

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 29
anno XV del 24-30 luglio 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Faremo valere
la nostra
spending review

di Luigi Marroni *

La ripresa delle pubblicazioni de "Il Sole-24 Ore Sanità Toscana" mi offre l'opportunità di rivolgere un saluto a tutti i lettori e di condividere alcune riflessioni sul momento che tutti ci troviamo ad attraversare.

Stiamo affrontando una situazione in cui il lavoro di tutti questi anni è stato messo in discussione in pochi mesi: il finanziamento ridotto, anzi tagliato, dalle disposizioni governative precedenti e attuali, comporta che dobbiamo organizzarci per sostenere il nostro sistema con costi pari a circa l'8-10% in meno nei prossimi anni; e comunque gli effetti già nell'anno corrente sono molto severi.

Abbiamo sinora duramente lavorato su: qualità, efficacia, specializzazione e vicinanza al cittadino. Con un continuo lavoro di ottimizzazione (la spending review noi la stiamo facendo da anni) abbiamo anche tenuto i conti in sostanziale pareggio, certificato i nostri bilanci e trovato, dichiarato e corretto eventuali errori. Tutto ciò ci viene riconosciuto. Abbiamo, negli anni, chiuso cinquanta ospedali, lavorato molto sulla appropriatezza, sul consumo dei farmaci - per cui siamo spesso considerati un esempio da seguire - e molto altro ancora. Certamente nulla è perfetto e i risultati ottenuti non sono mai per sempre. Per questo motivo proseguono il continuo affinamento del sistema e l'ottimizzazione dei servizi.

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

La Giunta approva la "carta costituzionale" della rete per le cure all'infanzia

La pediatria cambia marcia

Aggiornati mission, percorsi e competenze - Priorità in 12 mosse

Rilanciare la rete pediatrica regionale e individuare gli strumenti per rispondere alle nuove sfide conseguenti sia all'evoluzione epidemiologica che all'urgenza di razionalizzare l'impiego delle risorse. Questo l'obiettivo della Regione Toscana che ha approvato un documento sulla rete pediatrica che - definendo missioni, percorsi e competenze - si configura come la "carta costituzionale" della rete, in quanto aggiorna le idee ispiratrici, identifica un nuovo modello di governo e individua le priorità operative. L'identificazione delle priorità è coerente con le tre sfide che la rete pediatrica regionale dovrà affrontare: sviluppare una rete collaborativa, costruita intorno ai percorsi assistenziali, secondo le linee ispiratrici; affrontare la sfida della cronicità anche nell'età pediatrica; garantire, attraverso l'appropriatezza clinica e organizzativa, la sostenibilità del sistema.

Il successo della rete è correlato alla sua capacità di costituire in modo reale e documentato un valore aggiunto sia per i pazienti, sia per i professionisti. Il risultato atteso per i pazienti è costituito dal miglioramento dell'accessibilità, dal perseguimento della continuità assistenziale e dalla multidisciplinarietà, che assicura il trattamento globale dei problemi clinici del paziente.

Il principale valore aggiunto che la rete può e deve offrire ai professionisti invece è costituito dall'arricchimento delle competenze, attraverso l'integrazione fra le molteplici professionalità presenti al suo interno, nonché attraverso la possibilità di governare l'intero percorso di cura del paziente. Se la rete è percepita dai professionisti come un vincolo e non come un'opportunità, il suo sviluppo non sarà garantito, quindi, la disponibilità alla collaborazione da parte dei professionisti e la valorizzazione e lo scambio delle competenze professionali costituiscono insieme i presupposti e la modalità di essere della rete. In questo senso, non esiste gerarchia nella rete, poiché non vi sono fasi più o meno importanti nel per-

Rete pediatrica: obiettivi e progetti

Le sfide

Sviluppare una rete collaborativa intorno ai percorsi assistenziali

Affrontare la sfida della cronicità anche nell'età pediatrica

Garantire, attraverso l'appropriatezza clinica e organizzativa, la sostenibilità del sistema

I programmi operativi

Integrazione nell'ambito dell'Area vasta

Valorizzare il ruolo e le specificità dei singoli nodi della rete pediatrica

Portare a compimento il nuovo modello di rete neonatologica

L'evoluzione della rete pediatrica

Il governo della rete regionale pediatrica

La continuità assistenziale e l'assistenza domiciliare: consolidare gli esiti dei trattamenti, migliorare l'appropriatezza organizzativa

La lotta all'obesità

Governare la transizione clinica dall'età evolutiva all'età adulta

I meccanismi e i percorsi preferenziali per l'accesso alle prestazioni richieste dai Pediatri di famiglia

Prioritarizzazione: modulare la risposta in funzione dei livelli di gravità e/o emergenza clinica

Le reti specialistiche

Il dipartimento pediatrico metropolitano



corso di cura. L'identificazione dello specifico contributo che ciascun nodo può e deve assicurare al percorso valorizza il ruolo di tutti ed evita sovrapposizioni, duplicazioni e sprechi.

Le articolazioni interne della rete possono essere individuate in funzione della specialità, oppure in funzione della patologia: percorsi specialistici (con il valore aggiunto dell'organicità); percorsi per patologia (con il valore aggiunto della multidisciplinarietà).

La garanzia di questa unitarietà deve essere perseguita attraverso l'unicità degli organismi di coordinamento, sia a livello regionale (comitato composto dal direttore generale del Meyer, i tre direttori sanitari che coordinano gli organismi di Area vasta, pediatri di famiglia, pediatri e neonatologi ospedalieri, associazioni delle famiglie, Ars e Mes, dirigenti regionali) che a livello di Area vasta (comitato composto dal direttore sanitario designato dal Comitato di Area vasta, da neonatologi, ostetrici pediatri ospedalieri e pediatri di famiglia).

Nell'ambito del Consiglio sanitario regionale, inoltre, la commissione pediatrica sovrintende alla predisposizione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici. A livello di Area vasta - i mattoni della rete - si definiscono in modo condiviso i percorsi assistenziali e, conseguentemente, si valorizzano le specificità e la complementarietà dei singoli nodi della rete.

Infine, le priorità operative identificate dal documento, approvato con la delibera 298/2012, sono articolate in dodici schede, ciascuna delle quali individua un programma operativo: sarà compito prioritario del comitato di coordinamento regionale definire per ciascuno dei dodici programmi i tempi di realizzazione, gli indicatori per il monitoraggio, l'articolazione per Area vasta.

Tommaso Langiano
Direttore generale Aou Meyer
Monica Frassinetti
Direttore sanitario Aou Meyer

SERVIZI E TESTO A PAGG. 2 E 4-5

CONTROCANTO

Valorizzare il ruolo delle associazioni

Ada Macchiarini *

Per la prima volta con la costruzione della rete pediatrica regionale si riconosce la centralità della figura del bambino e della sua famiglia all'interno di un percorso assistenziale e contemporaneamente si individuano e valorizzano tutte le figure sanitarie di accompagnamento mettendole in relazione tra di loro.

Nel documento approvato dalla Regione, infatti, vengono descritte le idee guida, spiegata la programmazione regionale della rete pediatrica, designati i ruoli della rete pediatrica regionale, messe in evidenza dotazioni strutturali della rete pediatrica e neonatologica regionale

CONTINUA A PAG. 2

COMMENTO

«È stata scelta la via maestra del web model»

di Andrea Leto e Giulia Bazzani *

Il documento approvato dalla Giunta con delibera n. 298 del 16 aprile scorso costituisce motivo di soddisfazione, in quanto emblematico dell'approccio strategico che la Regione Toscana sta adottando per rispondere alle sfide presentate dalla complessità dell'attuale scenario di contrazione delle risorse.

Questo peraltro in un'area, quella materno-infantile, cui la nostra Regione dedica ormai da anni grande attenzione. Appropriatezza, equità, condivisione, organizzazione non gerarchica sono alcune delle parole

chiave del disegno delineato volto a implementare la rete pediatrica. Oltre il classico "hub and spoke", optando per un "web model".

Coerentemente con la filosofia sottesa al documento, nato dal lavoro a più mani dei professionisti, esso è stato ulteriormente oggetto di confronto nella Conferenza di Consenso dello scorso 13 marzo organizzata insieme al Csr, che ha portato ulteriori elementi di qualità. Solo il riconoscersi degli

CONTINUA A PAG. 2

ALL'INTERNO

A Pisa test hi-tech per le vene baby

A PAG. 3

Musicoterapia per gli ipertesi

A PAG. 6

Un pacemaker "salva peso"

A PAG. 7

MODELLI

Ecco le novità introdotte con la ristrutturazione delle cure all'infanzia



Area pediatrica a «5 stelle»

I temi: accreditamento, territorio, medici in rete, dirigenza e specialità

L'attenzione che la Regione Toscana ha dimostrato verso l'area pediatrica rappresenta un valore riconosciuto e caratterizzante per quanto riguarda la tutela della salute e l'accesso equo ai servizi. La capacità, dimostrata nel riuscire a coinvolgere nella fase di discussione tutte le componenti professionali, ha portato alla sintesi di un documento di elevata qualità tecnica, applicabile da subito e con successo, grazie a quella condivisione che è un fattore indispensabile per l'implementazione di tutti i nuovi modelli organizzativi.

Il modello di rete pediatrica toscana ha anche una forte valenza nazionale in relazione alle legittime ambizioni di ruolo guida della nostra politica sanitaria. Molti sono gli aspetti che abbiamo subito condiviso e molte anche le integrazioni proposte e recepite.

Dotazione certa di strutture e organici su cui costruire la rete, con validazione anche sotto il profilo di accreditamento-rischio clinico. Una Uoc di Neonatologia/Pediatria deve poter contare su una guardia attiva h24 e su una dotazione organica minima garantita, definita anche in base ai volumi di attività, coordinata da un direttore di struttura complessa e inserita nella rete del Dipartimento di assistenza e cura materno-infantile integrato. Non ci sono standard di sicurezza e sviluppo professionale adeguati in assenza di tali presupposti.

