

Un esempio sul fronte della sicurezza

di **Alessandro Nanni Costa** *

Da quel lontano 1999, anno in cui è stata formalizzata la rete nazionale trapianti nel nostro Paese, sono stati fatti passi da gigante. Dagli ultimi posti a livello europeo, in termini di donazioni e interventi eseguiti, oggi il nostro sistema compete a pieno titolo con quello delle nazioni leader in questo settore, diventando un punto di riferimento sul fronte della qualità e della sicurezza. Ed è proprio sul fronte della sicurezza che la Regione Toscana ha saputo fronteggiare un momento di crisi, diventando un punto fermo per l'intero sistema. La rete dei trapianti toscana rappresenta, oggi, il benchmark dell'attività di donazione a livello nazionale; siamo convinti, inoltre, che il modello sanitario messo in campo dall'assessorato saprà confrontarsi in modo incisivo con le nuove sfide che attendono il settore dei trapianti.

Rispondere alle richieste dei pazienti in lista d'attesa non è solo questione di poter contare su un numero sufficiente di donazioni, o almeno in parte.

Senza ombra di dubbio, lavorare sulle opposizioni alla donazione e sulla comunicazione ai cittadini sono azioni fondamentali per garantire i trapianti.

Eppure, aumentare il numero degli interventi non è strettamente vincolato a quello delle donazioni; lo testimonia la leggera flessione registrata quest'anno nelle donazioni che non si è accompagnata a un calo drastico dei trapianti.

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

Rilancio del sistema regionale: nuovo coordinatore e più informatizzazione

Trapianti, si rafforza la rete

Potenziamento delle strutture centrali - Accoglienza adeguata per i donatori

La Regione Toscana ha deciso di rilanciare e dare nuovo impulso al sistema donazione-trapianto in ambito organizzativo, strategico e operativo, in linea con un processo di miglioramento continuo. In quest'ottica si inserisce la nomina del nuovo coordinatore regionale Trapianti, Giuseppe Bozzi, medico con decennale esperienza nel settore della donazione, coordinatore locale dell'azienda ospedaliero-universitaria pisana (Aou) e dell'Area vasta Nord-Ovest, nonché responsabile regionale del programma di monitoraggio donazione organi e tessuti.

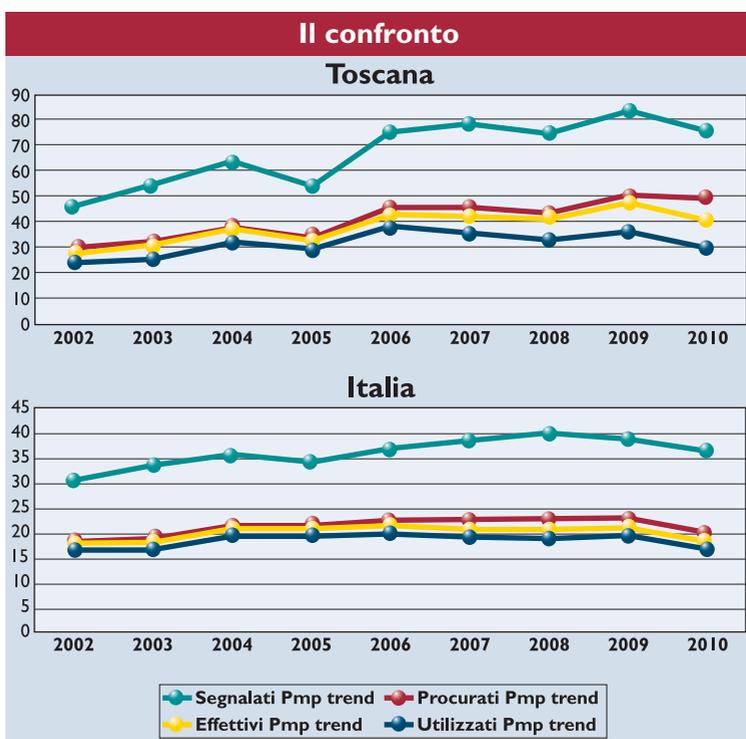
Rafforzare la rete regionale vorrà anche dire affrontare la revisione e il riordino complessivo del sistema, passando attraverso una più adeguata ed efficiente informatizzazione, atta a rendere più snella, sicura e veloce la trasmissione dell'enorme mole di dati da scambiare. Inoltre, tra gli intenti, il necessario potenziamento di alcune strutture centrali al sistema in modo da migliorare i livelli di qualità e sicurezza operativa richiesti anche dalle recenti direttive europee.

Nella nostra regione, donazione e trapianto di organi e tessuti si sviluppano attraverso percorsi assistenziali medico-chirurgici ormai consolidati che si avvalgono della professionalità altamente qualificata del personale sanitario che opera ai vari livelli con, data la complessità, risvolti di tipo clinico, etico, medico-legale, epidemiologico e organizzativo.

La disponibilità alla donazione di organi e tessuti negli ultimi anni, se pur con qualche altalenante lieve flessione, è stata e continua a essere, a confronto di quella di altre regioni o Stati, di buon livello ed è senz'altro frutto di vari fattori.

Certamente dobbiamo citare, tra questi, l'aumento della sensibilità e delle conoscenze specifiche tra la popolazione residente, dovuta anche a un'azione capillare delle associazioni sul territorio.

Un fattore determinante, non trascurabile, consiste anche nel miglio-



In Toscana nell'anno 2010: tasso di donazione Pmp è costantemente superiore al dato nazionale. Nonostante, rispetto al 2009, vi sia stata una flessione nel numero di donatori segnalati e quindi una flessione nel numero dei trapianti, il tasso dei procurati, effettivi e utilizzati, si è mantenuto pressoché doppio rispetto alla media nazionale.

AZIENDE OSPEDALIERE

Innovazione e ricerca da 170 milioni

Assegnati i fondi finalizzati previsti dal Psr per il biennio 2010-2011

Quasi 170 milioni sono in arrivo per le aziende ospedaliere toscane, l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, e la Fondazione Gabriele Monasterio. L'assegnazione riguarda il 2010 e 2011 ed è prevista da tre delibere (n. 110, n. 111, n. 116) approvate dalla Giunta il 28 febbraio. La prima si riferisce al Fondo per la diffusione dell'innovazione per attività gestite con risorse del Ssr e dell'Università, assegnato alle aziende che investono in innovazione e ricerca. Alle quattro aziende ospedaliere-universitarie sono assegnati poco più di 28,3 milioni. Altre risorse, circa 62,6 milioni, fanno parte dell'assegnazione di Fondi speciali finalizzati, previsti dal Piano sanitario regionale 2008-2010, per attività e funzioni di riferimento regionali. Infine, poco più di 76 milioni rientrano nel Fondo di sostegno alle attività assistenziali. In base al Psr spettano alle aziende ospedaliere caratterizzate dalla rilevante presenza di funzioni di didattica e ricerca svolte dall'Università.

ramento logistico-operativo del sistema. La donazione di organi e tessuti viene, universalmente e giustamente, considerata come espressione spontanea di solidarietà umana finalizzata ad aiutare persone con gravi patologie.

Perché questo si realizzi occorre che le istituzioni forniscano gli indirizzi e il supporto necessari allo sviluppo sul territorio di tutte le attività donative e trapiantologiche.

La Regione Toscana si è caratterizzata per aver posto le premesse di indirizzo e le condizioni per la realizzazione di un sistema di rete regionale, anticipando di fatto la legge 91/1099 «Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti» che disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte e regola le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espanto e di trapianto di organi.

Occorre anche che chi dichiara per iscritto o manifesta ai propri familiari la volontà di donare trovi accoglienza adeguata in strutture appositamente predisposte e che siano presenti nelle strutture sanitarie attività organizzate deputate alla valutazione del potenziale donatore e all'eventuale prelievo di organi e al trapianto. L'espressione di volontà infatti "si raccoglie" ma la donazione "si costruisce" in un processo, definito come multifasico e multidisciplinare, che impegna più professionisti, dal personale delle terapie intensive a quello dei coordinamenti locali presenti in ogni azienda.

È necessario quindi sottolineare quanto sia importante, in un sistema ad alta complessità, dove tutte le componenti devono muoversi necessariamente all'unisono, accordare tra loro gli aspetti clinico-organizzativi che l'evento donativo comporta.

Chiara Gherardeschi
Responsabile settore
Strumenti di pianificazione
e Programmazione socio-sanitaria
Regione Toscana

CONTROCANTO

Puntare all'impegno organizzativo-gestionale
di **Vincenzo Passarelli** *

Aido da sempre si sente parte integrante del sistema regionale trapianti ed esprime orgoglio per quanto di positivo è stato fatto in questi anni, ma allo stesso tempo è coinvolto pienamente sulle aree di criticità, sulle esigenze di miglioramento, sulle zone d'ombra che ancora esistono e persistono.

Abbiamo condiviso e for-

temente voluto un sistema organizzato per i trapianti in Regione e quindi siamo sempre stati consapevoli che, nel sistema, ognuno deve fare la propria parte al meglio delle sue possibilità e con le proprie caratteristiche. Infatti il trapianto di organi è l'anello conclusivo di una lunga catena di even-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ **Careggi: 1,1 milioni di tecnologia**

La Giunta regionale ha deciso di destinare all'Aou Careggi, per il funzionamento del Core research laboratory dell'Istituto toscano tumori, poco più di 1,1 milioni per il biennio 2010 e 2011. L'Aou di Careggi attiverà le procedure per l'acquisto delle attrezzature necessarie all'allestimento dei laboratori del Core research laboratory dell'Istituto toscano tumori presso i nuovi spazi in fase di realizzazione. La direzione Itt elaborerà di concerto con l'Aou Careggi un nuovo programma operativo, comprensivo delle previsioni di spesa, per la prosecuzione e l'ulteriore sviluppo del Crl Itt. (Delibera n. 121 del 07/03/2011)

▼ **Grosseto: nessuna farmacia in più**

Approvata la revisione della pianta organica delle farmacie dei Comuni della provincia di Grosseto sulla base della rilevazione della popolazione certificata dall'anagrafe del Comune. La Giunta ha deciso che non ricorrono i presupposti per operare variazioni, per cui il provvedimento conferma l'attuale pianta organica. Decisione presa considerato che il rapporto farmacia/popolazione prevede una farmacia ogni 4mila abitanti, nei comuni con più di 12.500 abitanti e, che si procede all'istituzione di una nuova sede quando l'eccedenza, rispetto al parametro richiesto, è pari ad almeno il 50 per cento. (Delibera n. 136 del 07/03/2011)

ALL'INTERNO

Arezzo: intesa tra Asl e Mmg

A PAG. 3

Il web learning va su Facebook

A PAG. 6

Un elettrodo anti-epilessia

A PAG. 7

ANDROLOGIA

Conclusa la prima fase di monitoraggio delle prestazioni di laboratorio



Seminologia, analisi di qualità

Obiettivi: limitare inesattezze e spesa - Sotto la lente 50 strutture

Si è recentemente conclusa la prima fase della sperimentazione del «Programma Veq in seminologia» che rientra nelle «Indicazioni per il miglioramento della qualità nel percorso procreazione medicalmente assistita (Pma)» come da delibera della Giunta regionale Toscana n. 11 del gennaio 2010.

