportamentali e cognitivi.

Il paziente obeso è il principale attore nell'esecuzione del programma di dimagrimento e nel mantenimento dei risultati raggiunti. A questo proposito è indispensabile affiancare all'intervento medico inteso in senso stretto un intervento educativo che consenta al soggetto di ristabilire un equilibrio che gli consenta di comprendere le cause del suo problema e di mettere in atto nella vita di tutti i giorni i comportamenti idonei a raggiungere gli obiettivi prefissati. L'acquisizione e il mantenimento di un sufficiente livello di esercizio motorio viene considerato il momento primario della rieducazione, da affiancare alla riabilitazione nutrizionale e comportamentale. Mentre in ambito ospedaliero è possibile curare il paziente e le comorbidità legate alla condizione di obesità, le esperienze di cura ambulatoriale non sembrano essere sempre efficaci a causa della difficoltà di trasposizione nella quotidianità della vita dei consigli forniti. Inoltre, gli interventi ambulatoriali volti a favorire la motivazione possono essere efficaci ma non sempre il paziente riesce a mantenerla "viva" e soprattutto non riesce a modificare efficacemente pensieri e comportamenti disfunzionali.

Partendo dall'esperienza maturata con il percorso terapeutico-riabilitativo dell'obesità iniziato nell'ottobre 2005 presso la struttura termale «Bagni di Pisa» a San Giuliano Terme, si rende necessaria l'istituzione di un centro più grande, complesso e articolato. La nuova sede dovrà essere dotata di strutture moderne in cui i pazienti potranno svolgere attività fisica e riabilitazione in acqua in idonee piscine e palestre attrezzate, con spazi aperti.

Strutture

Le strutture del Centro Europeo comprendono:
- uffici per il Centro Direzionale;
- spazi attrezzati per il personale sanitario;
- ambulatori;
- spazi per le attività riabilitative;
- laboratori di ricerca;
- sale riunioni e aule.

Uffici per il Centro Direzionale:
- locali destinati ai Coordinatori con annessi spazi destinati alle segreterie, con arredi e attrezzature adeguate.

Spazi attrezzati per il personale dirigente:
- locali dotati di scrivanie, telefoni, fax e computer.

Gli ambulatori:
- spazi e strutture adeguati per la gestione del paziente grande obeso in regime ambulatoriale (ambulatori dedicati) con arredi adeguati (sedie, poltrone, lettini ecc.);
- spazi e strutture e arredi adeguati per la gestione del paziente obeso in regime di ricovero in day-hospital (apposita stanza con poltrone per day-hospital adatte ai pazienti grandi obesi);
- ampi locali per le terapie di gruppo dietetiche e psicologiche a cui possono accedere numerosi pazienti in regime riabilitativo e dove effettuare terapie di gruppo per pazienti esterni.

Spazi per le attività riabilitative

La palestra sarà appositamente attrezzata con macchinari adeguati al paziente obeso. In particolare si utilizzeranno specifici tapis-roulant, bike classica e reclinata, con seduta larga e schienale in grado di mantenere un'adeguata postura durante l'esercizio, arm-cycling e Synchro. A tale palestra possono accedere sia i pazienti del percorso riabilitativo sia i pazienti esterni.

Previste la palestra, la piscina e una sala mensa ad hoc

La piscina consentirà lo svolgimento della ginnastica in acqua e del nuoto. Sarà dotata di attrezzature tali da favorire la discesa in acqua anche dei soggetti con difficoltà di movimento.

La sala mensa per i pazienti che afferiscono al percorso riabilitativo sarà ampia e dotata di cucina, dove i pazienti potranno imparare a gestire la preparazione dei pasti. Ciò costituisce un percorso intensivo di riabilitazione nutrizionale, rivolto a pazienti per i quali l'intervento ambulatoriale non risulta sufficiente per ottenere la riorganizzazione del controllo dell'appetito e del peso corporeo. La dietista collabora con il paziente nella definizione degli obiettivi, nell'acquisto e nella preparazione degli alimenti secondo i principi della Cbt in un modello di empowerment.

Laboratori di ricerca:

I laboratori saranno organizzati in locali ampi e con attrezzature adeguate a svolgere attività di ricerca clinica e di base.

Sale riunioni e aule:

La struttura dell'Istituto Europeo sarà dotata di ampie sale riunioni e di aule dedicate all'attività di formazione nei vari livelli di insegnamento.

Personale

Personale medico:
- endocrinologi;
- medici dello sport.

Psicologi:
- psicologi/ psicoterapeuti a orientamento cognitivo-comportamentale;
- psicologi.

Dietisti/Nutrizionisti:
- nutrizionisti;
- dietisti.

Operatori di fitness metabolico:
- operatori con brevetto di salvataggio.

Terapisti della riabilitazione:
- terapisti.

Personale infermieristico:
- infermieri professionali
- Oss.

Personale amministrativo:
- responsabile amministrativo;
- impiegati.

La sezione dedicata ai disturbi del comportamento alimentare

I Disturbi del comportamento alimentare (Dca) comprendono un insieme di patologie caratterizzate da grossolane alterazioni di tipo psicologico nel rapporto con il cibo e, di conseguenza, richiedono un intervento multidisciplinare altamente specializzato.