Creazione di filtri territoriali, presidi ospedalieri e pediatri di famiglia, per garantire l'appro-

priatezza degli accessi sia per l'emergenza che per la rete specialistica con gestione dei flussi secondo regole concordate, validate e verificate. I pronto soccorsi pediatrici ad accesso diretto incrementano in modo esponenziale il numero dei codici bianchi contribuendo a gonfiare l'inappropriatezza dell'utilizzo delle risorse, favorendo lo shift dalla pediatria di famiglia, sempre più indirizzata verso le attività programmabili a detrimento di quelle per acuti. Anche nella prospettiva di salvaguardare l'Aou Meyer da un afflusso eccessivo di bassa complessità occorrerà pensare a ipotesi di filtro dell'accesso diretto al pronto soccorso restringendo tale possibilità ai pazienti filtrati dai presidi di Area vasta e metropolitana e dalla rete territoriale del 118.

Integrazione professionale/gestionale tra ospedale e rete territoriale. Mentre tutti i sistemi sanitari del mondo prevedono l'assistenza pediatrica ospedaliera, la pediatria di famiglia è una specificità esclusiva della realtà italiana che va difesa e valorizzata attraverso un'attiva integrazione nel sistema. In una fase di riorganizzazione che richiede il massimo dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse, considerati i contesti economici e di demografia professionale, appare indispensabile attuare una forte integrazione tra la pediatria ospedaliera e quella territoriale di famiglia riconducendo tutti gli specialisti sotto il coordinamento tecnico-scientifico del Dipartimento materno-infantile, territorial-

mente competente, ottimizzando le risorse in termini di gestione del paziente acuto e dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali.

Riconoscimento esplicito del ruolo gestionale-organizzativo della dirigenza medica pubblica nell'ambito della rete. È necessario un coordinamento funzionale di rete regionale (e/o di Area vasta) delle discipline di Pediatria e Neonatologia che preveda (correttamente) la partecipazione del pediatra di famiglia ma, necessariamente, anche la presenza della dirigenza medica ospedaliera nel livello regionale del governo di rete con l'obiettivo della piena integrazione fra ospedale e territorio nell'ambito del Ssr.

Attuazione della rete pediatrica specialistica regionale. È una delle più innovative intuizioni del precedente Psr. Lo scarso sviluppo registrato in questi anni su molti fronti clinici costituisce motivo di rammarico. Tra le discipline più diffuse spicca l'Allergologia. Le patologie relative a questa disciplina sono ampiamente diffuse (30% della popolazione) e correlate alla prima, per incidenza, tra le malattie croniche: l'asma bronchiale. Da questa rete, che conta professionalità di assoluto rilievo, anche nazionale (un medico ospedaliero toscano, è stato appena eletto presidente della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica), può ripartire il progetto di una specialistica di qualità accessibile a tutta la popolazione pediatrica.

**Flavio Civitelli
Maurizio Paparo**
Componenti
della Commissione nazionale
pediatria dell'Anaao Assomed

► **Faremo valere la nostra spending review** (segue dalla prima pagina)

zi per la ricerca dell'efficienza.

Al Governo chiediamo una revisione del taglio complessivo e una rimodulazione dei sistemi di ripartizione tra Regioni. L'impostazione corrente mette a rischio il sistema e può penalizzare le Regioni che più hanno fatto. Tagliare in modo indiscriminato è inaccettabile, e noi ci batteremo perché questo sistema di spending review cambi.

Se, malgrado gli sforzi fatti, la situazione rimanesse quella del decreto, si imporrà una revisione della nostra organizzazione complessiva. In questo caso, noi faremo la nostra parte. Dovremmo cambiare molto al nostro interno,

per non cambiare i servizi offerti ai cittadini. Bisogna creare degli spazi di crescita professionale e scientifica, proprio per non far retrocedere il nostro sistema. Questo diventa l'obiettivo strategico per eccellenza.

Abbiamo molte sfide, ma accanto a noi abbiamo donne e uomini di grande valore in grado di sostenerle: la Sanità toscana può contare su operatori e professionisti che sono l'anima del sistema, tutti assieme possiamo affrontare le sfide che ci attendono.

* Assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana

► **CONTROCANTO** (segue dalla prima pagina)

e definite le linee di azione. Fare questo significa, oltre che il miglioramento della presa in carico del bisogno e dell'appropriatezza delle risposte, il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori del sistema sanitario in ambito pediatrico, che costituiscono parte integrante della rete e con i quali diventa fondamentale condividere tutti i passaggi del percorso.

Il viaggio dei bambini e delle loro famiglie all'interno dei servizi ospedalieri spesso si configura come un'aggravante del problema "malattia". La lontananza da casa, dalle consuetudini e dagli affetti, la separazione dal nucleo familiare, sono solo alcuni dei problemi con cui la famiglia si trova, spesso da sola, a doversi confrontare.

Per organizzare il sistema in

funzione dei bambini è necessario superare la frammentazione dei servizi pediatrici e favorire l'integrazione tra il territorio, la medicina primaria, la specialistica e la struttura ospedaliera. La rete pediatrica, una volta messa a regime, dovrà rispondere a questi requisiti.

La Regione ha lavorato molto e anche molto bene per migliorare e articolare l'offerta sanitaria e adesso dovrà fare un ulteriore sforzo per mettere tutto il lavoro in rete ma anche e soprattutto per parteciparlo, per informare in maniera consapevole l'utenza.

Questa potrebbe essere l'occasione per valorizzare il ruolo delle associazioni, ancora nel nostro Paese molto sottovalutato, che possono diventare il tramite naturale

tra i bisogni individuali e il sistema sanitario, che sono nate proprio per dare spazio e voce alle esigenze dei bambini e dei loro familiari, e che in questi anni sono riuscite a costruire, insieme al personale sanitario e all'Assessorato, percorsi di cura mirati e condivisi.

Sarà una sfida ulteriore con cui le associazioni dovranno confrontarsi: far parte della rete pediatrica regionale in maniera propositiva, progettuale, mettere a disposizione le loro conoscenze unite a quella sensibilità, all'attenzione verso temi e bisogni specifici potrà sicuramente dare a tutto il progetto un valore aggiunto non indifferente.

* Presidente segreteria Toscana
Semi per la Sids onlus

LE RIVISTE PIÙ PRESTIGIOSE PREMIANO FIRENZE

Diagnosi dell'«Ada» sui neonati: il test del Meyer è il più efficace

Porta la firma dell'ospedale pediatrico Meyer il test precoce neonatale risultato più efficace al mondo, che già alla nascita permette di diagnosticare il difetto adenosina-deaminasi (Ada), una delle più gravi immunodeficienze congenite. Lo screening, brevettato a livello internazionale, si è già guadagnato diverse pubblicazioni su una delle più prestigiose riviste di Immunologia internazionali, il «Journal of Allergy and Clinical Immunology» a firma di Chiara Azzari, Giancarlo la Marca e Massimo Resti. Al momento il test è già stato utilizzato come progetto pilota di Regione Toscana su 50mila neonati, consentendo l'individuazione di un bambino affetto da questa malattia subito seguito clinicamente e curato. L'applicazione del test inoltre ha svelato come questa rara immunodeficienza tanto rara non sia. Il costo per effettuare il test per tutti i nuovi nati in Toscana in un anno è di poche centinaia di euro, meno di quanto costi una singola giornata di ricovero in occasione della prima infezione.

Gli studi condotti al Meyer hanno dimostrato che con il nuovo test non si individuano solo i bambini con la forma più grave di questa malattia, ma anche quelli con la forma più tardiva, quelli cioè che inizieranno ad ammalarsi di gravi infezioni dopo i 2-3 anni di vita. «Nessun altro test al mondo riesce a identificare questi bambini - affermano i tre ricercatori - Nemmeno il test Trec, diffuso in altri Paesi, che benché molto costoso, non riesce a identificare le forme tardive». È proprio per questi risultati che molti pediatri e immunologi da altri Paesi Ue ed extra-Ue hanno chiesto ai 3 ricercatori del Meyer di poter utilizzare la metodica.

Ma a firma Meyer c'è un altro importante riconoscimento a livello internazionale. Infatti, fosse stata una gara olimpica, il test molecolare per la diagnosi delle malattie batteriche sviluppato e brevettato al Meyer sarebbe salito non solo sul podio più alto, ma avrebbe ottenuto anche il secondo piazzamento "staccando" decisamente il terzo. Parliamo dei risultati presentati dalla ricercatrice australiana Catherine Satzke al convegno internazionale che si è tenuto di recente a Foz do Iguacu in Brasile. Satzke ha presentato uno studio multicentrico a cui hanno partecipato grandi laboratori di tutto il mondo dall'Australia (Melbourne, Sydney) agli Usa (Harvard University), a numerosi Paesi Europei, all'Africa, alla Cina. Tra i laboratori partecipanti c'era anche il Laboratorio di Immunologia dell'Aou Meyer, presente con i test brevettati da Chiara Azzari, Massimo Resti e Maria Moriondo e ora utilizzati quotidianamente dal team di Azzari.

«Lo studio puntava a verificare quale fosse il metodo più affidabile - spiega Azzari - per la diagnosi di infezione pneumococcica da tampone faringeo: a tal fine 15 laboratori di tutto il mondo sono stati invitati a testare "in cieco" dei campioni ignoti, costruiti in laboratorio dal gruppo australiano e contenenti diversi germi in diverse quantità», spiega Azzari. Ogni laboratorio poteva partecipare con 1 o più metodi. Il team del Meyer ha partecipato con 2 metodi molecolari, entrambi in Realtime. Eccezionale il risultato: i migliori test sono risultati essere quelli del Meyer con una sensibilità del 99% e una specificità del 100%, lasciando un distacco abissale dal terzo classificato e superando gli altri gruppi che avevano sviluppato loro metodi diagnostici.

Roberta Rezoalli
Ufficio stampa Aou Meyer di Firenze

► **È stata scelta la via maestra...** (segue dalla prima pagina)

operatori sanitari nella mission e nelle linee programmatiche può gettare le basi per un'operatività motivata e la realizzazione fattiva del progetto.

La specificità dei singoli nodi unita alla loro integrazione può favorire la collaborazione e un certo grado di movimento dei professionisti all'interno della rete. La qualità, infatti, deve essere caratteristica del sistema nel suo complesso, non concentrata solo in centri di eccellenza e le conoscenze debbono costituire patrimonio condiviso.