Il programma è frutto della collaborazione del Centro regionale per il controllo di qualità in laboratorio, con sede presso l'ospedale di Careggi - che ha lo scopo di gestire i programmi di controllo di qualità esterno (Veq) dei laboratori della Toscana - con la struttura organizzativa dipartimentale complessa di Medicina della sessualità e andrologia della Aou Careggi, affiancata dalla Uo Andrologia ospedale Cisanello di Pisa e dal laboratorio Centro sterilità di Pescia. Il programma è stato voluto da tutti gli

andrologi toscani e dalla Regione Toscana stessa per monitorare la corretta esecuzione dello spermogramma, essendo questo uno degli esami normanti l'iter diagnostico-terapeutico della coppia infertile, come la glicemia per la diagnosi di diabete; una maggiore attendibilità permetterà valutazioni migliori e più coppie potranno avere un figlio per via naturale.

Le prestazioni eseguite nei laboratori di analisi, contraddistinte da tre fasi (pre-analitica, analitica e post-analitica) sono tutte importanti per l'esecuzione di una prestazione di laboratorio di buona qualità ma il loro monitoraggio dipende da aspetti e fattori organizzativi diversi. Per quanto riguarda il monitoraggio della qualità della fase analitica sono applicabili sistemi organizzativi assimilabili, in buona parte, a quelli applicati dall'industria, per limitare il numero di prodotti difettosi (costi). Il monitoraggio

ha quindi lo scopo di ottimizzare i costi di produzione e anche nei laboratori rappresenta uno strumento indispensabile per il miglioramento della qualità analitica con conseguente contenimento della spesa.

Il controllo di qualità analitica è divisibile in due parti: controllo di qualità interno (Cqi), che permette il monitoraggio in tempo reale dell'imprecisione delle prestazioni di laboratorio e che deve essere progettato e organizzato dal laboratorio che esegue le prestazioni; controllo di qualità esterno (Veq), organizzato da un ente esterno ai laboratori, che permette il monitoraggio dell'imprecisione e dell'inesattezza delle prestazioni dei laboratori partecipanti e dà una visione complessiva del livello di qualità analitica della prestazione oltre a permettere la valutazione dello stato dell'arte dei vari sistemi analitici.

Numerose leggi e decreti hanno

nel tempo reso obbligatoria l'esecuzione del controllo di qualità interno e la partecipazione a programmi Veq organizzati da Regioni o da enti riconosciuti a livello scientifico/istituzionale. La Regione Toscana è stata una delle prime Regioni italiane a istituire - con delibera n. 9090 del 30/10/1989 - un centro regionale per il controllo di qualità in laboratorio. I primi programmi gestiti dal centro erano rivolti a settori molto diffusi della medicina di laboratorio come a esempio quelli di chimica clinica ed ematologia. L'attività del centro si è molto sviluppata fino a oggi e attualmente vengono gestiti 25 programmi per le principali branche di laboratorio.

Per quanto riguarda la prima fase della sperimentazione del «Programma Veq in seminologia» sono stati inviati un cd (valutazione motilità) e campioni di liquido seminale (valutazione della concentrazione e morfo-

gia) a tutti i laboratori toscani che ne hanno fatto richiesta. I risultati del I ciclo sperimentale - che ha visto coinvolti più di 50 laboratori pubblici e privati della Toscana - sono stati commentati in una riunione svoltasi presso l'Auditorium della Regione Toscana il 4 febbraio 2011. Da quanto emerso si è ritenuta opportuna la necessità di reiterare la Veq prima e dopo corsi di formazione/aggiornamento ad hoc.

Maurizio Borsotti

Sod Sicurezza e qualità

Aou Careggi

Mario Maggi

Sod Medicina

della sessualità e andrologia

Aou Careggi

Marco Menchini

Regione Toscana

Settore Qualità

e partecipazione del cittadino

In diretta dalla ricerca

COME MIGLIORARE LA SALUTE CARDIOVASCOLARE DELLA POPOLAZIONE: 39 STUDI DI COMUNITÀ DEL CHAP

Kaczorowski J, Chambers LW, Dolovich L, Paterson JM, Karwalajtys T, Gierman T, Farrell B, McDonough B, Thabane L, Tu K, Zagorski B, Goeree R, Levitt CA, Hogg W, Laryea S, Carter MA, Cross D, Sabaldt RJ. Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular health awareness program (Chap). *Bmj*. 2011 Feb 7;342:d442. doi: 10.1136/bmj.d442.

■ Con il progressivo incremento dell'età media della popolazione, si osserverà un sensibile aumento dell'incidenza delle malattie cardiovascolari e delle loro complicanze. Di fatto, l'andamento epidemiologico può essere influenzato da programmi di prevenzione primaria che non necessariamente prevedono terapie farmacologiche, ma interventi sullo stile di vita. Un recente articolo pubblicato sul *British medical journal* ha valutato l'efficacia di un modello di programma di educazione sanitaria e cardiovascolare in 39 comunità dello stato dell'Ontario in Canada (con popolazione media di 10.000-60.000 abitanti). I cittadini sono stati suddivisi in due gruppi: 19 hanno usufruito del Cardiovascular health awareness program (Chap), 20 hanno proseguito con il normale programma di educazione sanitaria. Volontari scelti da agenzie sanitarie locali hanno effettuato misurazioni della pressione sanguigna agli abitanti di età superiore o uguale a 65 anni e hanno partecipato a seminari educativi sul rischio cardiovascolare, per un periodo di 10 settimane. I dati così ricavati sono stati comunicati ai pazienti stessi e ai loro medici di famiglia e farmacisti di fiducia. In base al profilo stimato i pazienti ad alto rischio veniva-

no seguiti da infermieri dedicati con farmacisti a disposizione per consigli terapeutici, e venivano informati dai volontari sulle risorse sanitarie a loro disposizione. Dopo sei mesi i medici di famiglia effettuavano una rivalutazione dei propri pazienti. Infine, sono stati confrontati il numero di ospedalizzazioni per infarto miocardico, scompenso cardiaco e ictus nell'anno prima ("pre-intervento") e nell'anno dopo la messa in atto del programma ("post-intervento"). Dopo una correzione per il tasso di ospedalizzazioni nell'anno pre-intervento, il programma Chap è risultato essere associato a una riduzione relativa del 9% delle ospedalizzazioni per infarto miocardico e scompenso cardiaco corrispondenti a 3 ospedalizzazioni in meno all'anno su 1.000 pazienti per malattia cardiovascolare, un effetto comparabile a quello ottenuto dalla legge antifumo sull'incidenza di sindromi coronariche acute. Questo studio illustra elegantemente come un programma di prevenzione e promozione della salute basato sulla collaborazione, sull'integrazione di più fronti (sanitario e sociale) e mirato a soggetti anziani può ridurre la morbilità cardiovascolare.

STUDIO SUI FATTORI DI RISCHIO EMERGENTI: DIABETE MELLITO, GLICEMIA A DIGIUNO E MORTALITÀ SPECIFICA

The Emerging Risk Factors Collaboration. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med* 2011;364:829-41.

■ Il diabete mellito è una malattia sistemica notoriamente associata a un aumento del rischio di malattie cardiovascolari (in primis l'infarto miocardico e l'ictus ischemico) ma anche ad altre condizioni quali alcuni tipi di neoplasia. In un articolo recente pubblicato su *New England Journal of Medicine* è stata valutata la

relazione indipendente tra presenza di diabete e valore di glicemia a digiuno e rischio di morte per causa specifica in 820.900 persone, reclutate in 97 studi prospettici. I diabetici hanno presentato una mortalità annua più alta rispetto ai non diabetici: per gli uomini 29 eventi su 1.000 persone anno (rispetto a 12 per 1.000 persone anno tra i non diabetici), per le donne 23 eventi su 1.000 persone anno (rispetto a 7 per 1.000 persone anno). La presenza di diabete mellito è risultata associata, oltre a un aumento del rischio cardiovascolare, anche a una mortalità in età più giovanile per neoplasia, causa infettiva, insufficienza renale e malattie degenerative. In altre parole, un uomo di 50 anni diabetico muore circa 6 anni prima di un coetaneo non diabetico; una donna diabetica di 40 anni circa 7 anni prima di una coetanea non diabetica. Questo dato è ancor più sorprendente se ricordiamo che il fumo di sigaretta riduce la speranza di vita di circa 10 anni. Circa il 40% degli anni di vita persi in una persona diabetica possono essere attribuiti a cause non vascolari: e di questi il 10% al cancro. Un valore di glicemia a digiuno superiore a 100 mg/dl è risultato associato a un significativo aumento di mortalità, ma, dato il numero minore di eventi non è stato possibile individuare una relazione con cause specifiche di morte. Nell'attesa che nuovi studi esplorino dal punto di vista fisiopatologico la relazione tra diabete e mortalità per cause non cardiovascolari, questi dati sottolineano la necessità di accurati follow-up nel paziente diabetico.

Gian Franco Gensini (Firenze),

Giuliano Mariani (Pisa), Mauro Galeazzi (Siena)

Con la collaborazione di

Chiara Lazzeri, Roberto Tarquini, e Claudio Picariello (Firenze)

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

ti che inizia con l'individuazione del potenziale donatore e si conclude con l'intervento di trapianto. Quest'ultimo rappresenta, per il personale coinvolto nel processo, il risultato di un lungo e impegnativo lavoro che spesso si sovrappone e si protrae oltre le normali attività lavorative e per il quale è richiesto un impegno aggiuntivo. Inoltre è un intervento che a differenza di altre prestazioni medico-chirurgiche si caratterizza per la sua natura multifattoriale e multidisciplinare, in quanto ogni processo di donazione ha una sua unicità, ogni ricevente ha una sua specificità e non sempre esistono relazioni stabili tra prestazioni erogate e risultati ottenuti. Tutto il processo si snoda attraverso le rianimazioni, le direzioni

aziendali, i centri di coordinamento, i laboratori di immunologia, i laboratori e i servizi di diagnostica, i centri di trapianto, le centrali di soccorso e le compagnie di trasporto. Un grande coinvolgimento quindi di competenze non solo cliniche, chirurgiche e immunologiche, ma anche logistiche che devono integrarsi le une alle altre in una perfetta armonia. In nessun altro percorso di cura e in nessun altro soggetto vengono attuate, in poche ore, misure diagnostiche finalizzate all'identificazione di eventuali patologie o di possibili fattori di rischio come nel potenziale donatore.