Accanto alle due categorie specifiche, l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa, i Dca che non soddisfano i criteri di nessun specifico disturbo vengono classificati come Non Altrimenti Specificati, tra i quali rientra il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, presente nel 30% dei pazienti obesi. Caratteristico dell'Anoressia Nervosa è il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale. La Bulimia Nervosa è caratterizzata da ricorrenti episodi di "abbuffate" seguiti dall'adozione di mezzi inappropriati per controllare il peso, come il vomito autoindotto, l'uso di lassativi, diuretici o altri farmaci; il digiuno o l'attività fisica praticata in maniera eccessiva. Caratteristica essenziale comune a entrambi i disturbi, Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, è la presenza di un'alterata percezione del peso e della propria immagine corporea.

L'integrazione tra i servizi dedicati all'obesità e ai Dca poggia sui loro aspetti comuni: a) nell'obesità sono presenti in un'ampia percentuale soggetti con un disturbo del comportamento alimentare; b) le professionalità dei team interdisciplinari sono le stesse; c) gli aspetti educativi nella prevenzione primaria e secondaria sono gli stessi.

Sul modello del Coordinamento dei vari servizi dedicati all'obesità, l'Istituto Europeo assume i seguenti compiti nell'ambito della prevenzione e della cura dei Dca:
- promozione della strategia nazionale e le interazioni con l'Europa per gli aspetti della prevenzione e della terapia dei Dca;
- coordinamento della rete assistenziale regionale;
- coordinamento delle attività dell'Aoup;
- attività terapeutica con l'utilizzo di protocolli specifici per la terapia medica, psicologica, psichiatrica e nutrizionale, in modo da poterne studiare l'efficacia;
- elaborazione di protocolli terapeutici;
- formazione degli operatori, in collaborazione con le Università e con il Sistema sanitario nazionale;
- attività di ricerca. ●

NASCE IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE

Careggi e Meyer alleate nell'ostetricia complessa

Due poli su patologie in gravidanza e difetti congeniti

Pubblichiamo la delibera 755 del 31 agosto che costituisce il Dipartimento interaziendale «Per l'alta complessità ostetrica e i difetti congeniti».

LA GIUNTA REGIONALE

Delibera

1. Di impegnare l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi e l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer ad attivare la costituzione del Dipartimento interaziendale «Per l'alta complessità ostetrica ed i difetti congeniti» e a nominare gli organi costitutivi secondo quanto previsto nel documento «Indirizzi per la costituzione del Dipartimento interaziendale - Per l'alta complessità ostetrica e i difetti congeniti» tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi e l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

2. Di affidare al Dipartimento interaziendale «Per l'alta complessità ostetrica e i difetti congeniti» quale compito specifico la valutazione delle necessità formative e dell'adeguamento tecnologico previsto dalla Dgr n. 911 del 10/11/2008, assegnando anche le risorse finanziare ivi previste.

3. Di ridurre, per quanto disposto dal punto precedente, la prenotazione 5/2009 assunta con la Dgrt 911/2008 sul capitolo 24144 del bilancio regionale 2009 per un importo pari a € 250.000,00.

4. Di procedere a una nuova prenotazione specifica per un importo pari a € 250.000,00 sul capitolo 24144 del bilancio regionale 2009 a favore dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi, con vincolo di destinazione al finanziamento delle attività definite dal Dipartimento.

ALLEGATO A

INDIRIZZI PER LA COSTITUZIONE DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE «PER L'ALTA COMPLESSITÀ OSTETRICA ED I DIFETTI CONGENITI» TRA L'AOU CAREGGI E L'AOU MEYER

Contesto e obiettivi

In riferimento ai livelli epidemiologici relativi al tasso di mortalità neonatale, la Regione Toscana si pone tra quelle con il valore più basso a livello italiano e in linea con le migliori performance europee.

Le aree nelle quali ancora si può intervenire in modo sfidante per ridurre ulteriormente questo tasso, sono quelle relative a un ulteriore miglioramento dell'assistenza durante la gravidanza, al fine di ridurre la mortalità legata al basso peso alla nascita, e della diagnostica prenatale per la migliore identificazione dei difetti congeniti, anche mediante l'introduzione delle più moderne metodiche di screening.

Nei due Poli del centro di III livello dell'area fiorentina (l'Aou Careggi e l'Aou Meyer) sono cresciuti professionisti di elevata competenza, rispettivamente per ciascuno dei due filoni assistenziali, che con le risorse umane e tecnologiche a loro affidate nei propri contesti organizzativi possono costituire punti o centri di riferimento regionali. Al fine di promuovere e qualificare ulteriormente questo processo di crescita secondo criteri di razionalità, appropriatezza e garanzia per l'utenza, i contenuti della delibera di Facoltà del 21/03/2007 prima e l'invito dell'assessore regionale al Diritto alla salute successivamente, convergono nella proposta di realizzare un unico centro di riferimento per l'alta complessità ostetrica articolato sui due poli di Careggi e del Meyer, nella consapevolezza che questo obiettivo non può che essere il frutto e il risultato di un'intensa collaborazione e integrazione tra le due Aziende ospedaliero-universitarie di Careggi e del Meyer.