La valorizzazione e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse comporta un'articolazione per Area vasta e il superamento di comportamenti finalizzati al raggiungimento di una sola "autosufficienza" aziendale. Appare chiaro come una tale organizzazione dei servizi sanitari favorisca il miglioramento degli esiti, consentendo un effettivo coordinamento dell'assistenza e il miglioramento della performance correlato al-

l'incremento dei volumi specifici per procedura.

Il coordinamento in rete delle attività, infatti, permette risparmi legati alla maggiore appropriatezza diagnostico-terapeutica. Inoltre, è necessario consolidare e sviluppare la collaborazione sinergica con le Associazioni, all'interno di un disegno caratterizzato da macro-obiettivi condivisi. Opportune azioni di riorganizzazione, questa è la strada maestra da seguire, consentono non solo di non tagliare servizi ma, grazie a un management più efficiente, di migliorarne la qualità.

Le linee di indirizzo sono individuate, il cantiere è aperto: è il momento della fase operativa.

* Area di Coordinamento sistema socio-sanitario regionale
Direzione generale
Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

SSR AI RAGGI X All'Oncoematologia di Pisa c'è «Vein Viewer» per il controllo nei bambini

Vene sotto controllo hi-tech



Prelievi, terapie e trasfusioni senza traumi: accessi ridotti del 50%

I piccoli pazienti dell'Unità operativa di Oncoematologia pediatrica e delle pediatrie dell'Aou Pisana adesso potranno usufruire di un nuovo dispositivo per garantire un miglior accesso venoso ogni qualvolta dovranno essere sottoposti a prelievi ematici, terapie endovenose, trasfusioni di emoderivati.

L'associazione genitori bambini affetti da leucemia e tumore, Agbalt, ha acquistato «VeinViewer», un sistema diagnostico per immagini a raggi infrarossi corti, ideato proprio per migliorare l'accesso vascolare grazie alla visualizzazione della posizione e della morfologia dei vasi sulla cute del paziente. Lo strumento infatti, che poggia su un piedistallo rotabile, è dotato di una luce a raggi infrarossi che visualizza i vasi, una telecamera digitale registra l'immagine riflessa, l'immagine elaborata viene proiettata sulla pelle nello stesso punto, in tempo reale, e così l'operatore ottiene una road-map completa dell'albe-

ro venoso, in modo tale da intervenire con precisione, maggiore margine di sicurezza e riduzione considerevole dei tentativi a vuoto di captare la vena. Si riducono anche i rischi di infezione e di complicanze e di mortalità, dato che spesso si riscontra un ritardo nella somministrazione del trattamento, proprio per la difficoltà di ottenere un accesso vascolare. Altro beneficio dell'apparecchiatura «VeinViewer» è sicuramente la riduzione del numero di infortuni biologici, intesi come punture accidentali, grazie alla riduzione del numero di tentativi.

Ogni anno in Italia sono oltre 70mila le esposizioni al rischio biologico da parte degli operatori sanitari. Secondo un'indagine dell'Associazione italiana dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, tra gli infortuni a rischio biologico il 78,3% è causato da punture accidentali e da tagli, di cui il 50,9% da aghi cavi, il 27,4% da aghi pieni e taglienti e il 21,7% da liquidi biologici.



Il Vein Viewer dell'azienda pisana

Questi dati confermano l'importanza del fenomeno per gli operatori della Sanità, sia sotto il profilo della salute individuale, sia sotto il profilo dei costi economici e sociali per l'intero sistema. Si è inoltre stimato che circa un terzo delle esposizioni a rischio biologico interessa un paziente portatore di un'infezione trasmissibile per via ematica, rappresentando un grave rischio di acquisire la

malattia. In letteratura sono stati descritti almeno 20 patogeni in grado di essere trasmessi con le modalità citate (infezioni dovute a virus come il citomegalovirus, l'herpes simplex e varicella-zoster; a batteri, come stafilococchi e streptococchi; ai plasmodi della malaria). Gli operatori più frequentemente coinvolti negli incidenti sono gli infermieri (61% tra professionali, generici, allievi), se-

guiti dai medici (20%), ausiliari (10%) e altri (9%). Il tipo di incidente più frequente è la puntura accidentale (66%), rispetto alla contaminazione cutaneo-mucosa (22%) e alle ferite da tagliente (12%). Le aree in cui è stato riscontrato il maggior numero di incidenti sono le corsie (46%), l'area chirurgica (23%), l'ambulatorio (17%) e il pronto soccorso (10%).

Ecco perché «VeinViewer» può rappresentare un ausilio efficace per contrastare questi rischi, oltre ai vantaggi per il paziente. Lo studio più recente presente in letteratura, A biomedical device to improve pediatric vascular access success (Hess), pubblicato nel 2010, ha valutato infatti l'efficacia del VeinViewer per la venipuntura comparata al metodo tradizionale e i risultati mostrano una riduzione del numero di tentativi pari al 65%. Altro vantaggio si riscontra nelle procedure di emergenza tipo il Basic life support (Blf), tecnica di primo soccorso che

può, in alcune circostanze (es. arresto cardiaco) essere determinante per salvare la vita di un infortunato, a condizione che si rispetti tutta la catena di interventi. In questi casi ottenere un accesso vascolare in tempi brevi è fondamentale perché consente di infondere farmaci salvavita e mantenere idratato il paziente.

Tornando ai pazienti più piccoli, una ricerca ha dimostrato che la venipuntura in genere e l'accesso venoso in particolare, sono considerati come gli eventi più traumatici e dolorosi nei bambini ospedalizzati. VeinViewer riduce del 50% il numero di tentativi per accesso vascolare e può essere utilizzato tranquillamente anche per loro in quanto non è invasivo e riduce al massimo i rischi di contaminazione in caso di puntura accidentale, dal momento che lascia libere entrambe le mani dell'operatore.

a cura di
Emanuela del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

SEI PAZIENTI OPERATI CON SUCCESSO

Retinite pigmentosa, il bisturi la cura

Il progetto di ridonare parzialmente la visione ai pazienti affetti da retinite pigmentosa, iniziato a Pisa nell'ottobre 2011 nell'Unità operativa di Chirurgia oftalmica dell'AouP, sta prendendo forma con risultati davvero incoraggianti.

Grazie, infatti, all'intervento chirurgico di impianto di protesi epiretinica eseguito da Stanislao Rizzo, direttore della struttura, e dalla sua équipe, e grazie alla riabilitazione ortottica successiva, i sei pazienti operati a partire dallo scorso autunno a oggi stanno ottenendo miglioramenti visivi obiettivamente tangibili.

E i programmi di Rizzo prevedono di operare altri quattro entro fine anno.

Questi i risultati visivi ottenuti da ognuno di loro: il primo pazien-

te, operato il 29 ottobre 2011 (uomo, 59enne, occhio destro), riesce a distinguere la forma (tondo, quadrato e triangolo) di figure bianche su sfondo nero e viceversa e, cosa alquanto sorprendente, riesce a leggere lettere di 15 cm di altezza. Riesce inoltre a seguire linee di riferimento sul pavimento e intravede i contorni dei volti.

Il secondo, sottoposto a impianto il 10 dicembre 2011 (uomo, 30 anni, occhio destro), ha ottenuto i medesimi risultati del primo nonostante il più breve periodo di rieducazione.

Il terzo, operato il 9 febbraio 2012 (donna, 55 anni, occhio sinistro), riesce a distinguere la forma

di figure bianche su sfondo nero e viceversa, riesce a seguire linee sul pavimento e a intravedere gli oggetti di una tavola apparecchiata. Inoltre, percepisce sorprendentemente i colori (lei riferisce di aver visto addirittura l'arcobaleno).

Il quarto, operato il 29 marzo 2012 (uomo, 47 anni, occhio destro), riesce adesso a distinguere la forma di figure bianche su sfondo nero e viceversa, e distingue gli oggetti sul tavolo da pranzo.

Il quinto, operato il 21 aprile 2012 (uomo, 37 anni, occhio destro), per ora distingue la forma (tondo, quadrato e triangolo) di figure bianche su sfondo nero e viceversa.

Stessa situazione per l'ultimo, operato il 19 maggio 2012 (uomo, 45 anni, occhio sinistro).

Nessuno di loro ha avuto complicazioni né durante la chirurgia né nel periodo di follow-up.

I risultati a oggi ottenuti sono sorprendenti: gli stessi scienziati della Second sight medical products, l'azienda californiana produttrice dell'impianto, sono entusiasti dei loro continui miglioramenti.

A questo punto, considerati i risultati, non si riescono a prevedere quali possibilità di recupero visivo possano avere i pazienti sottoposti a intervento. L'impianto di protesi retinica consiste in un dispositivo, denominato «Argus II», in grado di

ripristinare una parziale capacità visiva in pazienti affetti da malattie degenerative della retina, che causano una cecità quasi completa in entrambi gli occhi.

L'intervento, ad altissima complessità, impianta una protesi (microchip epiretinico) costituita da minuscoli elettrodi collegati alla retina del paziente, che captano dei punti del messaggio visivo, attraverso una telecamera molto piccola.

Gli elettrodi dialogano con la retina compromessa dell'occhio malato, traducendo un modello primitivo di possibilità di vedere oggetti nell'ambiente e di riconoscerli. Pisa è stato il primo ospedale al mondo a iniziare l'impianto su pazienti, una volta terminata ufficialmente la fase di sperimentazione durata all'incirca una decina d'anni.