È tuttavia evidente che in un contesto così impegnativo l'aspetto organizzativo-gestionale gioca un ruolo determinante, richieden-

do l'impegno professionale di personale esperto ai vari livelli della filiera con una ripartizione di compiti e ruoli tale da rendere fluida ogni fase dell'intero percorso.

Alla luce di queste considerazioni, salutiamo con favore la nomina del nuovo coordinatore trapianti che si dovrà far carico di una proposta di riorganizzazione complessiva dell'Organizzazione Toscana trapianti e che tenga conto non solo di alcune criticità che si sono evidenziate negli ultimi due anni e che hanno portato alla diminuzione di donazioni, ma anche del documento in merito alla rete nazionale dei trapianti, votato dalla Conferenza delle Regioni e delle Pa il 10 febbraio scorso.

* Presidente Aido nazionale

Un esempio sul fronte.. (segue dalla prima pagina)

L'aumento dell'età media dei donatori e la diminuzione del numero dei decessi in seguito a lesioni cerebrali ci pongono di fronte a nuove sfide che il Centro nazionale trapianti (Cnt) ha già raccolto. Il trend è nazionale e chiama in causa l'intero sistema sanitario. È necessario, quindi, mettere in campo azioni mirate in grado di fronteggiare queste realtà, puntando sulla ricerca di nuove tecniche e metodologie per ridurre, a esempio, i cosiddetti criteri di esclusione di un organo a scopo di trapianto.

In questa direzione, il Cnt ha valutato positivamente i risultati dello studio, coordinato dal Cnr-Istituto di Fisiologia clinica di Pisa, che ha l'obiettivo di utilizzare cuori marginali (superiori ai 55 anni d'età), dopo averne testato la qualità attraverso uno strumento di ac-

certamento, l'eco-stress.

Il programma di ricerca, «Adhoners», è stato adottato a livello nazionale e vedrà il coinvolgimento attivo dei centri di cardiocirurgia e di tutti i livelli di coordinamento della rete trapianti. «Adhoners» costituisce solo una delle diverse contromosse messe in campo dal Cnt per supportare il sistema e per incoraggiare la diffusione di un'expertise aggiornata ed efficiente sotto ogni profilo. La realtà dei trapianti è sicuramente complessa; ogni singolo elemento rientra in una catena articolata dove la riuscita di uno contribuisce al buon esito dell'altro, e viceversa. Trasformare questa sua peculiarità in un punto di forza è la nostra mission.

* Direttore Centro nazionale trapianti

AREZZO

Continuità assistenziale garantita e integrazione dei medici di famiglia

Assistenza, intesa Mmg-Asl



Ristrutturate le cure primarie - Spazio ai team multiprofessionali

Garanzia su tutto il territorio della continuità assistenziale fornita dall'area delle cure primarie e una sempre maggior integrazione nel tempo dei Medici di medicina generale con la continuità assistenziale e con le strutture e i servizi deputati all'erogazione dell'assistenza primaria, così come suggeriscono le indicazioni regionali per la realizzazione della "Casa della Salute".

Sono queste le principali novità dell'accordo sottoscritto in questi giorni da Azienda Usl di Arezzo e Medici di medicina generale (Mmg). Un accordo che pone l'accento sullo sviluppo delle forme funzionali e strutturali di aggregazione dei Medici di medicina generale per rispondere alle esigenze assistenziali dei cittadini nell'arco della giornata, in tutte quelle situazioni in cui non sia appropriato il ricorso al pronto soccorso o il ricovero ospedaliero.

Si prevede, inoltre, che la sede strutturale di riferimento dell'associazione dei Mmg, ovunque sia possibile, debba essere collocata all'interno di una struttura fisica dotata di servizi, risorse tecniche e professionali, a disposizione dei Mmg, per l'erogazione della continuità assistenziale, per la gestione del paziente cronico e per l'integrazione dei percorsi assistenziali con le altre figure professionali che operano nel territorio, infermieri, Oss, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali. In particolare, questo modello identifica punti organizzativi dotati di una molteplicità di risorse professionali, disponibili a seconda del dimensionamento del Nucleo: infermieri per attività ambulatoriale e domiciliare, medici di continuità assistenziale (ex guardia medica), pediatri di famiglia, Oss, assistenti sociali. L'accordo firmato prevede anche l'apertura di cinque case della salute nel 2011 e altre cinque nel 2012.

Tre i grandi obiettivi. L'accordo prevede in primo luogo la riorganizzazione funzionale e strutturale dell'area delle cure primarie. L'ospedale si è riorganizzato negli ultimi anni per intensità di cure e in parallelo siamo in presenza di una esplosione in termini epidemiologici delle patologie croniche con la necessità di riorganizzare le risposte che possono arrivare ai cittadini dalle cosiddette cure primarie. L'accordo prevede che i medici di

famiglia comincino a lavorare funzionalmente insieme, creando dapprima una rete informatica fra di loro, successivamente, laddove possibile, con i medici della continuità assistenziale in modo che le informazioni cliniche dei loro assistiti siano disponibili a tutti. Tutto questo consentirà anche di creare un archivio dinamico con i dati epidemiologici utile per la programmazione delle risposte sanitarie che i Distretti dovranno dare ai cittadini. Un vero e proprio cambiamento epocale sotto il profilo organizzativo, che porterà alla "medicina di gruppo" e alla "medicina complessa" (sotto forma associativa) con sedi visibili ai cittadini e fruibili per molte ore al giorno. Questa la prospettiva rispetto al classico ambulatorio del proprio medico che è aperto solo poche ore al giorno. Con la creazione dei gruppi rimarrà comunque il rapporto privilegiato con il proprio medico di fiducia, ma si avrà una intera équipe pronta a gestire le esigenze assistenziali dei cittadini quando il proprio medico non può coprire il servizio. All'interno di queste sedi, l'accordo prevede anche la presenza di altre figure professionali per formare dei Team multiprofessionali.

Con questa nuova organizzazione si passa gradualmente, con un cronoprogramma ben definito, dalla medicina di attesa a una medicina di iniziativa. Obiettivo finale: ridisegnare l'intero territorio di ciascun distretto, in sedi distrettuali di erogazione di servizi gestite dai team multiprofessionali coordinati clinicamente dalla medicina generale. Secondo la densità delle popolazioni e la morfologia delle zone, ogni rete di medici coprirà con questa organizzazione da 15 a 25mila abitanti. Per le attività programmate ci saranno sedi strutturate, per la medicina di attesa, che comunque si dovrà continuare a garantire, ambulatori tradizionali diffusi nel territorio. Anche questi ultimi trarranno dei vantaggi perché saranno "liberati" da quell'impegno che adesso sarà interamente di competenze delle sedi strutturate.

Garantire ai cittadini obiettivi di salute. Con l'attuazione della medicina proattiva, il sistema si propone di garantire ai cittadini ulteriori obiettivi di salute rispetto a quelli comunemente garantiti.

In questa prima fase si punterà alla prevenzione primaria e alla correzione degli stili di vita: intere fasce di popolazione verranno attivamente richiamate dai medici di medicina generale, stratificate (valutate) per il rischio cardiovascolare, l'obesità e il sovrappeso. A ogni singolo paziente verranno elargiti consigli per modificare stili di vita e ridurre il rischio quando questo è troppo alto. Nel momento in cui ci sono riduzioni di risorse, si qualifica il territorio per aumentare comunque la risposta ai cittadini.

In questa ottica, per consentire ai medici di medicina generale di rendere efficaci le indicazioni di correzione degli stili di vita, l'Azienda insieme con la Fimmg sta mettendo a punto una serie di strumenti pratici che vanno dai corsi per smettere di fumare, all'Afa, ai percorsi di cammino (5-10mila passi al giorno), a iniziative di educazione alla corretta alimentazione (dieta mediterranea), strumenti pratici, corsi e percorsi.

Razionale utilizzo delle risorse. Ottimizzare a favore di cittadini le risorse esistenti, compiendo le scelte alla luce della letteratura e delle evidenze, ma privilegiando, a parità di efficacia clinica, le soluzioni a costo più basso. In questo modo le risorse liberate possono supportare le azioni di erogazione degli obiettivi di salute creando un circolo virtuoso. Non ultimo la medicina generale collabora pienamente con l'azienda nella creazione di classi di priorità di accesso per le prestazioni di diagnostica e di specialistica maggiormente richieste, fornendo così una concreta risposta al problema delle liste di attesa. Stabilite le procedure, l'azienda garantirà tempi certi per specifiche patologie, mentre il medico di medicina generale si impegna per gestire il rapporto con i cittadini, sotto il profilo informativo e scientifico. Sono state individuate quattro classi di priorità così come stabilito dal Piano nazionale per il governo dei tempi di attesa del ministero: urgente (entro 3 gg), breve (10 gg), differita (30 gg per le visite specialistiche), 60 gg per gli accertamenti diagnostici, programmata (di norma entro 6 mesi). Questo, naturalmente, richiederà anche una consapevolezza e una responsabilizzazione dei cittadini che non possono interpretare come "urgente" tutto ciò che li riguarda.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IL PUNTO DI VISTA DELLA FIMMG

«Trasformazione epocale»

La firma dell'accordo aziendale ha portato a compimento un percorso lungo e faticoso che ha visto impegnati i rappresentanti della Fimmg, cioè dei medici di famiglia, assieme ai dirigenti dell'azienda teso a ridisegnare complessivamente la struttura e la modalità operativa dell'area delle cure primarie. Molteplici sono i traguardi che l'accordo permette di raggiungere alla medicina generale:

- il progetto di aggregazione dei medici, sia funzionale che in sedi strutturali e la dotazione di queste sedi di personale, superando i limiti economici finora imposti a questo processo dall'Acn e dall'Air permette al medico di superare l'isolazionismo del lavoro singolo e gli dà gli strumenti per affrontare anche i maggiori carichi di lavoro che gli provengono da un lato dalle mutate esigenze di una popolazione che invecchia ed è più attenta alla propria salute e dall'altro dai compiti "imposti per legge" relativi alla digitalizzazione e dematerializzazione degli atti amministrativi;

- la creazione dei team multi professionali coordinati clinicamente dai medici di famiglia fa raggiungere il duplice scopo di poter praticare la "medicina di iniziativa" garantendo ai cittadini un controllo attivo delle patologie croniche e una "offerta" preventiva, ma soprattutto riconduce al medico di famiglia il "governo clinico" del territorio riappropriandosi del suo ruolo "centrale" nel sistema, da tutti proclamato ma da nessuno attuato;

- l'accordo consente inoltre al medico di offrire ai cittadini obiettivi di salute e azioni relative alla correzione degli stili di vita in un momento della vita del paese Italia oggettivamente difficile dove sarebbe più logico aspettarsi una contrazione dell'offerta di servizi piuttosto che un aumento;

- infine la logica delle priorità di accesso non solo consentirà ai cittadini un abbattimento dei tempi di attesa ma riconduce nelle mani del medico di famiglia la possibilità di gestire in prima persona il percorso diagnostico dei propri pazienti potendo contare su tempi certi per l'esecuzione di esami e consulenze ritenuti necessari senza dover sempre "passare la mano" allo specialista.