Il raggiungimento di una uniformità di applicazione dei più qualificati screening della gravidanza e della patologia fetale, la costruzione e condivisione di linee guida assistenziali, la raccolta omogenea di dati epidemiologici che possano ulteriormente orientare sulle priorità di nuove azioni di miglioramento, la piena efficienza della rete regionale con il coinvolgimento di tutti i livelli organizzativi rappresentano il mandato e gli obiettivi da perseguire del Centro di Riferimento per l'alta complessità ostetrica. Le azioni conseguenti da intraprendere insistono tutte sul medesimo percorso assistenziale, che è quello della gravidanza, e sullo stesso nucleo-utente che è quello genitori-nascituro.

Riteniamo funzionale articolare l'unico Centro in due poli con vocazioni diversificate ma altamente integrate tra di loro:

A. un primo polo, situato nell'ambito dell'Aou Careggi, destinata prevalentemente a tutta la patologia complessa della gravidanza che riguardi il rischio materno e quello fetale;

B. un secondo polo, situato presso l'Aou Meyer, dedicata essenzialmente alla diagnosi dei difetti congeniti e al trattamento delle malformazioni, che necessitano di immediato intervento durante la gestazione e alla nascita.

Secondo il modello organizzativo del Dipartimento interaziendale al fine di rendere possibile l'ottimale utilizzazione e la massima flessibilità di un unico gruppo di operatori con competenze sia ostetrico-ginecologiche che pediatriche (generalista e specialista).

Gli operatori direttamente impegnati nel Centro, già operanti a Careggi e al Meyer nei servizi di diagnosi prenatale, dovranno essere unitariamente coordinati e diretti secondo quanto previsto dal Regolamento istitutivo dal direttore del Dipartimento interaziendale.

Il Centro dovrà rappresentare il punto di riferimento per la didattica e la ricerca del settore in prospettiva regionale.

Dovranno essere previsti quali organi del Dipartimento interaziendale:

- il direttore del Dipartimento: dirige il Dipartimento interaziendale per le attività di competenza, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi, gestendo le risorse umane e materiali. Principio organizzativo del Dipartimento interaziendale è la mobilità del personale fra i due poli, nel rispetto dell'organizzazione aziendale e degli indirizzi approvati dall'assemblea. In sede di prima applicazione il direttore è individuato nel direttore pro tempore del Dai Materno infantile dell'Aou Careggi;

- il Collegio di direzione: è composto da tutti i responsabili delle strutture semplici e/o complesse che nelle due aziende svolgono le attività assistenziali per l'alta complessità ostetrica e i difetti congeniti; al Collegio di direzione partecipano i direttori sanitari delle due Aziende o loro delegati;

- l'assemblea: nella prospettiva della funzione regionale del Centro, si ritiene opportuno che l'assemblea sia rappresentativa, e composta, da tutti i responsabili delle strutture complesse e/o semplici della regione che svolgono le attività assistenziali per l'alta complessità ostetrica e i difetti congeniti. L'organo assembleare dovrà approvare, nella sua prima convocazione, il regolamento operativo che disciplina il funzionamento del Dipartimento, sulla base delle norme previste nel presente documento. L'assemblea esprime parere obbligatorio sugli indirizzi fondamentali relativi ai compiti del Dipartimento.

Il Dipartimento può organizzare i propri lavori anche costituendo specifiche commissioni su tematiche particolari o altresì invitando alle riunioni dei propri organi altri operatori del Dipartimento stesso o non appartenenti al Dipartimento, incaricati di relazionare su specifiche problematiche. ●

FOCUS *Asl, vigili e volontari in prima linea contro l'abbandono degli animali*

SST Servizio Sanitario della Toscana

Lotta aperta al randagismo

Nel 2008 recuperati ben 6.613 cani - Il 57% è stato riportato a casa

Il triste fenomeno dell'abbandono degli animali non si ferma, nonostante l'opera di sensibilizzazione portata avanti su più fronti e il lavoro di presidio sul territorio svolto da polizia municipale, Asl e associazioni di volontariato. I dati del 2008 - contenuti nel recente rapporto «Controllo randagismo in Toscana, Report 2008» - parlano di ben 6.613 cani recuperati dal servizio accalappiacani mentre vagavano sul territorio.

Grazie al servizio di anagrafe canina e alla lettura dei microchip, 3.681 (il 57%) di questi sono stati restituiti al legittimo proprietario. Per molti altri, però, la vicenda ha avuto comunque buon esito, infatti ben 2.435 animali sono stati adottati da nuove famiglie e si è arrivati a una conclusione positiva della vicenda nell'85% dei casi. A consuntivo dell'anno, dunque, sono stati meno di cinquecento i cani rimasti nei canili rifugio (canili per lunghi soggiorni), in attesa di un nuovo proprietario.