ASFISSIA E IPOTERMIA

Baby cooling: così il freddo contrasta il danno encefalico

Dall'aprile 2009 nella Neonatologia dell'AouP si utilizza l'ipotermia moderata total-body nel neonato asfittico, secondo le linee guida della Sin-Società italiana di neonatologia, nell'ambito di un progetto regionale promosso dalla Tin-Terapia intensiva neonatale dell'Ospedale pediatrico Meyer di Firenze, realizzato per mettere in rete tutti i punti nascita della Toscana. Finora a Pisa sono stati sottoposti a questo tipo di trattamento 24 neonati. L'utilizzo del protocollo è stato reso possibile poiché la Neonatologia del S. Chiara (direttore Antonio Boldrini) è un centro di III livello e dispone del servizio di Sten (trasporto neonatale). Per fare il punto sul

lavoro svolto in questi anni si è tenuto a Pisa anche un convegno dal titolo: «Il trattamento con ipotermia del neonato a termine asfittico: dalle linee guida nazionali all'esperienza toscana. Tre anni di progetto Neo.N.A.T.I» promosso dall'AouP e dal Meyer, cui hanno preso parte i maggiori esperti italiani, per esaminare l'encefalopatia ipossico-ischemica secondaria ad asfissia neonatale, una delle maggiori cause di disabilità cognitiva e motoria.

È noto infatti che il danno cerebrale, in questi casi, non si realizza in un unico momento, ma inizia durante «l'insulto» ipossico-ischemico e, nei casi

più gravi, si estende nel periodo successivo definito «fase di riperfusione», cioè da 6 a 48 ore dopo l'insulto. Prima dell'inizio di tale fase, nelle prime ore di vita, è possibile un intervento terapeutico per ridurre l'entità del danno. E i risultati di numerosi trials multicentrici indicano proprio l'ipotermia (baby-cooling) come il trattamento neuro-protettivo di scelta. A Pisa la responsabile del trattamento neuro-protettivo con ipotermia è Laura Bartalena: «Il baby-cooling - spiega - lo applichiamo a neonati a termine o vicini al termine (età gestazionale superiore o pari a 36 settimane), con un peso pari

o superiore a 1,8 kg, che presentano un quadro di encefalopatia ipossico-ischemica di grado moderato o severo, secondaria a un'asfissia perinatale, definita da determinati criteri (esclusi i bambini con più di 6 ore di vita e anomalie congenite). In sostanza il neonato che nasce in asfissia e particolari caratteristiche cliniche, viene subito sottoposto a elettroencefalogramma ad ampiezza integrata e, se anche questo esame è alterato, gli viene abbassata la temperatura corporea fino ai 33,5° e mantenuta tale per 72 ore».

Il sistema di raffreddamento è costituito da un materassino

ad acqua collegato a un apparecchio raffreddante. Durante l'ipotermia il neonato viene assistito in modo intensivo. Le lesioni cerebrali vengono monitorate mediante elettroencefalogramma continuo ed ecografia cerebrale. Al termine delle 72 ore la temperatura corporea viene riportata gradualmente a valori normali, con incrementi di mezzo grado ogni ora, per evitare crisi convulsive. L'asfissia perinatale colpisce da 1 a 4 per mille nati a termine, costituisce la principale causa di mortalità e nei sopravvissuti può determinare conseguenze neurologiche permanenti, con gradi di disabilità anche gravi. Quando

l'encefalopatia ipossico-ischemica è di grado moderato o severo il rischio di mortalità è compreso tra il 10 e il 50% e, tra i sopravvissuti, fino al 25% sviluppa conseguenze neurologiche gravi. Oggi il trattamento ipotermico consente di contenere efficacemente i danni neurologici, poiché raffreddando il capo o l'intero corpo del neonato si limita l'attività delle cellule cerebrali, permettendo così una sorta di «risparmio energetico». E però bene precisare che il trattamento ipotermico rallenta la progressione del danno neurologico contenendolo, ma non lo annulla. Quando il danno alla nascita è stato molto grave purtroppo gli esiti sono inevitabili.

DOCUMENTI La delibera stabilisce una serie di linee di azione per la riorganizzazione dell'assistenza: dalla standard ai percorsi fino alle competenze



Ecco l'identikit della nuova rete pediatrica regionale

Tra le priorità: integrazione di Area vasta e revisione dei punti nascita - Accessi preferenziali per le prestazioni chieste dai pediatri

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubbliciamo la delibera n. 298 approvata lo scorso 16 aprile con alcuni stralci dell'allegato A che contiene il documento sulla «Rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze» finalizzato alla riorganizzazione della rete pediatrica.

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

Vista la Lr n. 40 del 24 febbraio 2005 «Disciplina del servizio sanitario regionale»;

Visto, in particolare, l'art. 6 della citata Lr 40/2005 - Percorso assistenziale - secondo il quale «i servizi sanitari territoriali della zona-distretto e quelli ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso appropriato, corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili; le aziende sanitarie definiscono, d'intesa con gli enti locali per le attività di assistenza sociale e per quelle socio-assistenziali a rilievo sanitario, procedure per assicurare l'appropriata e la continuità del percorso assistenziale; tali procedure devono garantire:

- a) il coordinamento complessivo fra i servizi ospedalieri e i servizi sanitari territoriali della Zona-Distretto, comprese le strutture a bassa intensità assistenziale e di riabilitazione;
- b) l'integrazione fra i servizi sanitari territoriali di Zona-Distretto e i servizi di assistenza sociale anche tramite modalità unitarie di accesso ai servizi;
- c) il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in attuazione delle convenzioni nazionali e la loro responsabilizzazione nella programmazione e nel controllo del percorso assistenziale;
- d) l'operatività in rete dei servizi ospedalieri in Area vasta e in ambito regionale»;

Vista la Lr n. 66 del 27 dicembre 2011 - Legge finanziaria per l'anno 2012 - e in particolare l'art. 122 - Innovazione, riorganizzazione e semplificazione dei servizi

che ribadisce l'interesse e l'impegno della Regione Toscana a favorire l'innovazione, la riorganizzazione, la semplificazione e l'appropriatezza dei servizi ospedalieri, sia inerenti alle attività di ricovero, sia inerenti alla specialistica e dei servizi territoriali;

Vista la Dgr 784 del 2/8/2004 «Azioni per la riqualificazione e lo sviluppo della rete materno-infantile regionale in attuazione del Pstr 2002/2004»;

Vista la Dgr 403 del 14/3/2005 «Istituzione della Rete regionale della Pediatria specialistica» che ha dato inizio alla costituzione di una rete integrata interattiva su varie branche della Pediatria specialistica;

Vista la Dgr 193 del 20/3/2006 che istituisce la Commissione pediatrica regionale, organismo tecnico-scientifico con competenze di predisposizione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici;

Vista la Dgr 485 del 13/6/2011 «Approvazione degli indirizzi regionali per il miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle prestazioni ambulatoriali»;

Vista la Dgr 493 del 13/6/2011 che recepisce l'intesa tra Governo e Regioni sul Piano nazionale di governo delle reti di attesa per il triennio 2010/2012 e approva il Piano regionale, che si propone di governare il problema, stabilendo la priorità in funzione dell'evoluitività;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione di Consiglio regionale n. 53 del 16/7/2008, e in particolare il punto 5.6.2.5. - Materno Infantile e Consultori - con il quale si evidenzia:

- come il Sst abbia sviluppato con i suoi ultimi Pr un programma di integrazione della rete sanitaria che ha permesso di attuare, nell'area materno-infantile, un'ampia analisi dei bisogni sanitari, dei requisiti assistenziali e delle opportune scelte collaborative e organizzative, funzionali a livelli di crescente qualità e appropriatezza;
- la valorizzazione della collaborazione tra Pediatri di famiglia, Medici di medicina generale, strutture ospedaliere e consultori anche per quanto riguarda la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- l'auspicabilità della Concertazione a vari livelli istituzionali (Regione, Area vasta, Zona-Distretto) al fine di dare una maggiore intensità di relazione tra gli operatori interessati, attivare confronti multiprofessionali e condividere iniziative formative;

Visto il comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del Programma regionale di sviluppo (Prs) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Pstr 2011-2015;

Vista la proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015, approvata dalla Giunta regionale in data 19/12/2011, in particolare il punto 2.3.3.1., lettera b, «la Rete ospedaliera materno-infantile», che sottolinea la necessità di creare una forte integrazione fra strutture pediatriche e neonatologiche nell'ambito di ciascuna Area vasta; di formalizzare intese tra le strutture di Pediatria degli ospedali di ciascuna Area vasta e i Pediatri di famiglia; di garantire la continuità assistenziale dei pazienti pediatrici affetti da patologie croniche o di lunga durata attraverso protocolli che prevedano una maggior integra-

zione tra i vari livelli della rete; di potenziare le cure domiciliari pediatriche;

Visto il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», di cui all'allegato A, finalizzato a promuovere:

- la riorganizzazione della rete pediatrica regionale nel suo complesso, articolata per Area vasta secondo un web model, in cui i vari livelli, caratterizzati da competenze specifiche e differenziate, interagiscono in modo paritetico;
- l'individuazione di percorsi regionali per le patologie a maggior complessità e il coinvolgimento del Pediatra di famiglia per riconvertire una quota di attività impropriamente ospedalizzata attraverso la condivisione di protocolli di follow up e/o di attività diagnostiche gestibili a livello territoriale;
- un'efficiente comunicazione e collaborazione tra i vari specialisti, i pazienti e le loro famiglie per una corretta gestione delle cosiddette «cliniche di transizione», comportando questo l'articolazione della rete pediatrica col sistema di cure dell'adulto;
- la formazione volta alla condivisione di conoscenze tra i diversi nodi, prerequisito per il funzionamento della rete e necessaria per l'ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto;
- lo sviluppo di progetti formativi coinvolgenti i cittadini, i familiari dei pazienti, come previsto dal chronic care model;

Visto l'esito della Conferenza di Consenso organizzata dal Csr, svoltasi a Firenze in data 16 marzo 2012;

Ritenuto pertanto di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze» di cui all'allegato A;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», finalizzato alla riorganizzazione della rete pediatrica regionale, contenuto nell'allegato A;

2. di incaricare la Direzione generale «Diritti di cittadinanza e coesione sociale» di porre in essere gli adempimenti amministrativi necessari per dare attuazione al documento al precedente punto 1.

ALLEGATO A

La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze

(...omissis...)

E. Le linee di azione

1. Integrazione di Area vasta
Anche la rete pediatrica deve, nella sua complessiva organizzazione, prevedere un'articolazione per Area vasta. Infatti, la valorizzazione e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse professionali passa attraverso la concertazione di Area vasta e il superamento dei comportamenti finalizzati al raggiungimento di una "autosufficienza" aziendale, che sono in contrasto con una logica a rete del sistema.