Questi risultati non sono però a "costo zero" per il medico di famiglia: è necessario superare l'istintiva reticenza al confronto e "smussare gli angoli" per poter lavorare in Team; è necessario adattarsi a tempi e modalità nuove del lavoro, coordinandosi col personale di studio e con le altre figure professionali, programmando le viste della medicina proattiva, chiamando i pazienti per le iniziative di correzione degli stili di vita connesse al raggiungimento degli obiettivi di salute; è necessario assumersi responsabilità nuove legate al ruolo di coordinamento clinico e riappropriarsi delle "vecchie" connesse con la decisione di chiedere un certo esame in un certo tempo o di scrivere un certo farmaco al posto di un altro che per lungo tempo ci sono state "sottratte" dalla diversa strutturazione del lavoro e dell'offerta di servizi. L'accordo aziendale è molto più di un semplice accordo: è l'inizio di una trasformazione epocale e culturale del modo di essere medico di famiglia, in piena sintonia e applicazione del progetto nazionale Fimmg di ri-fondazione della Medicina generale.

Dario Grisillo
Segretario Provinciale Fimmg Arezzo

LE RISPOSTE DEL TERRITORIO

La chiave di volta della medicina d'iniziativa

Per troppi anni c'è stato un distacco fra le strutture sanitarie direttamente gestite dalle aziende sanitarie e la medicina generale (medici di famiglia e pediatri di libera scelta). Tante le ragioni di questo fenomeno e l'importante accordo che abbiamo siglato rappresenta una delle tappe fondamentali di una vera e propria rivoluzione nel concetto di intendere l'assistenza ai cittadini.

Se l'attività degli ospedali viene concentrata sulle patologie acute e critiche, nel territorio si devono trovare le risposte a tutte le altre esigenze.

È l'intensità di cura il concetto attorno al quale far ruo-

otare l'assistenza, sia in ambito ospedaliero che territoriale. Il sistema deve cioè essere in grado di leggere i bisogni di salute e deve adeguare le risposte a queste necessità. I distretti socio-sanitari e i medici di medicina generale sono la chiave di volta per dare corpo a questa strategia. Fatto 100 il bilancio di una azienda sanitaria come quella aretina, il 43% delle risorse è destinato alla gestione degli ospedali, il 5% alla prevenzione e il 52% alla assistenza territoriale. Con una attuazione piena delle linee regionali

che individuano nella "Medicina d'iniziativa" la strada maestra da percorrere per garantire più salute ai cittadini, un rapporto più articolato, determinato e valorizzato con medici e pediatri di base era ed è fondamentale. Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta sono gli interlocutori più diretti fra cittadino e struttura sanitaria. Un anello di congiunzione al quale affidare e chiedere una gestione trasparente ed efficiente delle risposte sanitarie che i cittadini si attendono. Ormai nel cassetto il vecchio

concetto (in realtà già superato da anni), del "medico condotto" la cui attività era quasi totalmente assorbita dal fare le visite a casa dei malati e dal prescrivere qualche farmaco, oggi Mmg e pediatri sono professionisti con una grande preparazione e conoscenza del territorio: il lungo dialogo avviato nel tempo e approdato all'accordo appena siglato, dimostra le enormi potenzialità che derivano da questi professionisti nella gestione delle esigenze dei cittadini, con un occhio attento alle problematiche organizzative ed

economiche del sistema sanitario.

C'è un reciproco riconoscimento di responsabilità e di professionalità nell'attuare un progetto che mira chiaramente a individuare percorsi di assistenza specifici, corretti, adeguati e appropriati. Senza creare "conflitti" sulle competenze, l'accordo mette in condizione i medici di famiglia, che si organizzano in forme associate, di gestire numerose fasi della medicina proattiva, del ritorno dei pazienti dalle strutture sanitarie al territorio, di operare nel

campo della prevenzione. E non ultimo di eliminare passaggi inutili e costosi ai cittadini, dalle prenotazioni di visite specialistiche ed esami diagnostici, con una corretta gestione delle liste di attesa, fino al ricevimento delle risposte. Dall'accordo nasce una nuova alleanza che restituisce a ognuno il ruolo che più gli è congeniale. L'Azienda ha grandi aspettative di successo da questo accordo, per migliorare in modo consistente la qualità della risposta assistenziale ai cittadini.

Enrico Desideri
Direttore generale
Asl 8 Arezzo

DOCUMENTI Assegnate prudenzialmente alle aziende sanitarie risorse corrispondenti all'importo iscritto nei bilanci di previsione 2010



Riparto provvisorio da 5,8 mld per Asl ed Estav

Una quota di 550 milioni destinata al fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito il testo della delibera della Giunta regionale toscana n. 96 del 21 febbraio 2011 recante il provvedimento di assegnazione alle aziende sanitarie e agli Estav del Fondo ordinario di gestione e del Fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema sanitario.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Dlgs 502/1992 e successive modificazioni e l'art.121 della Lr 40/2005, in base ai quali le aziende sanitarie sono tenute alla predisposizione del bilancio preventivo economico annuale;

Vista la nota della Presidenza del Consiglio dei ministri Csr 0006248 P-2.17.4.10 del 28/12/2010, con cui è stata trasmessa la proposta del ministro della Salute di deliberazione del Cipe concernente il riparto fra le Regioni delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2011, da sottoporre a Intesa della Conferenza Stato-Regioni;

Vista la quota di euro 6.581.952.321 di Fondo sanitario proposta per la Regione Toscana dall'atto di cui al punto precedente;

Preso atto che, in caso di conferma di tale importo in sede di riparto Cipe, le risorse a disposizione del Servizio sanitario regionale incrementerebbero, per il secondo anno consecutivo, solamente dell'1%, a fronte di incrementi più consistenti, da un minimo del 2,72% a un massimo del 6,14% dagli anni 2006 al 2009;

Valutato, pertanto, di assegnare prudenzialmente alle aziende sanitarie le risorse corrispondenti all'importo che sono state autorizzate a iscriverne nei bilanci di previsione dell'esercizio 2010, a titolo di fondo ordinario di gestione e di fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema, ai sensi dell'art.

25, comma 2, della Lr 40/2005, pari a un totale di euro 5.820.177.314,34;

Preso atto che a tale assegnazione iniziale farà seguito un ulteriore atto di riparto, sulla base delle risorse complessivamente attribuite al Servizio sanitario regionale in sede di riparto nazionale del Fondo sanitario, che dovrà tendere al riallineamento agli indici di accesso aziendali, elaborati con la procedura prevista dal Piano sanitario regionale 2008-2010, prorogato al 31/12/2011 dall'art. 104, comma 1, della Lr n. 65/2010;

Vista la Lr n. 66/2010 sul Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e pluriennale 2011-2013 e la Deliberazione del 10 gennaio 2011, n. 5 sull'approvazione del bilancio gestionale 2011 e pluriennale 2011-2013, che presentano le necessarie disponibilità;

Valutato, in base ai criteri esposti nell'Allegato 2, parte integrante del presente atto, di assegnare l'importo di euro 5.820.177.314,34, per euro 5.270.000.000,00 a titolo di fondo ordinario di gestione per le aziende sanitarie, e per la quota residua di euro 550.177.314,34 a titolo di fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema, ai sensi dell'art. 25, comma 2, della Lr 40/2005;

Ritenuto pertanto di dover procedere al riparto del fondo ordinario di gestione alle Aziende sanitarie Usl sulla base dei criteri del Piano sanitario regionale 2008-2010, prorogato al 31/12/2011 in base all'art. 104, comma 1, della Lr n.

65/2010, che prevedono il riparto sulla base di indici di accesso costruiti in base alla ponderazione della popolazione su classi di età, alle caratteristiche geomorfologiche del territorio, alla distribuzione della popolazione nei centri abitati e la garanzia di un valore minimo della quota di fondo ordinario di gestione assegnata a ciascuna azienda pari a quello corrispondente all'assegnazione del precedente esercizio;

Valutato di assegnare l'importo di euro 550.177.314,34 del fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema, di cui all'art. 25, comma 2, della Lr 40/2005, alle aziende sanitarie contestualmente all'assegnazione del fondo ordina-

rio di gestione secondo i criteri dettagliati nell'Allegato 2, parte integrante del presente atto, al fine di consentire alle aziende sanitarie una programmazione della gestione basata sull'assegnazione predeterminata e certa delle risorse;

Ritenuto di autorizzare ciascuna azienda sanitaria a iscriverne nel conto economico del bilancio di previsione 2011, quale quota del fondo ordinario di gestione e del fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema, all'aggregato Valore della produzione - conto A1 "Contributi da Regione", gli importi riportati nell'Allegato I nella colonna "Totale da assegnare";

Preso atto che, relativamente alle Aziende Sanitarie, gli importi di cui all'Allegato I nella colonna "Totale da assegnare" sono stati già parzialmente impegnati e liquidati con decreti n. 6537/2010 e 229/2011 in via di anticipazione in applicazione della delibera della Giunta regionale n. 524 del 03/05/2000 (Disciplina delle erogazioni di cassa del fondo sanitario regionale);

Preso atto che, relativamente agli Estav, gli importi di cui all'Allegato I nella colonna "Totale da assegnare" sono stati già parzialmente impegnati e liquidati con decreto n. 237/2011;

Ponderazione sulle tre aree con i costi minori

(segue da pagina 4)

a) della Lrt n. 40/2005, il cui importo complessivo di euro 55.000.000,00 è stato accantonato nel capitolo n. 24165 del bilancio di previsione 2011 ed è ripartito in base al trasferimento delle funzioni, secondo gli importi dettagliati nell'Allegato 1, parte integrante del presente atto;

Ritenuto di autorizzare ciascuna azienda sanitaria a iscriverne nel conto economico del bilancio di previsione 2011, quale quota del fondo ordinario di gestione e del fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema, all'aggregato Valore della produzione - conto A1 "Contributi da Regione", gli importi riportati nell'Allegato I nella colonna "Totale da assegnare";

Preso atto che, relativamente alle Aziende Sanitarie, gli importi di cui all'Allegato I nella colonna "Totale da assegnare" sono stati già parzialmente impegnati e liquidati con decreti n. 6537/2010 e 229/2011 in via di anticipazione in applicazione della delibera della Giunta regionale n. 524 del 03/05/2000 (Disciplina delle erogazioni di cassa del fondo sanitario regionale);

Preso atto che, relativamente agli Estav, gli importi di cui all'Allegato I nella colonna "Totale da assegnare" sono stati già parzialmente impegnati e liquidati con decreto n. 237/2011;

A voti unanimi

Gli indicatori del Mes guidano il riequilibrio

L'obiettivo è di quantificare il fondo ordinario di gestione in misura corrispondente all'ammontare di risorse che, in condizioni di massima efficienza del sistema (costo standard), sarebbero strettamente necessarie per la tutela della salute della popolazione regionale. L'importo così determinato di 5.243.076.882,49 è inferiore al fondo ordinario di gestione complessivamente assegnato nell'esercizio precedente (2010). Poiché il Psr 2008-2010 prevede che a ogni azienda debba essere garantita l'assegnazione dell'esercizio precedente, l'importo complessivo viene incrementato a euro 5.270.000.000,00.