In Toscana la rete dei canili conta su 51 strutture, di cui 23 pubbliche, 9 gestite da associazioni di volontariato, 19 private. Le singole realtà territoriali hanno fatto scelte diverse su come gestire la situazione: il servizio di accalappiacani e di canile sanitario (canile per brevi soggiorni, destinato alla prima accoglienza) è affidato prevalentemente ai servizi veterinari delle Asl nelle aziende sanitarie 1 (Massa e Carrara), 6 (Livorno), 7 (Siena), 8 (Arezzo), 10 (Firenze), 12 (Viareggio), mentre la Asl 9 (Grosseto) e la 11 (Empoli) si sono affidate prevalentemente a privati e le Asl 2 (Lucca), 3 (Pistoia), 4 (Prato), 5 (Pisa) hanno scelto di avvalersi della collaborazione di associazioni di volontariato. Il servizio di anagrafe canina funziona regolarmente in tutta la Regione.

Nel 2008 sono stati iscritti 52.043 nuovi cani e sono state registrate 50.979 variazioni nei dati di animali già registrati. Rispetto al 2007 le nuove iscrizioni sono aumentate del 10% e le variazioni anagrafiche sono aumentate del 20%, incrementi che dimostrano l'efficienza del servizio e il suo radicamento sul territorio. Al 31 luglio 2009 in tutto risultano iscritti nella banca dati regionale 261.992 cani, identificabili con microchip.

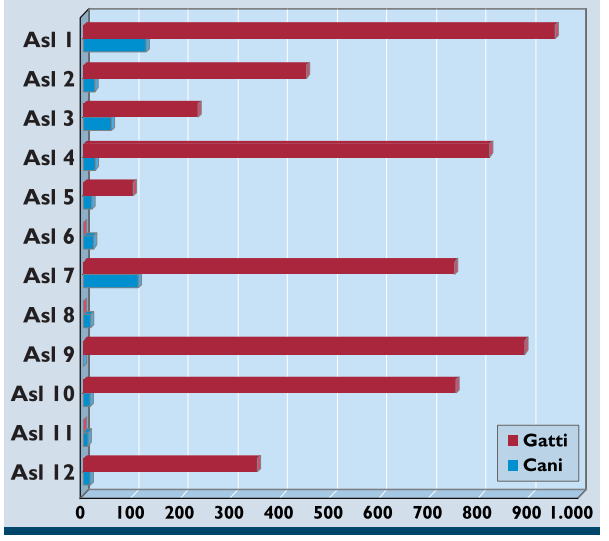
Un altro pilastro della strategia regionale per il controllo del randagismo è la sterilizzazione degli animali randagi, una pratica che viene eseguita soprattutto sui gatti delle colonie feline (il rapporto tra cani e gatti sterilizzati è oltre 1:10). La sterilizzazione dei gatti è effettuata in larga parte con la collaborazione di liberi professionisti, ma anche le Asl fanno la loro parte, operando presso i canili rifugio e in 10 ambulatori istituzionali. Nel corso del 2008 sono stati sterilizzati 543 cani e 5.263 gatti.

Il rapporto sul randagismo 2008 dedica anche una riflessione alla profilassi contro la rabbia, un'attività comunque importante perché, nonostante l'incidenza del virus che la causa sia notevolmente diminuita in Europa, alcuni focolai rimangono e i frequenti spostamenti di gatti e cani per caccia o turismo rappresentano un potenziale vettore di contagio. Nell'ambito della profilassi contro la rabbia rientra anche un monitoraggio (condotto in collaborazione con le unità di pronto soccorso) sui fenomeni di aggressività di cani e gatti. Questa analisi ha consentito di rilevare che nel 2008 in Toscana 2.661 persone si sono sottoposte a controlli al pronto soccorso dopo morsi di cani e 103 dopo morsi da parte di gatti.

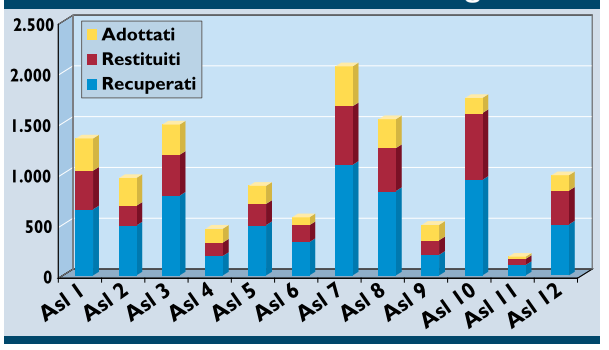
La Asl dove si sono verificati più episodi di questo genere da parte di cani è la Asl 10 di Firenze (15%), mentre i gatti sembrano più aggressivi nel senese, dove si è verificato il 13% del totale regionale degli episodi documentati.

pagina a cura di
Pamela Pucci
Agenzia Toscana Notizie

Sterilizzazione per controllo demografico



Attività di controllo del randagismo



Nuove iscrizioni all'anagrafe canina 2008

Azienda Usl	Nuove iscrizioni	Azienda Usl	Nuove iscrizioni
1 - Massa Carrara	5%	7 - Siena	11%
2 - Lucca	5%	8 - Arezzo	10%
3 - Pistoia	5%	9 - Grosseto	11%
4 - Prato	4%	10 - Firenze	17%
5 - Pisa	12%	11 - Empoli	9%
6 - Livorno	7%	12 - Viareggio	4%