Ciò significa contemplare una forte integrazione tra i nodi della rete, con l'obiettivo di garantire una definizione chiara dei percorsi assistenziali che da un lato tengano conto dell'appropriato ricorso ai diversi livelli della rete e dall'altro ottimizzano la

mobilità del paziente all'interno del proprio territorio di riferimento.

Tale integrazione deve necessariamente basarsi sulla organizzazione della complessità delle cure, che non significa gerarchizzazione della qualità delle cure, né organizzazione verticistica dei processi clinici. Deve invece prevedere un continuo processo di condivisione delle decisioni cliniche e un feedback costante tra il territorio e gli ospedali posizionati ai diversi livelli della rete pediatrica regionale.

In questa ottica può essere ripensato il corretto dimensionamento delle degenze ospedaliere della rete, puntando al miglioramento dei tassi di occupazione dei posti letto pediatrici e alla diversificazione della tipologia di prestazioni che viene richiesta a ciascun nodo della rete.

L'incremento dell'indice di occupazione dei posti letto delle strutture intermedie (Aou Meyer, 2011) potrebbe consentire alle strutture di alto livello specialistico, in particolare quelle delle Aziende ospedaliere di dedicarsi alla gestione di casistiche più complesse.

A titolo di esempio si riporta la quota percentuale di dimessi dall'Aou Meyer con peso inferiore a 1 (bassa complessità) distribuita per area di residenza dei pazienti (anno 2010) (vedi tabella 1).

In ogni caso è perseguibile la parziale riconversione di degenze pediatriche presso ospedali di primo livello in attività ambulatoriali e/o di Day service e/o di osservazione temporanea (Perletti et al., 2005), in grado di offrire la gamma di interventi diagnostico-terapeutici più comuni e di fare da tramite tra la dimensione ospedaliera e quella più propriamente territoriale.

Tale riconversione dovrà tener conto della distribuzione dei punti nascita e della loro possibile riorganizzazione.

Per le strutture senza degenza sarà necessario disegnare il ruolo del personale dei pronto soccorsi e prevedere la formazione degli operatori relativamente alle emergenze del paziente pediatrico.

adolescenze costituiscano l'ambito privilegiato degli interventi di questi Servizi.

In quest'ultimo ambito, assume notevole importanza l'attività di formazione finalizzata alla condivisione dei percorsi e al potenziamento delle competenze degli operatori di strutture prive di degenza pediatrica.

3. Portare a compimento il nuovo modello di rete neonatologica
Per quanto riguarda l'area neonatologica, se da una parte la delibera 915/2004 aveva definito i criteri per la classificazione delle strutture neonatologiche in I, II e III livello in base a criteri di quantificazione del numero dei nati e delle età gestazionali, il successivo atto deliberativo 1322/2009, ispirandosi al documento dell'Aap (Pediatrics 2004) ha individuato l'esigenza di ridisegnare la rete sulla base di «livelli e competenze dei servizi per l'assistenza ai neonati».

La delibera 1322/2009 assume una forte integrazione tra i nodi della rete e disponibilità di competenze correlate alla frequenza degli eventi.

È pertanto necessario puntare a una concentrazione degli eventi a più elevate esigenze assistenziali attraverso due modalità: la revisione dei punti nascita e l'efficienza dei sistemi di trasporto (sia neonatale che materno). Si noti a questo proposito che già dall'anno 2008 la Regione Piemonte aveva provveduto alla chiusura dei punti nascita con meno di 500 nati/anno e il Veneto si era spinto fino alla chiusura dei centri con numero di nati inferiore a 800/anno (La Salute dei Bambini 2011).

Là dove situazioni geografiche particolari non consentono questa concentrazione si deve garantire all'équipe assistenziale il mantenimento di un adeguato livello di competenza attraverso la formazione e/o la mobilità di professionisti provenienti da strutture vicine, e il riferimento delle gravidanze a rischio ad inizio verso centri con assistenza neonatologica intensiva e/o semi-intensiva.

Nell'Area vasta Centro è stata effettuata l'analisi delle competenze nei diversi punti neonatologici della rete e attribuita la conseguente classificazione, evidenziando comunque le criticità e i punti di forza di ciascuno e avanzando proposte di riassetto della rete stessa. Al momento l'analisi si è basata sui dati ottenibili dagli esistenti archivi «Tin-Toscane on-line» e «Trasporti neonatali», dalle Schede di dimissione ospedaliera, dai Certificati di assistenza al parto, nonché da una griglia di autovalutazione redatta a partire dai criteri dell'Aap. È ipotizzabile in futuro il mantenimento del riconoscimento della classificazione acquisita anche attraverso momenti di verifica diretta con team di professionisti alla pari. Analogo percorso si impone ora per le altre due Aree vaste.

Il corretto utilizzo dei differenti livelli della rete ha però come presupposto la consapevolezza delle performance delle équipe neonatologiche anche da parte degli ostetrici con il corretto ricorso al trasferimento in utero, al fine di non mettere a rischio il percorso assistenziale per ciascuna gravida; su questo piano deve essere avviato un percorso di ridefinizione e condivisione dei protocolli di trasferimento e di riferimento delle gravidanze a rischio che tengano conto delle condizioni della gestante (co-morbidity, complicanze ecc.), dell'età gestazionale raggiunta, delle condizioni cliniche generali della donna e

formazione e/o la mobilità di professionisti provenienti da strutture vicine;

- Riferimento tempestivo delle gravidanze a rischio ai centri dotati di adeguata assistenza neonatologica e «Trasporto in utero»; organizzazione del back transport per singole patologie che potrebbero beneficiare di un'assistenza domiciliare indicano anch'esse una differenza tra le Aziende UsI. Questi dati devono essere discussi a livello delle singole strutture con un coinvolgimento anche e soprattutto dei Pediatri di famiglia per una individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie più frequenti e a minore complessità che maggiormente potrebbero avvalersi di trattamenti ambulatoriali (uno strumento utile al perseguimento di tale obiettivo può consistere nello sviluppo di attività diagnostiche di primo livello gestite dai Pdf). Da segnalare, inoltre, la necessità di rivisitare il modello organizzativo della pediatria di famiglia al fine di impattare sul determinante più importante dell'aper-af-flusso ai Ps e dell'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero.

La diminuzione dei ricoveri per le patologie acute potrebbe ottenersi anche mediante un maggiore ricorso all'osservazione breve già attuata per altro in tutte le strutture dove è presente una attività autonoma di Pronto soccorso pediatrico o una attività di consulenza pediatrica presso il Ps generale (e in prospettiva auspicabile anche nelle strutture prive di Ps pediatrico), ma che non viene attualmente monitorata ed economicamente valorizzata.

Alcune patologie/eventienze acute, soprattutto nei primissimi anni di vita, necessitano infatti non solo dell'effettuazione di semplici esami diagnostici ma anche di una osservazione e cura del paziente per alcune ore in ambiente protetto, prima di riferire di nuovo il paziente alle cure del Pediatra di famiglia. Emerge con chiarezza la necessità di garantire comunicazioni ospedale-territorio anche in tempo reale, laddove la situazione lo richieda.

È evidente come la variegata tipologia di prestazioni erogate in altrettanti setting assistenziali, deve sempre essere preceduta da una discussione d'équipe, affinché il ricorso alle tipologie di ricoveri citate non diventi mero strumento amministrativo.

L'analisi dei dati dei singoli presidi in cui sono presenti reparti di pediatria e degli altri presidi regionali mostra come una quota consistente di bambini, anche in età pre-scolare, è attualmente assistita e dimessa da reparti per adulti. Ciò impone alcune riflessioni: l'indro-gabile necessità di assistere i soggetti in età pediatrica in setting dedicati e con personale con competenze pediatriche; l'importanza di una valutazione congiunta da parte degli specialisti e dei pediatri dell'adeguatezza dei percorsi assistenziali dei pazienti secondo Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi (a esempio per i pazienti ricoverati per interventi di adeno-tonsillectomia), anche al fine di ridurre i ricoveri inappropriati.

Indicazioni operative:
- utilizzo, approfondimento e analisi dei dati prodotti dal laboratorio Mes, dai registri regionali di interesse e da altri dati epidemiologici, demografici, georfolo-gici ecc., reperibili e utilizzabili a supporto delle decisioni strategiche e operative per il funzionamento della rete;
- a partire dalle esperienze già sviluppa-

zione tra i vari livelli della rete; di potenziare le cure domiciliari pediatriche;

Visto il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», di cui all'allegato A, finalizzato a promuovere:

- la riorganizzazione della rete pediatrica regionale nel suo complesso, articolata per Area vasta secondo un web model, in cui i vari livelli, caratterizzati da competenze specifiche e differenziate, interagiscono in modo paritetico;
- l'individuazione di percorsi regionali per le patologie a maggior complessità e il coinvolgimento del Pediatra di famiglia per riconvertire una quota di attività impropriamente ospedalizzata attraverso la condivisione di protocolli di follow up e/o di attività diagnostiche gestibili a livello territoriale;
- un'efficiente comunicazione e collaborazione tra i vari specialisti, i pazienti e le loro famiglie per una corretta gestione delle cosiddette «cliniche di transizione», comportando questo l'articolazione della rete pediatrica col sistema di cure dell'adulto;
- la formazione volta alla condivisione di conoscenze tra i diversi nodi, prerequisito per il funzionamento della rete e necessaria per l'ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto;
- lo sviluppo di progetti formativi coinvolgenti i cittadini, i familiari dei pazienti, come previsto dal chronic care model;

Visto l'esito della Conferenza di Consenso organizzata dal Csr, svoltasi a Firenze in data 16 marzo 2012;

Ritenuto pertanto di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze» di cui all'allegato A;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», finalizzato alla riorganizzazione della rete pediatrica regionale, contenuto nell'allegato A;

2. di incaricare la Direzione generale «Diritti di cittadinanza e coesione sociale» di porre in essere gli adempimenti amministrativi necessari per dare attuazione al documento al precedente punto 1.

ALLEGATO A

La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze

(...omissis...)