L'importo del fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema è determinato in euro 550.177.314,34, come la differenza fra le risorse da assegnare alle aziende (euro 5.820.177.314,34) e il fondo ordinario di gestione determinato con i criteri di cui ai punti precedenti.

Il fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico è assegnato secondo due criteri:

a) Criterio della performance, con cui è ripartito alle aziende Usl l'importo di euro 59.903.665,38, e alle aziende ospedaliere l'importo di euro 17.390.333,86. Tali importi sono ripartiti proporzionalmente all'indice sintetico di performance aziendale, definito come il rapporto con al numeratore il numero di indicatori con performance ottima o buona sottratto il numero di indicatori con performance scarsa e molto scarsa, e al denominatore il numero totale di indicatori utilizzati. Gli indicatori sono quelli del sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano del laboratorio Mes della scuola superiore Sant'Anna di Pisa, relativi all'ultimo esercizio disponibile (2009). La procedura di riparto è effettuata separatamente fra aziende Usl e aziende ospedaliere.

ALLEGATO I
(vedi tabella 1)

ALLEGATO 2
Criteri per la determinazione del fondo ordinario di gestione e per il riparto del fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema alle aziende sanitarie, ai sensi dell'art. 25, comma 2, della Lr 40/2005

La determinazione dei due fondi in oggetto è effettuata con i seguenti passaggi:

- Determinazione, per ogni Azienda Usl, del costo pro-capite, calcolato con la popolazione pon-

derata con i pesi del Psr 2008-2010, delle prestazioni e servizi erogati ai propri residenti, relativamente ai dati dell'ultimo esercizio per il quale i bilanci sono stati adottati (2009);

- Individuazione delle tre aziende Usl con i minori costi pro-capite (Prato, Pisa ed Empoli) e calcolo del costo medio ponderato delle tre Usl, pari a euro 1.540,51.

- Determinazione, per ogni azienda, del rapporto fra fondo ordinario di gestione, all'aggregato Valore della produzione (voce A.I.A.I del modello Ce) e il totale dei costi per residenti e individuazione del rapporto minimo: 90,6% (azienda Usl 10 di Firenze);

- Moltiplicazione del costo medio ponderato delle tre Usl per la popolazione complessiva regionale (compresa la stima degli stranieri non residenti), moltiplicato a sua volta per il rapporto minimo fra fondo indistinto e costi per residenti di cui al punto precedente.

L'obiettivo è di quantificare il fondo ordinario di gestione in misura corrispondente all'ammontare di risorse che, in condizioni di massima efficienza del sistema (costo standard), sarebbero strettamente necessarie per la tutela della salute della popolazione regionale. L'importo così determinato di 5.243.076.882,49 è inferiore al fondo ordinario di gestione complessivamente assegnato nell'esercizio precedente (2010). Poiché il Psr 2008-2010 prevede che a ogni azienda debba essere garantita l'assegnazione dell'esercizio precedente, l'importo complessivo viene incrementato a euro 5.270.000.000,00.

L'importo del fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema è determinato in euro 550.177.314,34, come la differenza fra le risorse da assegnare alle aziende (euro 5.820.177.314,34) e il fondo ordinario di gestione determinato con i criteri di cui ai punti precedenti.

Il fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico è assegnato secondo due criteri:

a) Criterio della performance, con cui è ripartito alle aziende Usl l'importo di euro 59.903.665,38, e alle aziende ospedaliere l'importo di euro 17.390.333,86. Tali importi sono ripartiti proporzionalmente all'indice sintetico di performance aziendale, definito come il rapporto con al numeratore il numero di indicatori con performance ottima o buona sottratto il numero di indicatori con performance scarsa e molto scarsa, e al denominatore il numero totale di indicatori utilizzati. Gli indicatori sono quelli del sistema di valutazione della performance del sistema sanitario toscano del laboratorio Mes della scuola superiore Sant'Anna di Pisa, relativi all'ultimo esercizio disponibile (2009). La procedura di riparto è effettuata separatamente fra aziende Usl e aziende ospedaliere.

b) Criterio del riequilibrio, articolato a sua volta in due fasi:

1. Viene attribuita a ciascuna azienda la differenza fra l'importo complessivamente autorizzato per il bilancio di previsione 2010, fra fondo ordinario di gestione e fondo per il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario del sistema, e l'importo complessivo fra fondo ordinario di gestione e il fondo determinato col criterio della performance di cui al punto a).

2. Fase del riallineamento del riequilibrio: relativamente alle aziende Usl, sono determinate le quote aziendali percentuali di fondo riconosciute inizialmente con la fase 1. Alla azienda Usl con la maggior quota percentuale di fondo è tolto l'importo di 1.200.000 euro. Alle altre Usl la cui quota supera il 5% viene tolta una cifra proporzionale all'eccedenza oltre tale valore percentuale, parametrizzata all'importo massimo di eu-



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 aggiungerne di nuove e inviarle all'indirizzo mail pianosanitari@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 Psir 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

PSICOLOGI E DISTURBI ALIMENTARI

Salve, sono una residente del comune di Lastra a Signa, ho 25 anni e sto terminando gli studi in Ingegneria. Per quello che riguarda la mia esperienza devo fare due osservazioni sul servizio sanitario:

- équipe multidisciplinari: ho avuto modo di usufruire dei servizi offerti all'ospedale Nuovo San Luca di Careggi nell'ambito dei disturbi alimentari. Sono passati un po' d'anni ma ricordo ancora il Prof D'Agostini e la psicologa e poi la mitica dietista Silvana dal cognome complicato. Ecco, sarebbe bello potenziare settori come questo di supporto ai giovani. Non solo nell'ambito dei disturbi alimentari. Sinceramente per quella che è stata la mia esperienza la psicologia nelle scuole è molto meno utile, io non ho ricordi di miei compagni che abbiano usufruito di questo servizio però potrei sbagliarmi. Oggi come oggi io sono completamente guarita ma conosco ancora ragazze che non sanno più dove andare perché non hanno soldi per pagare strutture private;

- gli orari. Io non ho mai avuto problemi con gli orari delle visite specialistiche, essendo una studentessa potevo gestirmi molto bene. Ma ho un parente che ha avuto bisogno di un supporto psicologico e ha dovuto sborsare 80 euro a visita per il semplice fatto che gli psicologi della Asl di Scandicci staccano presto!

Cioè dobbiamo pensare che quando una persona chiede certi tipi di sostegno non è una volta e via e che spesso dire al datore di lavoro «esco prima per andare dallo psicologo» oltre a non essere tollerato per motivi di orario è anche visto male perché si pensa che uno sia pazzo. Almeno

una volta alla settimana questi servizi dovrebbero rimanere attivi fino alle 9 la sera (ad esempio dalle 19 alle 21) e ci dovrebbero essere più persone che lavorano il sabato (qualcuno già lo fa e riserva il sabato proprio ai lavoratori). Non importa fare più ore, basterebbe fare una riorganizzazione. Si potrebbero fare dei sondaggi nelle Asl per vedere cosa ne pensa la clientela e anche fuori dalle Asl perché come ho detto prima molte persone non ci mettono piede a causa degli orari. Queste sono le mie osservazioni.

Ennio Duranti
Direttore Uos Nefrologia e Dialisi del PO3 Usl 8 di Arezzo

Martina

INTEGRAZIONE OSPEDALIERA TERRITORIALE

Si propone l'istituzione dello specialista nefrologo territoriale per una più incisiva attività di prevenzione ed educazione del cittadino e del Mmg nei confronti delle malattie renali e dei fattori favorevoli-scatenanti le nefropatie: stili di vita errati, obesità, diabete, ipertensione, cardiopatie, attività lavorative a rischio nefrotossicità, errata assunzione farmaci nefrotossici; attraverso giornate di informazione (nelle zone distrette) della popolazione, aggiornamento del Mmg, ma soprattutto collaborazione a stretto contatto con il Mmg nel suo ambulatorio per discutere dei casi più complessi e concordare insieme i percorsi diagnostici e terapeutici più appropriati; l'obiettivo deve tendere all'azzeramento dei ricoveri ospedalieri o comunque riservarli ai casi più avanzati di insufficienza renale cronica: soprattutto pazienti anziani e con compromissione multiorgano; l'attività nefrologica ospedaliera dovrà soprattutto esprimersi con ambulatori di 2° livello volti alla diagnostica complessa e all'attività di prediali-

zione a stretto contatto con il Mmg nel suo ambulatorio per discutere dei casi più complessi e concordare insieme i percorsi diagnostici e terapeutici più appropriati; l'obiettivo deve tendere all'azzeramento dei ricoveri ospedalieri o comunque riservarli ai casi più avanzati di insufficienza renale cronica: soprattutto pazienti anziani e con compromissione multiorgano; l'attività nefrologica ospedaliera dovrà soprattutto esprimersi con ambulatori di 2° livello volti alla diagnostica complessa e all'attività di prediali-

zione a stretto contatto con il Mmg nel suo ambulatorio per discutere dei casi più complessi e concordare insieme i percorsi diagnostici e terapeutici più appropriati; l'obiettivo deve tendere all'azzeramento dei ricoveri ospedalieri o comunque riservarli ai casi più avanzati di insufficienza renale cronica: soprattutto pazienti anziani e con compromissione multiorgano; l'attività nefrologica ospedaliera dovrà soprattutto esprimersi con ambulatori di 2° livello volti alla diagnostica complessa e all'attività di prediali-

zione a stretto contatto con il Mmg nel suo ambulatorio per discutere dei casi più complessi e concordare insieme i percorsi diagnostici e terapeutici più appropriati; l'obiettivo deve tendere all'azzeramento dei ricoveri ospedalieri o comunque riservarli ai casi più avanzati di insufficienza renale cronica: soprattutto pazienti anziani e con compromissione multiorgano; l'attività nefrologica ospedaliera dovrà soprattutto esprimersi con ambulatori di 2° livello volti alla diagnostica complessa e all'attività di prediali-

si, il tutto potenziando il day service con pacchetti di esami ematici e strumentali a basso costo.