L'ALTRA FACCIA DELLA MEDAGLIA

Ma i «pet» sono amatissimi

La presenza di una consistente popolazione di pets, di animali d'affezione, rappresenta un fattore socio-sanitario rilevante della nostra società. L'evoluzione culturale e l'aumento del benessere sociale hanno portato, negli ultimi decenni, a un'evoluzione del rapporto tra uomo e animali: gli animali sono veri e propri membri di molte famiglie, è sempre più massiccia la presenza di reparti di animali nei supermercati e il bilancio annuo riguardante la "cura" degli animali è superiore al Pil di alcuni dei Paesi meno sviluppati del mondo.

In questo contesto il randagismo - un fenomeno a diversa diffusione, e a diversa percezione nel Paese, in larga parte condizionato dall'ambiente - si propone come un problema oscillante tra la vera e falsa emergenza, in un quadro in cui - al di là della diversa incidenza e percezione da regione a regione, da area ad area - si pone il costante problema dell'appropriatezza: trovare un punto di equilibrio tra le risorse, una normativa d'avanguardia e le attese di una variegata utenza. Evidenti le implicazioni sanitarie di questo fenomeno e in Toscana l'azione di Sanità pubblica veterinaria si è sviluppata negli anni, a partire dal 1987, con la legge regionale n. 4, che anticipava di circa quattro anni la norma nazionale. La legge 43/1995 e le successive modifiche hanno definito un vero e proprio sistema, che negli anni si è dimostrato adeguato a dare una risposta nella prevenzione e nel controllo delle popolazioni di pets.

In Regione controlli e prevenzione fin dal 1987

I dati nazionali sono evidenti nel mostrare una buona capacità del sistema, con evidenti buoni risultati. Attraverso l'analisi dei dati di attività, emerge un'attività complessa e multifattoriale, dove è centrale il ruolo del Servizio sanitario regionale, in rapporto operativo con gli enti e con il volontariato. Una logica di sistema, quindi, non diversa rispetto ai principi di appropriatezza e di salute alla base delle attività sanitarie della Regione. Queste attività, in un contesto nazionale di fatto in emergenza costante, è motivo di sicuro orgoglio. Da sottolineare poi, accanto all'indiscutibile efficacia del modello, la capacità di pianificare e governare gli investimenti richiesti per predisporre una rete di strutture canili, che comincia a delinearsi in modo definitivo.

Sulla base dei risultati conseguiti, la volontà e l'impegno istituzionale verso il consolidamento e l'ulteriore miglioramento sono resi espliciti dalla programmazione del Piano sanitario regionale, nonché dalla proposta di nuova legge regionale sull'anagrafe canina e la tutela degli animali d'affezione ora in discussione in Consiglio regionale.

Enrico Loretti
Unità funzionale multiprofessionale aziendale
Igiene urbana veterinaria
Azienda sanitaria di Firenze

LE "FORZE" IN CAMPO

Tutti gli assi del piano toscano

Anagrafe canina, servizio di accalappiacani, sterilizzazione di animali liberi e una radicata rete di canili gestiti dai Comuni e dalle associazioni di volontariato. Sono questi i capisaldi della strategia attraverso cui la Regione Toscana porta avanti da anni la propria lotta al randagismo. Un Piano regionale annuale finanzia interventi di potenziamento, nuova costruzione e adeguamento dei canili, per fare in modo che tutte le strutture corrispondano a standard di qualità comuni.

La amministrazioni comunali, direttamente o attraverso convenzioni, devono avere un canile sanitario (per la prima accoglienza) e un canile rifugio (per i soggiorni più lunghi), devono fare un censimento dei gatti, gestire il servizio di accalappiacani e provvedere all'assistenza veterinaria. Spetta invece alle aziende sanitarie provvedere all'anagrafe canina, educazione sanitaria, alla sterilizzazione degli animali randagi, vigilanza, alla profilassi all'interno del canile sanitario. La legge prevede la possibilità che le Asl gestiscano direttamente anche il servizio di accalappiacani e i canili sanitari, ma con oneri a carico dei Comuni. Un ruolo fondamentale è riservato alle associazioni di volontariato, preziose partner che in convenzione con i Comuni possono occuparsi della gestione dei canili rifugio, delle colonie feline e delle adozioni degli animali ospiti.

L'ANAGRAFE CANINA

L'«identità» in un microchip

La Toscana è stata una delle prime Regioni italiane a istituire l'anagrafe canina. Era il 1987 e per la prima volta si stabiliva la necessità di tatuare un cane e registrarlo presso l'autorità sanitaria. Il tatuaggio poteva essere fatto su qualsiasi parte del corpo, anche se le orecchie sono state a lungo la zona più utilizzata. Nel 1991, con la legge quadro 281/1991, l'anagrafe canina si è diffusa in tutta Italia. Il tatuaggio è rimasto in vigore fino al 2004, anche se dal 1995 è stato ammesso esclusivamente sulla coscia.