E. Le linee di azione

1. Integrazione di Area vasta
Anche la rete pediatrica deve, nella sua complessiva organizzazione, prevedere un'articolazione per Area vasta. Infatti, la valorizzazione e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse professionali passa attraverso la concertazione di Area vasta e il superamento dei comportamenti finalizzati al raggiungimento di una "autosufficienza" aziendale, che sono in contrasto con una logica a rete del sistema.

Ciò significa contemplare una forte integrazione tra i nodi della rete, con l'obiettivo di garantire una definizione chiara dei percorsi assistenziali che da un lato tengano conto dell'appropriato ricorso ai diversi livelli della rete e dall'altro ottimizzano la

mobilità del paziente all'interno del proprio territorio di riferimento.

Tale integrazione deve necessariamente basarsi sulla organizzazione della complessità delle cure, che non significa gerarchizzazione della qualità delle cure, né organizzazione verticistica dei processi clinici. Deve invece prevedere un continuo processo di condivisione delle decisioni cliniche e un feedback costante tra il territorio e gli ospedali posizionati ai diversi livelli della rete pediatrica regionale.

In questa ottica può essere ripensato il corretto dimensionamento delle degenze ospedaliere della rete, puntando al miglioramento dei tassi di occupazione dei posti letto pediatrici e alla diversificazione della tipologia di prestazioni che viene richiesta a ciascun nodo della rete.

L'incremento dell'indice di occupazione dei posti letto delle strutture intermedie (Aou Meyer, 2011) potrebbe consentire alle strutture di alto livello specialistico, in particolare quelle delle Aziende ospedaliere di dedicarsi alla gestione di casistiche più complesse.

A titolo di esempio si riporta la quota percentuale di dimessi dall'Aou Meyer con peso inferiore a 1 (bassa complessità) distribuita per area di residenza dei pazienti (anno 2010) (vedi tabella 1).

In ogni caso è perseguibile la parziale riconversione di degenze pediatriche presso ospedali di primo livello in attività ambulatoriali e/o di Day service e/o di osservazione temporanea (Perletti et al., 2005), in grado di offrire la gamma di interventi diagnostico-terapeutici più comuni e di fare da tramite tra la dimensione ospedaliera e quella più propriamente territoriale.

Tale riconversione dovrà tener conto della distribuzione dei punti nascita e della loro possibile riorganizzazione.

Per le strutture senza degenza sarà necessario disegnare il ruolo del personale dei pronto soccorsi e prevedere la formazione degli operatori relativamente alle emergenze del paziente pediatrico.

formazione e/o la mobilità di professionisti provenienti da strutture vicine;

- Riferimento tempestivo delle gravidanze a rischio ai centri dotati di adeguata assistenza neonatologica e «Trasporto in utero»; organizzazione del back transport per singole patologie che potrebbero beneficiare di un'assistenza domiciliare indicano anch'esse una differenza tra le Aziende UsI. Questi dati devono essere discussi a livello delle singole strutture con un coinvolgimento anche e soprattutto dei Pediatri di famiglia per una individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie più frequenti e a minore complessità che maggiormente potrebbero avvalersi di trattamenti ambulatoriali (uno strumento utile al perseguimento di tale obiettivo può consistere nello sviluppo di attività diagnostiche di primo livello gestite dai Pdf). Da segnalare, inoltre, la necessità di rivisitare il modello organizzativo della pediatria di famiglia al fine di impattare sul determinante più importante dell'aper-af-flusso ai Ps e dell'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero.

La diminuzione dei ricoveri per le patologie acute potrebbe ottenersi anche mediante un maggiore ricorso all'osservazione breve già attuata per altro in tutte le strutture dove è presente una attività autonoma di Pronto soccorso pediatrico o una attività di consulenza pediatrica presso il Ps generale (e in prospettiva auspicabile anche nelle strutture prive di Ps pediatrico), ma che non viene attualmente monitorata ed economicamente valorizzata.

Alcune patologie/eventienze acute, soprattutto nei primissimi anni di vita, necessitano infatti non solo dell'effettuazione di semplici esami diagnostici ma anche di una osservazione e cura del paziente per alcune ore in ambiente protetto, prima di riferire di nuovo il paziente alle cure del Pediatra di famiglia. Emerge con chiarezza la necessità di garantire comunicazioni ospedale-territorio anche in tempo reale, laddove la situazione lo richieda.

È evidente come la variegata tipologia di prestazioni erogate in altrettanti setting assistenziali, deve sempre essere preceduta da una discussione d'équipe, affinché il ricorso alle tipologie di ricoveri citate non diventi mero strumento amministrativo.

L'analisi dei dati dei singoli presidi in cui sono presenti reparti di pediatria e degli altri presidi regionali mostra come una quota consistente di bambini, anche in età pre-scolare, è attualmente assistita e dimessa da reparti per adulti. Ciò impone alcune riflessioni: l'indro-gabile necessità di assistere i soggetti in età pediatrica in setting dedicati e con personale con competenze pediatriche; l'importanza di una valutazione congiunta da parte degli specialisti e dei pediatri dell'adeguatezza dei percorsi assistenziali dei pazienti secondo Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi (a esempio per i pazienti ricoverati per interventi di adeno-tonsillectomia), anche al fine di ridurre i ricoveri inappropriati.

Indicazioni operative:
- utilizzo, approfondimento e analisi dei dati prodotti dal laboratorio Mes, dai registri regionali di interesse e da altri dati epidemiologici, demografici, georfolo-gici ecc., reperibili e utilizzabili a supporto delle decisioni strategiche e operative per il funzionamento della rete;
- a partire dalle esperienze già sviluppa-

zione tra i vari livelli della rete; di potenziare le cure domiciliari pediatriche;

Visto il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», di cui all'allegato A, finalizzato a promuovere:

- la riorganizzazione della rete pediatrica regionale nel suo complesso, articolata per Area vasta secondo un web model, in cui i vari livelli, caratterizzati da competenze specifiche e differenziate, interagiscono in modo paritetico;
- l'individuazione di percorsi regionali per le patologie a maggior complessità e il coinvolgimento del Pediatra di famiglia per riconvertire una quota di attività impropriamente ospedalizzata attraverso la condivisione di protocolli di follow up e/o di attività diagnostiche gestibili a livello territoriale;
- un'efficiente comunicazione e collaborazione tra i vari specialisti, i pazienti e le loro famiglie per una corretta gestione delle cosiddette «cliniche di transizione», comportando questo l'articolazione della rete pediatrica col sistema di cure dell'adulto;
- la formazione volta alla condivisione di conoscenze tra i diversi nodi, prerequisito per il funzionamento della rete e necessaria per l'ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto;
- lo sviluppo di progetti formativi coinvolgenti i cittadini, i familiari dei pazienti, come previsto dal chronic care model;

Visto l'esito della Conferenza di Consenso organizzata dal Csr, svoltasi a Firenze in data 16 marzo 2012;

Ritenuto pertanto di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze» di cui all'allegato A;

a voti unanimi

formazione e/o la mobilità di professionisti provenienti da strutture vicine;

- Riferimento tempestivo delle gravidanze a rischio ai centri dotati di adeguata assistenza neonatologica e «Trasporto in utero»; organizzazione del back transport per singole patologie che potrebbero beneficiare di un'assistenza domiciliare indicano anch'esse una differenza tra le Aziende UsI. Questi dati devono essere discussi a livello delle singole strutture con un coinvolgimento anche e soprattutto dei Pediatri di famiglia per una individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie più frequenti e a minore complessità che maggiormente potrebbero avvalersi di trattamenti ambulatoriali (uno strumento utile al perseguimento di tale obiettivo può consistere nello sviluppo di attività diagnostiche di primo livello gestite dai Pdf). Da segnalare, inoltre, la necessità di rivisitare il modello organizzativo della pediatria di famiglia al fine di impattare sul determinante più importante dell'aper-af-flusso ai Ps e dell'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero.

La diminuzione dei ricoveri per le patologie acute potrebbe ottenersi anche mediante un maggiore ricorso all'osservazione breve già attuata per altro in tutte le strutture dove è presente una attività autonoma di Pronto soccorso pediatrico o una attività di consulenza pediatrica presso il Ps generale (e in prospettiva auspicabile anche nelle strutture prive di Ps pediatrico), ma che non viene attualmente monitorata ed economicamente valorizzata.

Alcune patologie/eventienze acute, soprattutto nei primissimi anni di vita, necessitano infatti non solo dell'effettuazione di semplici esami diagnostici ma anche di una osservazione e cura del paziente per alcune ore in ambiente protetto, prima di riferire di nuovo il paziente alle cure del Pediatra di famiglia. Emerge con chiarezza la necessità di garantire comunicazioni ospedale-territorio anche in tempo reale, laddove la situazione lo richieda.

È evidente come la variegata tipologia di prestazioni erogate in altrettanti setting assistenziali, deve sempre essere preceduta da una discussione d'équipe, affinché il ricorso alle tipologie di ricoveri citate non diventi mero strumento amministrativo.

L'analisi dei dati dei singoli presidi in cui sono presenti reparti di pediatria e degli altri presidi regionali mostra come una quota consistente di bambini, anche in età pre-scolare, è attualmente assistita e dimessa da reparti per adulti. Ciò impone alcune riflessioni: l'indro-gabile necessità di assistere i soggetti in età pediatrica in setting dedicati e con personale con competenze pediatriche; l'importanza di una valutazione congiunta da parte degli specialisti e dei pediatri dell'adeguatezza dei percorsi assistenziali dei pazienti secondo Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi (a esempio per i pazienti ricoverati per interventi di adeno-tonsillectomia), anche al fine di ridurre i ricoveri inappropriati.