Ennio Duranti
Direttore Uos Nefrologia e Dialisi del PO3 Usl 8 di Arezzo

CONTINUITÀ DEL PERCORSO ONCOLOGICO

Uno dei problemi più importanti vissuti negativamente dal malato oncologico è quello della carenza di continuità assistenziale. Il legame che si crea tra chi fa e soprattutto comunica la diagnosi (spesso lo specialista d'organo) è un legame privilegiato che il paziente cerca giustamente di mantenere, anche se con difficoltà, durante tutto il suo percorso terapeutico. Così l'ammalato preferisce spesso creare uno stretto rapporto con lo specialista, più che con lo stesso Mmg. La realtà per l'ammalato oncologico è invece diversa: vive spesso il contatto con più figure che si alternano tra di loro, ora il chirurgo, ora il radioterapista, ora l'oncologo, senza però che nessuna di queste figure diventi il riferimento privilegiato per l'ammalato. Queste carenze di continuità si evidenziano soprattutto nella fase terminale della malattia oncologica; va ricordato che alcune neoplasie sono ancora oggi gravate da elevati tassi di letalità, vedi ad esempio le neoplasie polmonari, e che il 50% circa dei decessi per neoplasia avviene in ambiente ospedaliero, spesso in luoghi dove l'ammalato magari viene conosciuto per la prima volta. Per le neoplasie dall'esito letale va infine ricordato che il ruolo del medico palliativista è spesso tardivo e chi si prenderà cura di lui fino alla fine rappresenta una nuova e ulteriore figura che continua ad aggiungersi a tutte le altre fino a quel momento conosciute dall'ammalato.

Andrea Lopes Pegna

Uno dei problemi più importanti vissuti negativamente dal malato oncologico è quello della carenza di continuità assistenziale. Il legame che si crea tra chi fa e soprattutto comunica la diagnosi (spesso lo specialista d'organo) è un legame privilegiato che il paziente cerca giustamente di mantenere, anche se con difficoltà, durante tutto il suo percorso terapeutico. Così l'ammalato preferisce spesso creare uno stretto rapporto con lo specialista, più che con lo stesso Mmg. La realtà per l'ammalato oncologico è invece diversa: vive spesso il contatto con più figure che si alternano tra di loro, ora il chirurgo, ora il radioterapista, ora l'oncologo, senza però che nessuna di queste figure diventi il riferimento privilegiato per l'ammalato. Queste carenze di continuità si evidenziano soprattutto nella fase terminale della malattia oncologica; va ricordato che alcune neoplasie sono ancora oggi gravate da elevati tassi di letalità, vedi ad esempio le neoplasie polmonari, e che il 50% circa dei decessi per neoplasia avviene in ambiente ospedaliero, spesso in luoghi dove l'ammalato magari viene conosciuto per la prima volta. Per le neoplasie dall'esito letale va infine ricordato che il ruolo del medico palliativista è spesso tardivo e chi si prenderà cura di lui fino alla fine rappresenta una nuova e ulteriore figura che continua ad aggiungersi a tutte le altre fino a quel momento conosciute dall'ammalato.

Uno dei problemi più importanti vissuti negativamente dal malato oncologico è quello della carenza di continuità assistenziale. Il legame che si crea tra chi fa e soprattutto comunica la diagnosi (spesso lo specialista d'organo) è un legame privilegiato che il paziente cerca giustamente di mantenere, anche se con difficoltà, durante tutto il suo percorso terapeutico. Così l'ammalato preferisce spesso creare uno stretto rapporto con lo specialista, più che con lo stesso Mmg. La realtà per l'ammalato oncologico è invece diversa: vive spesso il contatto con più figure che si alternano tra di loro, ora il chirurgo, ora il radioterapista, ora l'oncologo, senza però che nessuna di queste figure diventi il riferimento privilegiato per l'ammalato. Queste carenze di continuità si evidenziano soprattutto nella fase terminale della malattia oncologica; va ricordato che alcune neoplasie sono ancora oggi gravate da elevati tassi di letalità, vedi ad esempio le neoplasie polmonari, e che il 50% circa dei decessi per neoplasia avviene in ambiente ospedaliero, spesso in luoghi dove l'ammalato magari viene conosciuto per la prima volta. Per le neoplasie dall'esito letale va infine ricordato che il ruolo del medico palliativista è spesso tardivo e chi si prenderà cura di lui fino alla fine rappresenta una nuova e ulteriore figura che continua ad aggiungersi a tutte le altre fino a quel momento conosciute dall'ammalato.

Uno dei problemi più importanti vissuti negativamente dal malato oncologico è quello della carenza di continuità assistenziale. Il legame che si crea tra chi fa e soprattutto comunica la diagnosi (spesso lo specialista d'organo) è un legame privilegiato che il paziente cerca giustamente di mantenere, anche se con difficoltà, durante tutto il suo percorso terapeutico. Così l'ammalato preferisce spesso creare uno stretto rapporto con lo specialista, più che con lo stesso Mmg. La realtà per l'ammalato oncologico è invece diversa: vive spesso il contatto con più figure che si alternano tra di loro, ora il chirurgo, ora il radioterapista, ora l'oncologo, senza però che nessuna di queste figure diventi il riferimento privilegiato per l'ammalato. Queste carenze di continuità si evidenziano soprattutto nella fase terminale della malattia oncologica; va ricordato che alcune neoplasie sono ancora oggi gravate da elevati tassi di letalità, vedi ad esempio le neoplasie polmonari, e che il 50% circa dei decessi per neoplasia avviene in ambiente ospedaliero, spesso in luoghi dove l'ammalato magari viene conosciuto per la prima volta. Per le neoplasie dall'esito letale va infine ricordato che il ruolo del medico palliativista è spesso tardivo e chi si prenderà cura di lui fino alla fine rappresenta una nuova e ulteriore figura che continua ad aggiungersi a tutte le altre fino a quel momento conosciute dall'ammalato.

Uno dei problemi più importanti vissuti negativamente dal malato oncologico è quello della carenza di continuità assistenziale. Il legame che si crea tra chi fa e soprattutto comunica la diagnosi (spesso lo specialista d'organo) è un legame privilegiato che il paziente cerca giustamente di mantenere, anche se con difficoltà, durante tutto il suo percorso terapeutico. Così l'ammalato preferisce spesso creare uno stretto rapporto con lo specialista, più che con lo stesso Mmg. La realtà per l'ammalato oncologico è invece diversa: vive spesso il contatto con più figure che si alternano tra di loro, ora il chirurgo, ora il radioterapista, ora l'oncologo, senza però che nessuna di queste figure diventi il riferimento privilegiato per l'ammalato. Queste carenze di continuità si evidenziano soprattutto nella fase terminale della malattia oncologica; va ricordato che alcune neoplasie sono ancora oggi gravate da elevati tassi di letalità, vedi ad esempio le neoplasie polmonari, e che il 50% circa dei decessi per neoplasia avviene in ambiente ospedaliero, spesso in luoghi dove l'ammalato magari viene conosciuto per la prima volta. Per le neoplasie dall'esito letale va infine ricordato che il ruolo del medico palliativista è spesso tardivo e chi si prenderà cura di lui fino alla fine rappresenta una nuova e ulteriore figura che continua ad aggiungersi a tutte le altre fino a quel momento conosciute dall'ammalato.

Sanità Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Beatrice Sassi
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 11 del 22-28 marzo 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

CORSI ON LINE *Il sistema regionale di web learning aggiorna anche medici e operatori*



La tele-formazione fa Trio

E ora la piattaforma sbarca sui social network Facebook e Twitter

Medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, ma anche operatori, tecnici, personale amministrativo, insomma l'intero mondo della Sanità e del sociale, utenti compresi, può formarsi, informarsi e aggiornare le proprie competenze su temi specifici di particolare attualità. Lo potrà fare gratuitamente, senza perdere tempo o spendere in spostamenti e trasferte. È sufficiente un computer, un collegamento Internet e il gioco è fatto.

A rendere possibile tutto questo è

Trio, il sistema regionale di web learning che ormai da oltre dieci anni ha concretizzato il concetto di formazione a distanza, facendo della Toscana una pioniera del settore. Una sfida che si basa sulle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione e sulle grandi potenzialità di penetrazione capillare offerte da questi mezzi. Un mezzo di penetrazione democratico, che riesce a raggiungere i suoi utenti ovunque, in montagna, in carcere, in fabbrica, in ufficio, a casa. E chi non ha accesso a

Internet o non possiede un Pc, può trovare l'occorrenza nei poli formativi e nelle aule virtuali disseminate per la regione. E da qualche settimana il sistema di formazione a distanza della Regione Toscana sbarca sui social network. Da oggi chi vuole seguire un corso di web learning sulla piattaforma regionale Trio, può trovare tutte le informazioni che gli servono in tempo reale anche attraverso Facebook e Twitter. Sempre attraverso Facebook o Twitter sarà possibile formare gruppi di discussione e

condividere temi e interessi.

È l'ultima sfida di una piattaforma virtuale che in molti oggi "copiano" alla Toscana (numerose gli accordi con Regioni italiane ed europee che chiedono di collegarsi a Trio) e che, come ha sottolineato nel corso del convegno annuale svoltosi a febbraio a Firenze, l'assessore alle Attività produttive, lavoro e formazione, Gianfranco Simoncini, oggi è parte integrante del sistema regionale di formazione e istruzione. Un sistema il cui ruolo si è accentuato anche a

seguito della crisi economica. «Una crisi dalla quale si potrà uscire - ha detto Simoncini - solo potenziando le competenze dei lavoratori e la competitività delle imprese, in altre parole investendo di più e meglio sul capitale umano». Al direttore di Trio, Antonella Castaldi, abbiamo chiesto di illustrare il ruolo e le potenzialità della formazione a distanza in Sanità.