Dal 2004 si è affermato il microchip, meno doloroso e più affidabile di ogni altra metodica di riconoscimento. Tutti i cani devono essere registrati presso l'anagrafe canina (se provengono da un allevamento è meglio verificare che siano stati iscritti anche nei registri della Asl, non solo all'Enci) e nel caso in cui un animale scappi o si smarrisca basteranno pochi click al settore veterinario della Asl per risalire al padrone. Il data base dell'anagrafe canina è organizzato per numero di identificazione, nome, sesso, razza, età e altri parametri che rendono facile risalire al proprietario anche senza l'esatto numero di microchip. Inutile aggiungere che se si tratta di un caso di abbandono, il proprietario sarà denunciato e sottoposto alle sanzioni penali previste per legge.

IN 4 ANNI 21 INTERVENTI

L'impegno sui canili pubblici

Ogni anno la Regione destina fondi per potenziare e migliorare la rete dei canili pubblici. Nel 2008 sono stati completati i lavori di cinque importanti progetti finanziati dalle Asl: a Viareggio sono stati realizzati 60 posti con un investimento di 136.400 euro, Campi Bisenzio ne ha creati 50 con un investimento di 80mila euro, a Livorno ne sono stati allestiti 48 investendo circa 98mila euro. Oltre a questi ci sono stati due importanti interventi di adeguamento e miglioramento di strutture pre-esistenti: la Comunità montana della Lunigiana (che raccoglie 12 Comuni) grazie a un investimento di circa 26mila euro ha ora a disposizione 220 posti per cani. Lo stesso vale per Cavriglia dove il canile, che conta 200 posti e serve 13 Comuni, ed è stato ristrutturato con un investimento di circa 60mila euro.

Nel quadriennio 2004-2008 sono stati effettuati in tutto 21 interventi su canili. Nella maggior parte dei casi si è trattato della realizzazione di nuove strutture, anche di grandi dimensioni (nel 2004 a Empoli è stato realizzato un canile per ben 224 animali), ma negli ultimi anni si è anche assistito a investimenti consistenti finalizzati non tanto ad aumentare le dimensioni del canile, quanto piuttosto a migliorarne la qualità della struttura e dei servizi e, di conseguenza, la qualità della vita degli animali ospitati.

GROSSETO *In tre anni l'Asl 9 ha investito 7 milioni nella diagnostica per immagini*

Avanti tutta con l'imaging

Entro il 2010 saranno operative due nuove risonanze e sei Tac

Ammonta a circa 7 milioni di euro il valore totale degli investimenti, che negli ultimi tre anni hanno dotato gli ospedali della Asl 9 di Grosseto di nuove apparecchiature per la Tac e la risonanza magnetica. L'obiettivo è quello di potenziare l'offerta di servizi per i cittadini, in termini di prestazioni e di tecnologia, grazie all'acquisto di strumenti sempre più moderni e sofisticati.

Per quanto riguarda le risonanze magnetiche, accanto alla "total body", installata all'ospedale di Grosseto nel 2006, entreranno in funzione, tra novembre 2009 e l'inizio del 2010, altre due risonanze osteoarticolari: una al Misericordia di Grosseto, per esami su articolazioni e colonna, e una all'ospedale di Orbetello per esami solo sulle articolazioni. Con l'entrata in funzione delle due nuove risonanze, che prenderanno in carico le prestazioni di tipo articolare, la struttura pubblica sarà in grado di rispondere in maniera sempre più commisurata al fabbisogno del territorio, anche in considerazione del fatto che la domanda per la risonanza magnetica è aumentata in media del 15% l'anno. Le due nuove macchine, infatti, possono effettuare ciascuna circa 5mila esami all'anno, in aggiunta ai 6.500 della "total body", portando così a 16.500 il numero delle prestazioni che possono essere erogate nelle strutture pubbliche.

Le nuove Tac, invece, sono 6, delle quali una già operativa a Orbetello e una a Massa Marittima. Tra ottobre e dicembre 2009 ne verranno installate due al Misericordia, una a Pitigliano e una a Casteldelpiano. In questo caso, a parte Pitigliano dove la Tac è di nuova installazione, si tratta di un rinnovamento completo della dotazione strumentale con macchine più moderne e più veloci nei tempi di esecuzione, in grado di rispondere alla crescita della domanda. Nel 2008, infatti, le Tac degli ospedali del territorio, hanno eseguito circa 30mila esami e il dato è in crescita nel primo semestre del 2009.

Tra l'altro, sia le Tac che le risonanze magnetiche sono inserite nella rete aziendale e di Area vasta del Ris/Pacs, il sistema di gestione, archiviazione, lettura e trasferimento degli esami per immagini in forma digitale, che permette ai cittadini di avere le immagini su semplice Cd e ai professionisti di consultare velocemente i precedenti di ciascun paziente.