Indicazioni operative:
- utilizzo, approfondimento e analisi dei dati prodotti dal laboratorio Mes, dai registri regionali di interesse e da altri dati epidemiologici, demografici, georfolo-gici ecc., reperibili e utilizzabili a supporto delle decisioni strategiche e operative per il funzionamento della rete;
- a partire dalle esperienze già sviluppa-

zione tra i vari livelli della rete; di potenziare le cure domiciliari pediatriche;

Visto il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», di cui all'allegato A, finalizzato a promuovere:

- la riorganizzazione della rete pediatrica regionale nel suo complesso, articolata per Area vasta secondo un web model, in cui i vari livelli, caratterizzati da competenze specifiche e differenziate, interagiscono in modo paritetico;
- l'individuazione di percorsi regionali per le patologie a maggior complessità e il coinvolgimento del Pediatra di famiglia per riconvertire una quota di attività impropriamente ospedalizzata attraverso la condivisione di protocolli di follow up e/o di attività diagnostiche gestibili a livello territoriale;
- un'efficiente comunicazione e collaborazione tra i vari specialisti, i pazienti e le loro famiglie per una corretta gestione delle cosiddette «cliniche di transizione», comportando questo l'articolazione della rete pediatrica col sistema di cure dell'adulto;
- la formazione volta alla condivisione di conoscenze tra i diversi nodi, prerequisito per il funzionamento della rete e necessaria per l'ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto;
- lo sviluppo di progetti formativi coinvolgenti i cittadini, i familiari dei pazienti, come previsto dal chronic care model;

Visto l'esito della Conferenza di Consenso organizzata dal Csr, svoltasi a Firenze in data 16 marzo 2012;

Ritenuto pertanto di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze» di cui all'allegato A;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», finalizzato alla riorganizzazione della rete pediatrica regionale, contenuto nell'allegato A;

2. di incaricare la Direzione generale «Diritti di cittadinanza e coesione sociale» di porre in essere gli adempimenti amministrativi necessari per dare attuazione al documento al precedente punto 1.

ALLEGATO A

La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze

(...omissis...)

E. Le linee di azione

1. Integrazione di Area vasta
Anche la rete pediatrica deve, nella sua complessiva organizzazione, prevedere un'articolazione per Area vasta. Infatti, la valorizzazione e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse professionali passa attraverso la concertazione di Area vasta e il superamento dei comportamenti finalizzati al raggiungimento di una "autosufficienza" aziendale, che sono in contrasto con una logica a rete del sistema.

Ciò significa contemplare una forte integrazione tra i nodi della rete, con l'obiettivo di garantire una definizione chiara dei percorsi assistenziali che da un lato tengano conto dell'appropriato ricorso ai diversi livelli della rete e dall'altro ottimizzano la

mobilità del paziente all'interno del proprio territorio di riferimento.

Tale integrazione deve necessariamente basarsi sulla organizzazione della complessità delle cure, che non significa gerarchizzazione della qualità delle cure, né organizzazione verticistica dei processi clinici. Deve invece prevedere un continuo processo di condivisione delle decisioni cliniche e un feedback costante tra il territorio e gli ospedali posizionati ai diversi livelli della rete pediatrica regionale.

In questa ottica può essere ripensato il corretto dimensionamento delle degenze ospedaliere della rete, puntando al miglioramento dei tassi di occupazione dei posti letto pediatrici e alla diversificazione della tipologia di prestazioni che viene richiesta a ciascun nodo della rete.

L'incremento dell'indice di occupazione dei posti letto delle strutture intermedie (Aou Meyer, 2011) potrebbe consentire alle strutture di alto livello specialistico, in particolare quelle delle Aziende ospedaliere di dedicarsi alla gestione di casistiche più complesse.

A titolo di esempio si riporta la quota percentuale di dimessi dall'Aou Meyer con peso inferiore a 1 (bassa complessità) distribuita per area di residenza dei pazienti (anno 2010) (vedi tabella 1).

In ogni caso è perseguibile la parziale riconversione di degenze pediatriche presso ospedali di primo livello in attività ambulatoriali e/o di Day service e/o di osservazione temporanea (Perletti et al., 2005), in grado di offrire la gamma di interventi diagnostico-terapeutici più comuni e di fare da tramite tra la dimensione ospedaliera e quella più propriamente territoriale.

Tale riconversione dovrà tener conto della distribuzione dei punti nascita e della loro possibile riorganizzazione.

Per le strutture senza degenza sarà necessario disegnare il ruolo del personale dei pronto soccorsi e prevedere la formazione degli operatori relativamente alle emergenze del paziente pediatrico.

formazione e/o la mobilità di professionisti provenienti da strutture vicine;

- Riferimento tempestivo delle gravidanze a rischio ai centri dotati di adeguata assistenza neonatologica e «Trasporto in utero»; organizzazione del back transport per singole patologie che potrebbero beneficiare di un'assistenza domiciliare indicano anch'esse una differenza tra le Aziende UsI. Questi dati devono essere discussi a livello delle singole strutture con un coinvolgimento anche e soprattutto dei Pediatri di famiglia per una individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie più frequenti e a minore complessità che maggiormente potrebbero avvalersi di trattamenti ambulatoriali (uno strumento utile al perseguimento di tale obiettivo può consistere nello sviluppo di attività diagnostiche di primo livello gestite dai Pdf). Da segnalare, inoltre, la necessità di rivisitare il modello organizzativo della pediatria di famiglia al fine di impattare sul determinante più importante dell'aper-af-flusso ai Ps e dell'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero.

La diminuzione dei ricoveri per le patologie acute potrebbe ottenersi anche mediante un maggiore ricorso all'osservazione breve già attuata per altro in tutte le strutture dove è presente una attività autonoma di Pronto soccorso pediatrico o una attività di consulenza pediatrica presso il Ps generale (e in prospettiva auspicabile anche nelle strutture prive di Ps pediatrico), ma che non viene attualmente monitorata ed economicamente valorizzata.

Alcune patologie/eventienze acute, soprattutto nei primissimi anni di vita, necessitano infatti non solo dell'effettuazione di semplici esami diagnostici ma anche di una osservazione e cura del paziente per alcune ore in ambiente protetto, prima di riferire di nuovo il paziente alle cure del Pediatra di famiglia. Emerge con chiarezza la necessità di garantire comunicazioni ospedale-territorio anche in tempo reale, laddove la situazione lo richieda.

È evidente come la variegata tipologia di prestazioni erogate in altrettanti setting assistenziali, deve sempre essere preceduta da una discussione d'équipe, affinché il ricorso alle tipologie di ricoveri citate non diventi mero strumento amministrativo.

L'analisi dei dati dei singoli presidi in cui sono presenti reparti di pediatria e degli altri presidi regionali mostra come una quota consistente di bambini, anche in età pre-scolare, è attualmente assistita e dimessa da reparti per adulti. Ciò impone alcune riflessioni: l'indro-gabile necessità di assistere i soggetti in età pediatrica in setting dedicati e con personale con competenze pediatriche; l'importanza di una valutazione congiunta da parte degli specialisti e dei pediatri dell'adeguatezza dei percorsi assistenziali dei pazienti secondo Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi (a esempio per i pazienti ricoverati per interventi di adeno-tonsillectomia), anche al fine di ridurre i ricoveri inappropriati.

Indicazioni operative:
- utilizzo, approfondimento e analisi dei dati prodotti dal laboratorio Mes, dai registri regionali di interesse e da altri dati epidemiologici, demografici, georfolo-gici ecc., reperibili e utilizzabili a supporto delle decisioni strategiche e operative per il funzionamento della rete;
- a partire dalle esperienze già sviluppa-

zione tra i vari livelli della rete; di potenziare le cure domiciliari pediatriche;

Visto il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», di cui all'allegato A, finalizzato a promuovere:

- la riorganizzazione della rete pediatrica regionale nel suo complesso, articolata per Area vasta secondo un web model, in cui i vari livelli, caratterizzati da competenze specifiche e differenziate, interagiscono in modo paritetico;
- l'individuazione di percorsi regionali per le patologie a maggior complessità e il coinvolgimento del Pediatra di famiglia per riconvertire una quota di attività impropriamente ospedalizzata attraverso la condivisione di protocolli di follow up e/o di attività diagnostiche gestibili a livello territoriale;
- un'efficiente comunicazione e collaborazione tra i vari specialisti, i pazienti e le loro famiglie per una corretta gestione delle cosiddette «cliniche di transizione», comportando questo l'articolazione della rete pediatrica col sistema di cure dell'adulto;
- la formazione volta alla condivisione di conoscenze tra i diversi nodi, prerequisito per il funzionamento della rete e necessaria per l'ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto;
- lo sviluppo di progetti formativi coinvolgenti i cittadini, i familiari dei pazienti, come previsto dal chronic care model;

Visto l'esito della Conferenza di Consenso organizzata dal Csr, svoltasi a Firenze in data 16 marzo 2012;

Ritenuto pertanto di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze» di cui all'allegato A;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», finalizzato alla riorganizzazione della rete pediatrica regionale, contenuto nell'allegato A;

2. di incaricare la Direzione generale «Diritti di cittadinanza e coesione sociale» di porre in essere gli adempimenti amministrativi necessari per dare attuazione al documento al precedente punto 1.

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

formazione e/o la mobilità di professionisti provenienti da strutture vicine;

- Riferimento tempestivo delle gravidanze a rischio ai centri dotati di adeguata assistenza neonatologica e «Trasporto in utero»; organizzazione del back transport per singole patologie che potrebbero beneficiare di un'assistenza domiciliare indicano anch'esse una differenza tra le Aziende UsI. Questi dati devono essere discussi a livello delle singole strutture con un coinvolgimento anche e soprattutto dei Pediatri di famiglia per una individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie più frequenti e a minore complessità che maggiormente potrebbero avvalersi di trattamenti ambulatoriali (uno strumento utile al perseguimento di tale obiettivo può consistere nello sviluppo di attività diagnostiche di primo livello gestite dai Pdf). Da segnalare, inoltre, la necessità di rivisitare il modello organizzativo della pediatria di famiglia al fine di impattare sul determinante più importante dell'aper-af-flusso ai Ps e dell'inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero.

La diminuzione dei ricoveri per le patologie acute potrebbe ottenersi anche mediante un maggiore ricorso all'osservazione breve già attuata per altro in tutte le strutture dove è presente una attività autonoma di Pronto soccorso pediatrico o una attività di consulenza pediatrica presso il Ps generale (e in prospettiva auspicabile anche nelle strutture prive di Ps pediatrico), ma che non viene attualmente monitorata ed economicamente valorizzata.