Barbara Cremoncini
Agenzia Toscana Notizie

I PROGETTI GIÀ ATTIVI E QUELLI DA SVILUPPARE

Ecco il menu disponibile per il pianeta salute

Date le caratteristiche di Trio, strumento adatto a raggiungere e coinvolgere una quantità altissima di utenti di ogni età e di ogni condizione sociale in ogni luogo, il mondo della Sanità non poteva che essere uno dei luoghi privilegiati di integrazione tra le necessità di formazione dell'uno (la Sanità) e le potenzialità dell'altro (Trio).

Obiettivo comune, quello di affermare la salute come bene condiviso rafforzando il concetto di coscienza collettiva della salute; mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori.

L'offerta disponibile in questo ambito è composta da 34 moduli, costantemente aggiornati e riclassificati in diverse aree tematiche:

- assistenza (Progetto Alzheimer; epilessia del bambino e dell'adolescente);
- normativa e politiche (promozione della salute nel contesto ospedaliero; interventi integrati per gli anziani);
- pediatria (vaccinazioni; ma-

occlusioni; vaccinazioni dell'adulto; tiroiditi in età pediatrica; il bambino con polmonite e il pediatra di famiglia; ambiente, salute e pediatria di famiglia);

- sicurezza operatori (psicologia dell'emergenza; il rischio da lattice in ambiente ospedaliero; profilassi post-esposizione per i dipendenti della Sanità; la movimentazione manuale dei carichi: aspetti valutativi, clinici, preventivi; il processo di manipolazione dei chemioterapici antitumorali; sicurezza per il paziente e per l'operatore);
- terapia del dolore nel bambino;
- odontoiatria (aggiornamento dell'assistenza in odontoiatria conservativa; sterilizzazione in odontoiatria; legislazione, metodi e tecniche; il ruolo dell'assistente nelle emergenze odontoiatriche);
- studi e ricerche (clown terapia; nuove metodologie in diagnostica molecolare; me-

Le tematiche		
Aree tematiche	Numero corsi ordinati	Numero corsi completati
Assistenza	954	554
Normativa e politiche	1.080	527
Pediatria	2.100	1.596
Sicurezza operatori	2.078	1.347
Studi e metodologie	1.722	885
Terapia del dolore	1.245	628
Totale	9.179	5.537

todologie per lo studio del metabolismo cerebrale umano; esplorazione funzionale del cervello; dolore e sofferenza: lo sguardo dello psicologo clinico; sonno, insonnia e vulnerabilità alla depressione; il microcircolo e la sua rilevanza nelle malattie cardiovascolari).

Fin qui quello che è stato fatto. Ma ci sono progetti anche per il futuro. Prossimamente sarà disponibile sul portale un percorso volto a svilup-

pare le conoscenze necessarie per acquisire la certificazione Ecdl Health, programma finalizzato allo sviluppo delle competenze informatiche per l'utilizzo sicuro delle applicazioni che trattano le informazioni dei pazienti.

Se le attività che ho appena elencato sono rivolte prevalentemente agli operatori della Sanità, sappiamo bene che l'esercizio del diritto alla salute comporta anche il coinvolgimento diretto delle persone,

così come sappiamo che tra salute e livelli culturali esiste un nesso stretto, che chiama in causa anche l'educazione sanitaria.

È nato così anche il progetto Stammibene (www.stammibene.net), con il quale è stata realizzata un'area web Trio destinata a svolgere un ruolo di laboratorio virtuale per esperienze di apprendimento collaborativo sul tema della cultura della salute, rivolta ai ragazzi delle scuole tra gli 11 e i 15 anni.

Il più recente campo di collaborazione riguarda la Carta sanitaria elettronica (Cse), strumento di semplificazione delle procedure sanitarie per rendere disponibile a ogni cittadino il proprio fascicolo sanitario elettronico. A oggi sono state inviate ai cittadini toscani oltre 3.500.000 carte sanitarie, il 21% delle quali è stato attivato.

Un progetto simile ha reso necessaria la formazione del

personale sanitario costituente un target molto numeroso, in tutto circa 55mila persone, diversificato per ruolo (sanitario, professionale, tecnico-amministrativo), per livello, per tipo di rapporto con l'azienda sanitaria (dipendenti, convenzionati, risorse esterne), per tipo di azienda (pubblica, privata convenzionata). Si sono iscritti a oggi 3.337 operatori, con ruolo sanitario, amministrativo e tecnico, 1.919 dei quali l'hanno superato.

Il corso base sviluppato con Trio consiste in 4 learning object, sviluppati per 4 crediti Ecm (1 credito per l'educazione continua in medicina) complessivi con una modalità interattiva con domande di controllo, voce, elementi di approfondimento da aprire attivamente e una grafica essenziale. Il corso si conclude con un questionario di valutazione apprendimento per ciascun learning object e un questionario di gradimento conclusivo.

Antonella Castaldi
Direttore generale di Trio

L'IDENTIKIT DEL PROGETTO

Nel pacchetto «help desk» e tutor

Trio (www.progettotrio.it) è il sistema di web learning della Regione Toscana, gestito da un'associazione temporanea di impresa, che mette a disposizione di tutti, in forma totalmente gratuita, prodotti e servizi formativi. È attivo su una piattaforma open source e offre un catalogo di prodotti formativi (a oggi circa 1.600). Al termine dei corsi rilascia un attestato di frequenza, previo superamento dei test di verifica delle conoscenze acquisite.

Fra i servizi offerti anche un servizio di tutoraggio a supporto dell'apprendimento, un servizio di orientamento per fornire consulenza sulle risorse didattiche disponibili e per aiutare le organizzazioni nella personalizzazione dei percorsi formativi; un servizio di help-desk, a cui si accede attraverso un numero verde dedicato; la possibilità di partecipare ad aule virtuali sincrone.

Al sistema di web learning si può accedere anche attraverso poli di teleformazione, alcuni dei quali situati all'interno di strutture penitenziarie regionali. Il supporto ai poli di teleformazione distribuiti sul territorio e gestiti diret-

tamente dalle Province.

Il numero totale di iscrizioni al portale, dal 2002 a oggi, è stato complessivamente di 198.930 unità, di cui 96.009 risultano attive negli ultimi 24 mesi.

L'offerta formativa Trio dispone attualmente di un catalogo corsi di circa 1.600 titoli, articolati su varie macro-aree tematiche. Tutti i corsi Trio presentano un test di ingresso facoltativo e orientativo e le prove di verifica delle conoscenze acquisite. In ogni caso, il superamento del test finale oppure il superamento di tutti i test intermedi permette il rilascio dell'attestato di frequenza.

Le macro-aree tematiche che caratterizzano il catalogo vanno dall'ecologia alla gestione aziendale, dalla pubblica amministrazione alle lingue, dall'industria al turismo.

Al 31 gennaio di quest'anno si registrano più di 525mila ordini tra i prodotti disponibili a catalogo e il 97,9% dell'utenza si dichiara soddisfatta dei corsi che ha frequentato.

A.C.

FOCUS SUGLI STILI DI VITA

Stammibene.net pensa al benessere

Stammibene è un sito rivolto ai ragazzi e anche agli adulti, che tratta in modo divertente le tematiche relative alla salute e agli stili di vita. «Un sito per star bene, che giova fortemente alla salute!» È partito quasi 4 anni fa grazie alla collaborazione fra Regione Toscana, ufficio scolastico per la Toscana e lo staff di Trio, il portale della formazione a distanza della Regione di cui costituisce un'ulteriore area web.

L'area web prevede due tipi di percorso: uno ludico-educativo per i ragazzi, che possono imparare anche attraverso giochi interattivi; e uno più classico-istituzionale, destinato non solo agli adolescenti, ma anche agli insegnanti e adulti interessati ad approfondire i temi affrontati. Accanto ai due percorsi tematici, sono presenti l'area Community, con il forum, un sistema di messaggistica e la newsletter, e un'area news.

Ricco di contenuti informativi redatti da esperti del settore, giochi, video multimediali e interattivi, strumenti di community che favoriscono lo scambio di informazioni e relazione tra gli utenti, Stammibene è stato pensato per

rendere protagonisti i ragazzi, i genitori e gli insegnanti.

Stammibene non è un sito «istituzionale», ma un luogo di informazione e relazione orizzontale tra diversi soggetti, nel più autentico spirito di comunità in rete. Il progetto si rivolge a tutti ed è uno strumento di sostegno per utenti singoli e organizzati: scuole, operatori della Sanità, cittadini. L'obiettivo è quello di arrivare ai suoi destinatari privilegiati, i ragazzi fra gli 11 e i 15 anni, temi come l'alimentazione, l'affettività, l'ambiente, le dipendenze, il movimento, le sicurezze, inseriti opportunamente in una "cornice generale", che è quella degli stili di vita.

Se la scuola è un passaggio obbligato per ogni attività di promozione della salute e di stili di vita corretti, la scelta del web, attraverso la piattaforma della teleformazione regionale, è sicuramente quella giusta per coinvolgere i ragazzi in questa fascia di età, un modo per affrontare temi a volte non facili su un terreno amico, più vicino al modo di sentire degli adolescenti, in grado di incidere più efficacemente sulle loro abitudini.

Doppio percorso, differenziato per giovani e adulti

FIRENZE

Primo impianto stereotassico pediatrico in Italia all'Aou «Meyer»

Un elettrodo che salva la vita



Identificata una grave forma di epilessia in una bimba di cinque anni

Ha sfiorato la morte. A soli cinque anni soffriva di crisi epilettiche così violente da dover essere continuamente tenuta seduta in terapia intensiva. Per salvarle la vita, strappandola da una forma gravissima di epilessia resistente ai farmaci, il dipartimento di Neuroscienze dell'azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze, ha effettuato un intervento di impianto stereotassico di elettrodi di profondità (Stereo-Eeg). È la prima volta che in un ospedale pediatrico italiano si utilizza con successo questa metodica per studiare le attività elettriche anomale del cervello come preparazione dell'operazio-

ne neurochirurgica, con cui sono state rimosse le parti che causavano le crisi.

La storia della bambina inizia due mesi fa, quando arriva alla clinica di Neurologia pediatrica del Meyer: è scossa da incessanti crisi, un vero e proprio stato di male epilettico che induce gli specialisti a ricoverarla nella rianimazione dove viene mantenuta in sedazione. Dagli esami diagnostici gli specialisti inizialmente sospettano si tratti di un'epilessia secondaria per una malformazione dello sviluppo della corteccia cerebrale. «Le indagini neurofisiologiche (Eeg) - spiegano Renzo Guerrini, professore della clinica di Neurologia

pediatrica, e Lorenzo Genitori, neurochirurgo del dipartimento di Neuroscienze - indicavano un'origine delle crisi epilettiche continue in una zona ristretta del cervello, ma non esattamente corrispondente alle aree che apparivano malformate alla risonanza magnetica. Occorre risalire alle origini delle scariche». Per farlo si è deciso di innestare 13 elettrodi nella corteccia cerebrale. Per questo è stato utilizzato un casco stereotassico, che permette di posizionare in zone superficiali e profonde (sottocorticali) del cervello elettrodi con precisione submillimetrica attraverso dei piccoli fori.