Lina Senserini
Ufficio stampa Asl 9 Grosseto

LUCCA

Produttività: siglato l'accordo aziendale per le quote 2008

È stato chiuso un importante accordo tra la direzione dell'Asl 2 e i sindacati del comparto e Rsu aziendale. Le tematiche al centro dell'intesa sono quelle relative all'erogazione delle quote di produttività del personale per il 2008, che vedono una differenziazione in base anche alle assenze dal lavoro. Si è posto fine in questa maniera a una trattativa non semplice, che aveva visto i sindacati e l'azienda a lungo su posizioni diverse. La firma è avvenuta dopo la stipula del contratto nazionale e congiuntamente l'azienda ha integrato il fondo della produttività ai sensi dell'articolo 38 del contratto nazionale di lavoro, avendo raggiunto gli obiettivi regionali.

Si è quindi concordato di anticipare, con lo stipendio del mese di settembre, una quota di 200 euro di questo fondo specifico messo a disposizione dall'azienda. Un'ulteriore quota verrà distribuita nel 2010, con la chiusura del bilancio 2009. È anche previsto che entro la prima metà del mese di ottobre le parti si incontrino nuovamente per stabilire criteri e modalità per gli avanzamenti orizzontali del personale del comparto. «Sono soddisfatto dell'accordo - evidenzia il direttore generale dell'Asl 2, Oreste Tavanti - ma anche del clima positivo che ho riscontrato al momento dell'intesa. Si tratta di un'importante anticipazione del contratto integrativo aziendale, che consente tra l'altro di chiudere diverse questioni in sospeso. Possiamo così attribuire ai dipendenti una quota economica importante che premia lo sforzo che tutti i dipendenti indistintamente, insieme alla direzione aziendale, hanno compiuto negli ultimi due anni di lavoro. Sono stati raggiunti alcuni significativi obiettivi di tipo qualitativo e quantitativo, tra i quali quello del miglioramento dell'accoglienza ai cittadini in tutte le attività svolte dall'azienda. L'impegno e il senso di responsabilità del personale hanno infatti permesso di affrontare importanti aspetti organizzativi rivolti principalmente al miglioramento del livello delle risposte sanitarie».

Sullo stipendio di settembre anticipati 200 euro

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

PISTOIA

Il pronto soccorso sbarca on line: le «code» si controllano da casa

Sono on line i tre pronto soccorso dell'azienda sanitaria di Pistoia. I cittadini hanno l'opportunità di visitare sul sito www.usl3.toscana.it, cliccando a sinistra dello schermo, la sezione «tempo reale-pronto soccorso», e vedere in tempo reale, appunto, il numero delle persone che sono presenti e in trattamento nei pronto soccorso degli ospedali di Pistoia, Pescia e San Marcello.

L'iniziativa è stata realizzata nell'ambito della ristrutturazione complessiva, in atto, del sito aziendale, che sempre di più si sta caratterizzando per informare i cittadini, attraverso specifiche rubriche, sui servizi e sulle iniziative dell'Asl 3 di Pistoia. Nello specifico con la rubrica «tempo reale-pronto soccorso» è stato creato un collegamento tra i monitor dei tre pronto soccorso i quali a loro volta sono in linea con i computer dei terminali dei triage (accoglienza) che regolano sia il flusso dei pazienti in attesa suddivisi in relazione ai codici di priorità a seconda della gravità (bianco, azzurro, verde, giallo, rosso) sia dei pazienti che sono già in trattamento.

«Ovviamente questa informazione - spiega Stefano Cantini, direttore dell'Unità operativa assicurazione di qualità e relazioni pubbliche - potrà risultare utile soprattutto per i pazienti che accedono al pronto soccorso con codici a bassa priorità (in particolare bianco e azzurro) i quali, prima di recarsi presso la struttura ospedaliera, potranno consultare il sito per sapere quanti utenti, in quel preciso momento, sono in attesa di essere visitati evitando così lunghe attese ed eventualmente scegliere in relazione alla gravità la sede meno affollata».

Sono più di 4.000 i cittadini che si sono collegati al portale dell'azienda sanitaria per sapere e prendere visione del numero degli utenti in attesa nelle sale dei tre pronto soccorso della Asl 3. L'iniziativa sembra quindi essere stata molto apprezzata dai cittadini pistoiesi che sempre di più scelgono il servizio on line e capiscono che è possibile evitare la coda al pronto soccorso.

I monitor di tre ospedali sono in rete con i pc dei triage

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

AREZZO

Abbasso gli sprechi: materiali usati in viaggio da Bibbiena al Senegal

È partito questo sabato da Bibbiena un container pieno di materiali usati di natura sanitaria, destinato all'ospedale Abdou Aziz Sy Babakh della città di Tivaouane in Senegal. È il frutto dell'iniziativa portata avanti dall'azienda sanitaria e dalla comunità senegalese realizzata a costo zero, creando un ponte non solo ideale, ma anche materiale e umano con una città nella Repubblica senegalese che aspetta questo invio come aiuto tangibile del fatto che la terra è una sola e tutti ci dobbiamo vivere al meglio. Un invio a costo zero perché il recente trasferimento di tante attività dal vecchio al nuovo ospedale ha portato al rinnovamento di tanti arredi e apparecchiature e tanto del materiale messo fuori uso è ancora in grado di essere utilizzato. Grazie a contatti che già erano in atto e a buoni rapporti anche con il consolato senegalese di Firenze, è sbocciata questa idea: selezionare materiali che siano adatti a questa città dell'entroterra senegalese e spedirli con un container.