L'intervento è andato a buon fine e, come

spiegano i neurochirurghi, ha consentito di eseguire una registrazione delle crisi direttamente dalla corteccia cerebrale per 24 ore, individuando con grande esattezza le aree di origine delle crisi. Pochi giorni dopo, con un secondo intervento sono stati rimossi gli elettrodi ed effettuata la resezione della zona epilettogena ormai circoscritta. «Con questa metodica - dice Lorenzo Genitori - è ora possibile, anche in ambito pediatrico, guarire un numero maggiore di piccoli pazienti».

Roberta Rezoalli

Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze

VIAREGGIO

Il «Versilia» è la prima struttura con certificazione energetica «C»

Certificazione energetica per l'ospedale «Versilia» dell'Asl 12 di Viareggio conclusa a gennaio scorso. La complessa verifica ha portato a classificare l'edificio ospedaliero in classe «C»: una grande performance per una struttura complessa come un ospedale generale che ha al suo interno attività diversificate che comprendono anche aree soggette a regimi impiantistici particolari come le sale operatorie, il day surgery, le terapie intensive e le stesse degen-

ze ad alta intensità di cura. Questo importante risultato si è ottenuto grazie alla costante attenzione a due significativi aspetti: la struttura fisica dell'edificio e l'attenzione alla qualità dei componenti dell'involucro edilizio; la corretta strategia impiantistica e la grande attenzione agli strumenti di regolazione dell'energia, termica ed elettrica.

Ma ancora di più l'estesa capacità di regolazione che si è sviluppata negli anni, dando "energia" (termica o elettrica) solo dove serve, quando serve

e quanto serve, ispirandosi anche nella gestione energetica al principio dell'appropriatezza.

Nel 2010 è stata installata una rete di pannelli fotovoltaici con una potenza di picco di circa 200 kWp, ha consentito l'ottenimento della certificazione energetica di classe «C».

Nel 2011 l'Asl 12 di Viareggio sarà impegnata ad attuare gli interventi che consentano di abbassare ulteriormente la performance dell'edificio per rientrare nell'indice di 4,9 kWh/mc anno tale da ottenere la certificazione energetica in classe «B».

Stefano Pasquinucci
Ufficio stampa Asl 12 Viareggio

Appropriatezza per l'energia termica ed elettrica erogata

AREZZO

Attivo entro un anno in Valdarno un nuovo centro di radioterapia

Firmato il contratto di appalto per la costruzione del centro di radioterapia dell'ospedale della Gruccia, in Valdarno. Un altro grande progetto che si appresta a diventare realtà. Fortemente voluto dalla conferenza dei sindaci della zona Valdarno, dalla Asl 8 Arezzo, inserito nel piano sanitario regionale e con un contributo economico importante (con il coinvolgimento attivo e diretto della popolazione) da parte del Calcit del Valdarno.

«Con la firma del contratto - afferma il direttore generale Enrico Desideri - prendono il via le procedure tecniche e operative che porteranno entro marzo all'apertura del cantiere e, nei successivi dodici mesi, alla consegna della nuova struttura. Considerati i tempi tecnici necessari per l'installazione delle attrezzature e la successiva programmazione delle dosimetrie, la radioterapia valdarnese dovrebbe avviare concretamente l'attività entro l'estate 2012».

L'appalto è stato aggiudicato a un'associazione temporanea d'impresa formata dalla Inso Sistemi Spa e dalla Elekta Spa. L'importo complessivo dei lavori è di 4.752.881,17 euro, al netto degli oneri fiscali e delle spe-

se tecniche, per le opere murarie e le attrezzature. La durata del cantiere, salvo imprevisti, è di 366 giorni naturali consecutivi, compresa l'installazione e il collaudo dell'acceleratore lineare. Il Calcit Valdarno contribuisce all'opera con un contributo di due milioni.

I lavori per la realizzazione del nuovo centro di radioterapia consistono nel recupero e nell'ampliamento di spazi esistenti all'interno del presidio ospedaliero. In particolare, verranno recu-

perati i locali del vecchio archivio, situati a piano terra dell'ospedale, adeguandoli alla nuova normativa antisismica e riconvertendoli per la nuova destinazione

d'uso. Inoltre verranno costruiti ex novo due bunker nell'area adibita a parcheggio situata a lato degli ex archivi. Questo comporterà un adeguamento delle aree esterne: spostamento e allargamento della viabilità perimetrale all'edificio esistente, realizzazione dei parcheggi a servizio della nuova struttura, viabilità dedicata ai fornitori e al trasporto merci.

Pierluigi Amorini
Ufficio Stampa Asl 8 Arezzo

Recuperati spazi interni e adeguate le aree esterne

PISTOIA

Unicef Italia conferma il «Ceppo» come ospedale amico dei bambini

L'Unicef Italia annuncia che l'ospedale del Ceppo dell'Asl 3 Pistoia è stato riconfermato da Unicef e Oms per i prossimi 3 anni «Ospedale amico dei bambini».

L'iniziativa internazionale «Ospedale amico dei bambini» è stata lanciata nel 1992 per assicurare che tutti gli ospedali accolgano nel miglior modo possibile i neonati diventando centri di promozione e sostegno per l'allattamento al seno. Dal lancio dell'iniziativa a oggi più di 20 mila ospedali in oltre 150 Paesi in via di sviluppo e industrializzati hanno ottenuto il riconoscimento di «Ospedale amico dei bambini».

Nei Paesi dove gli ospedali sono stati riconosciuti è aumentato il numero di donne che allattano al seno ed è migliorato lo stato di salute dell'infanzia.

L'ospedale del Ceppo dell'Asl 3 Pistoia - il cui dipartimento materno-infantile è diretto dal primario di pediatria Rino Agostinani - è stato riconosciuto per la prima volta «Ospedale amico dei bambini» nel dicembre 2007. Per la riconferma l'équipe di esperti

del comitato tecnico di valutazione dell'Unicef Italia ha riscontrato: un ottimo lavoro di rete fra territorio e ospedale grazie al quale viene garantita la qualità assistenziale; la presenza dell'ambulatorio per l'allattamento è sicuramente un benchmark per tutte le strutture che desiderano avviare bene le madri ed evitare costosi ricoveri per problemi insorti successivamente; lo sviluppo della rete ospedale-territorio risulta essere molto efficace nel

sostegno del dopo parto, sia per quanto riguarda la trasmissione delle informazioni, sia per l'efficiente organizzazione dei servizi nel periparto: l'ambulatorio dell'allattamento rappresenta un punto di eccellenza da istituzionalizzare ed esportare in altre realtà; inoltre va sottolineato «l'impegno dell'intero équipe ostetrico-pediatrico, l'ambulatorio per l'allattamento, e il collegamento ospedale-territorio; inoltre, la passione per questo progetto viene percepito in tutto il reparto».

Nei Paesi dove gli ospedali sono stati riconosciuti è aumentato il numero di donne che allattano al seno ed è migliorato lo stato di salute dell'infanzia.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

Presidio benchmark è l'ambulatorio per l'allattamento

IN BREVE

▼ PRATO

Dal 14 marzo è disponibile un nuovo servizio interattivo, accessibile dalla homepage del sito dell'Asl 4 (www.usl4.toscana.it). L'Asl pratese è tra le prime in Italia ad aver geolocalizzato tutte le attività e i servizi offerti. Dal computer o dal telefonino, utilizzando questa tecnologia, ogni cittadino in pochi clic potrà individuare su mappa: farmacie, ambulatori dei medici di famiglia e pediatri, residenze per anziani, servizi di emergenza e urgenza distribuiti nei comuni dell'area pratese. L'interfaccia iniziale presenta tre possibilità di ricerca: per attività erogata, per Comune, e per zona o via specifica. La logica seguita è quella di Google-map che attraverso satelliti e coordinate geografiche localizza le sedi dell'Asl, suddivise per tipologia.

▼ LUCCA

Si è svolta anche a Lucca, il 10 marzo, la giornata del rene, che quest'anno ha assunto un significato particolare perché rappresenta l'avvio di una più vasta campagna finalizzata alla riduzione del consumo di sale nella dieta. L'iniziativa - di cui è evidente l'importanza in termini di qualità di vita da assicurare a una notevole parte di popolazione - è stata organizzata con il patrocinio nazionale della società italiana di nefrologia, degli assessorati regionali alla Sanità e, nella nostra realtà, dell'Asl 2 e del Comune di Lucca. Il controllo del sale nella dieta è il fattore di rischio modificabile più importante nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e funziona da solo di più che la correzione degli altri fattori di rischio noti.

▼ PISA

Dal 10 al 20 marzo si è svolta a Manado in Indonesia un'esercitazione internazionale di soccorso e protezione civile che ha coinvolto unità di Ue, Stati Uniti e Federazione Russa, oltreché di Indonesia e Giappone. Paesi promotori dell'iniziativa. Il dipartimento della Protezione civile nazionale, che coordinerà l'intervento italiano e parteciperà con proprio personale, ha attivato il modulo sanitario campale dell'associazione Gruppo chirurgia d'urgenza dell'Aou Pisana, una delle due équipe europee che ha preso parte all'esercitazione. L'altra, composta da francesi, non avrà compiti di tipo sanitario, ma si occuperà di ricerca e salvataggio in ambienti urbani. Il Gcu era composto da 8 medici, 10 infermieri, 2 addetti alla logistica.

CALENDARIO



LUCCA

Convegno «Quale intervento psicologico per i pazienti con patologia organica e per gli operatori?» nel Complesso San Michele sulla esperienza degli operatori ospedalieri impegnati nell'assistenza psicologica dei pazienti. Info: 0583449601, m.delpapa@usl2.toscana.it.



PISTOIA

Convegno all'Auditorium Polo scientifico tecnologico di Navacchio (Pi) su «La salute mentale tra prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento lavorativo». Un confronto tra chi opera nei percorsi di cura e riabilitazione e chi nella prevenzione e promozione della salute mentale. Info: 05075434516, info@performat.it.



FIRENZE

Convegno «Dare a Cesare quel che è di Cesare... Tc e appropriatezza ostetrica» all'hotel Mediterraneo per riflettere e pensare a quali impegni prendere per garantire un uso appropriato del Tc, il ruolo dei mutamenti della società e condividere strategie comuni. Info: 0554633701, ilaria@quidcom.com.

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN
GRE
LIB

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

GIOR
NALI
E
RIVISTE

INTER
NET
PER
TUTTI

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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