Dall'idea ai fatti il passo è stato breve. Il lavoro un po' meno perché il personale di Bibbiena ha selezionato con attenzione merce ancora valida, funzionale e adatta anche alla destinazione. La scelta dei materiali è caduta su una sessantina di pezzi come attrezzature sanitarie a bassa manutenzione, qualche "scialitica" portatile semplice, delle stufette a secco per disinfezione (bandite in Italia ma non in Senegal), qualche carrozzina per trasporto infermi e arredi di tipo sanitario (essenzialmente letti).

Un'operazione per l'azienda a costo zero (noleggio container, costi di trasporto fino a Livorno, e da qui in nave fino a Dakar, e infine il trasloco a Tivaouane) con la supervisione dei canali diplomatici italiani, garanti delle operazioni doganali e della destinazione e accoglimento certi della merce. L'intera operazione ha comunque creato un tale entusiasmo e un desiderio di proseguire su questa strada che si sta lavorando a un gemellaggio con una struttura sanitaria senegalese. Sarà adesso l'ambasciata del Senegal in Italia a indicare quale.

Nel container arredi, stufette e attrezzature

Massimo Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IN BREVE

LUCCA
Si è concluso, con grande soddisfazione di docenti e discenti, il modulo iniziale di «Schèsis: Scuola umanistico-scientifica per la salute mentale», grazie al quale è stato posto un primo tassello per una nuova cultura e un nuovo tipo di formazione. La scuola, prima nel suo genere, è stata istituita per iniziativa dell'Asl 2 e della Regione Toscana in collaborazione con il Comune di Barga. Ha sede presso le strutture del Centro di salute mentale della Valle del Serchio, a Fornaci di Barga, ed è stata realizzata sotto la guida di Mario Betti, responsabile del Servizio di salute mentale della Valle del Serchio, insieme ai suoi collaboratori. Al primo modulo hanno partecipato medici e psicologi, non solo toscani.

VIAREGGIO
La biblioteca Atena di Viareggio, presso l'Unità funzionale inclusione sociale, a un anno e due mesi dall'inaugurazione (giugno 2008) ha registrato 176 tesseramenti, per un totale di 733 libri dati in prestito. Nel 2009 162 cittadini hanno usufruito del prestito di libri; 79 tra utenti e operatori dei servizi e 83 esterni, cittadini del quartiere o del territorio. A dimostrazione che il servizio è aperto e gradito anche al quartiere. A maggio è cambiato il sistema di catalogazione e consultazione (ex Isis) con il moderno programma Sebina messo a punto dal ministero della Cultura, che offre la possibilità di aver accesso anche via internet per visionare, prendere in prestito e prenotare i circa 7.000 volumi.

PISA
È stato acquisito tra le dotazioni del Centro di riabilitazione un nuovo macchinario in grado di rendere più efficace il trattamento fisioterapico per il recupero funzionale del cammino per i neurolesi. Ciò è stato possibile per lo spirito di solidarietà che ha animato molti cittadini e, in particolare, i genitori, residenti a Capraia e Limite, il cui figlio, per il trattamento ricevuto nell'Unità gravi cerebrolesioni di Auxilium Vitae, ha potuto riacquisire fondamentali capacità cognitive e motorie dopo un gravissimo incidente stradale. La donazione è avvenuta per aver promosso in quel comune una raccolta di fondi organizzata dalla MC Multicons Onlus attraverso l'impegno della società sportiva Cdp Limite che nel giugno scorso organizzò un torneo di calcio Uisp.

CALENDARIO

10 ott. 2009
SIENA
L'associazione Sclerosi Tuberosa organizza il convegno «La sclerosi tuberosa: percorsi terapeutici e nuove strategie d'intervento» presso il Policlinico Santa Maria alle Scotte a Siena. Info: 0577585541, formazione@ao-siena.toscana.it.

10 ott. 2009
PONTEDERA
«Ricerca di percorsi condivisi di diagnosi e terapia su neoplasie più frequenti e su neoplasie più rare» è il titolo del VI seminario di oncologia che si terrà all'Auditorium Fondazione Piaggio di Pontedera il 10 e il 17 ottobre. Tra i temi in agenda la chemio adiuvante e il vaccino anti-Hpv. Per info: 0509089310, info@dgmp.it

14 ott. 2009
FIRENZE
Presso Villa la Quiete alla Montalve di Firenze si terrà il convegno conclusivo del percorso formativo sulla comunicazione istituzionale delle aziende sanitarie della Regione Toscana dal titolo «Il valore aggiunto di una comunicazione integrata nelle aziende sanitarie». Per info: 0557946010, info@formas.toscana.it

Ottobre 2009
un mese straordinario
nelle biblioteche
della **Toscana.**

TIPI
da biblioteca

www.tipidabiblioteca.it

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

VOGLIO VIVERE COSÌ
www.turismo.intoscana.it

ottobre piovono libri