Alcune patologie/eventienze acute, soprattutto nei primissimi anni di vita, necessitano infatti non solo dell'effettuazione di semplici esami diagnostici ma anche di una osservazione e cura del paziente per alcune ore in ambiente protetto, prima di riferire di nuovo il paziente alle cure del Pediatra di famiglia. Emerge con chiarezza la necessità di garantire comunicazioni ospedale-territorio anche in tempo reale, laddove la situazione lo richieda.

È evidente come la variegata tipologia di prestazioni erogate in altrettanti setting assistenziali, deve sempre essere preceduta da una discussione d'équipe, affinché il ricorso alle tipologie di ricoveri citate non diventi mero strumento amministrativo.

L'analisi dei dati dei singoli presidi in cui sono presenti reparti di pediatria e degli altri presidi regionali mostra come una quota consistente di bambini, anche in età pre-scolare, è attualmente assistita e dimessa da reparti per adulti. Ciò impone alcune riflessioni: l'indro-gabile necessità di assistere i soggetti in età pediatrica in setting dedicati e con personale con competenze pediatriche; l'importanza di una valutazione congiunta da parte degli specialisti e dei pediatri dell'adeguatezza dei percorsi assistenziali dei pazienti secondo Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi (a esempio per i pazienti ricoverati per interventi di adeno-tonsillectomia), anche al fine di ridurre i ricoveri inappropriati.

Indicazioni operative:
- utilizzo, approfondimento e analisi dei dati prodotti dal laboratorio Mes, dai registri regionali di interesse e da altri dati epidemiologici, demografici, georfolo-gici ecc., reperibili e utilizzabili a supporto delle decisioni strategiche e operative per il funzionamento della rete;
- a partire dalle esperienze già sviluppa-

zione tra i vari livelli della rete; di potenziare le cure domiciliari pediatriche;

Visto il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze», di cui all'allegato A, finalizzato a promuovere:

- la riorganizzazione della rete pediatrica regionale nel suo complesso, articolata per Area vasta secondo un web model, in cui i vari livelli, caratterizzati da competenze specifiche e differenziate, interagiscono in modo paritetico;
- l'individuazione di percorsi regionali per le patologie a maggior complessità e il coinvolgimento del Pediatra di famiglia per riconvertire una quota di attività impropriamente ospedalizzata attraverso la condivisione di protocolli di follow up e/o di attività diagnostiche gestibili a livello territoriale;
- un'efficiente comunicazione e collaborazione tra i vari specialisti, i pazienti e le loro famiglie per una corretta gestione delle cosiddette «cliniche di transizione», comportando questo l'articolazione della rete pediatrica col sistema di cure dell'adulto;
- la formazione volta alla condivisione di conoscenze tra i diversi nodi, prerequisito per il funzionamento della rete e necessaria per l'ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto;
- lo sviluppo di progetti formativi coinvolgenti i cittadini, i familiari dei pazienti, come previsto dal chronic care model;

Visto l'esito della Conferenza di Consenso organizzata dal Csr, svoltasi a Firenze in data 16 marzo 2012;

Ritenuto pertanto di approvare il documento «La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze» di cui all'allegato A;

a voti unanimi

MUSICOTERAPIA Uno studio rivela i benefici di respirazione lenta e ascolto guidato



Note anti-stress per ipertesi

Effetti paragonabili a quelli dei farmaci sul sistema cardiovascolare

Sessioni giornaliere di rilassamento con respirazione lenta e profonda, guidata dall'ascolto di musica, sono in grado di ridurre la pressione arteriosa delle 24 ore; un effetto evidente già dopo una settimana e che si mantiene anche fino a sei mesi dalla fine del trattamento. Risulta da uno studio diretto da Pietro Amedeo Modesti, della Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze, condotto su novanta pazienti ipertesi.

I soggetti, suddivisi in tre gruppi, sono stati assegnati a due diversi trattamenti di controllo (lettura di un libro dopo pranzo e semplice ascolto di musica) e al trattamento in studio, ascolto di musica combinato a esercizi di respirazione. Questi ultimi sono stati istruiti con l'aiuto di una musicoterapista, Antonella Ferrari del dipartimento di Area critica medico-chirurgica dell'Università di Firenze, a eseguire al proprio domicilio sessioni, per una durata di almeno 30 minuti al giorno, di esercizi di respirazione lenta derivata dalle tecniche yoga, e guidata dall'ascolto di musica che inducono una riduzione della frequenza respiratoria dai normali 14 a 4-6 atti al minuto.

Nel gruppo che eseguiva la respirazione lenta si è avuta una riduzione della pressione media delle 24 ore di circa 6 mmHg, un effetto paragonabile a quello di un farmaco e non soltanto limitato al periodo dell'esecuzione, mentre nei due gruppi di controllo, uno assegnato al solo ascolto della musica e l'altro alla lettura di un libro, la riduzione era inferiore a 1 mmHg. I pazienti sono stati sottoposti anche a questionari di tipo psicologico e dalla lettura è emerso che le persone più introversive e tendenti all'ansia ottengono maggiori vantaggi rispetto a chi



è più facilmente inserito nella vita di tutti i giorni. I risultati, pubblicati nel 2010 su *Journal of Hypertension*, dimostrano la possibilità di impiegare un nuovo tipo di terapia non farmacologica nella cura dei pazienti ipertesi, in aggiunta ai consueti trattamenti con la riduzione del sodio nella dieta, l'esercizio fisico e la perdita di peso. Un'altra arma nella lotta all'ipertensione, che ha un grande impatto sulla salute dei cittadini: in Italia gli ipertesi sono almeno 15 milioni con una ricaduta in termini di mortalità di circa 240mila decessi pari al 40 per cento di tutte le cause di morte (dati Società italiana dell'ipertensione arteriosa).

Si può affermare che lo studio ha permesso di prendere in considerazione un tipo di terapia non farmacologica molto piacevole e da eseguire autonomamente. Il solo ascolto della musica non è sufficiente per provo-

care effetti duraturi sul sistema cardiovascolare, ma si ha un effetto fisiologico rilevabile quando alla musica viene sincronizzata la respirazione lenta, visto che i centri che la controllano sono strettamente correlati al sistema cardio-vascolare. Proprio per permettere questa sincronizzazione è necessario che la musica accompagni naturalmente e senza sforzo il sistema nervoso autonomo a cambiare il suo "registro" e a eseguire gli esercizi arrivando a un rapporto di 1:2 tra inspirazione ed espirazione con atti respiratori addominali profondi, come insegna la tradizione yoga. Per permettere ai soggetti di raggiungere queste prestazioni in modo naturale e graduale sono state scelte musiche create opportunamente da un compositore italiano, Stefano Shantam Crespan, con criteri ritmici e armonici che coniugano i metodi dell'armonia tonale occidentale

con i Raga indiani.

La musica selezionata non suscita forti emozioni; rimane anzi sullo sfondo creando un contenimento sonoro che viene ascoltato in modo inconscio. Si può dire che è il corpo che ascolta e si sintonizza, anziché la mente, e per la precisione il sistema nervoso, visto che dai dati emersi è possibile ipotizzare alla base dei risultati dello studio, un'interferenza tra funzionamenti comportamentali, riduzione del respiro e riflessi fisiologici cardio-vascolari: ovvero un cambiamento stabile della regolazione cardiovascolare da parte del sistema nervoso autonomo.

Infatti la ricerca adesso si sta focalizzando più che su "cosa" su "come succede" ovvero sui meccanismi sottostanti gli effetti misurati del trattamento, per arrivare a una maggiore comprensione del funzionamento dell'organismo, del rapporto corporeo e a determinare un metodo di cura sempre più essenziale ed efficace. Senza dimenticare però che uno dei problemi più importanti dei trattamenti non farmacologici è che questi, inizialmente praticati dai pazienti con grande entusiasmo difficilmente sono mantenuti nel tempo con regolare pratica quotidiana e questo può limitarne l'efficacia. E naturalmente le terapie comportamentali non devono essere considerate come una alternativa alla prescritta terapia farmacologica ma come una importante strategia che precede il trattamento farmacologico nelle fasi iniziali e lo supporta nelle fasi più avanzate.

a cura di
Dario Rossi
Agenzia Toscana Notizie

L'ESPERIENZA DEI «DONATORI DI MUSICA»

Donatori di Musica è una rete di musicisti, medici e volontari, nata nel 2009 per realizzare e coordinare stagioni di concerti negli ospedali. L'esperienza dell'ascolto della musica dal vivo è un diritto di tutti, e in particolare di chi si trova ad affrontare situazioni critiche. Ma i concerti dei Donatori di Musica non sono soltanto eventi culturali. I pazienti, spesso indistinguibili dai volontari e dai familiari, l'intensa e vissuta musicalità degli artisti, non possono non colpire il bersaglio dell'emozionalità, della partecipazione, dell'importanza dell'esserci.

Era questo il sogno di Gian Andrea Lodovici, critico musicale e producer discografico di grande valore: un sogno che ha preso vita proprio mentre Gian Andrea iniziava il suo ultimo viaggio, quello con la malattia nel reparto Oncologia di Carrara. È da quella Oncologia, nell'agosto 2007, è iniziata questa rivoluzione strisciante e imbarazzante nella sua semplicità e nella sua continuità: otto stagioni concertistiche regolari, tutti i mercoledì alle 19, con musicisti di valore assoluto. La musica vista non solo come un evento, ma presente con continuità: l'evento che diventa sistema.

«È dal 2003 che teniamo

Quei concerti all'oncologia di Massa Carrara

Una medicina più umana passa anche dagli spartiti

Mondo classico e Medioevo consideravano i suoni elemento di cura e un importante aiuto nella pratica medica. La terapia musicale ha accompagnato la storia della medicina anche con arricchimenti e influenze di altre culture, spesso molto lontane ed è descritta in diversi trattati dell'epoca. Oggi, con l'ausilio delle moderne tecnologie se ne studia l'effettiva efficacia in molte malattie. Dal mondo antico, la convinzione che l'uso di scale musicali diverse generasse differenti effetti psicologici rimase viva nella tradizione musicale occidentale durante il Medioevo e il Rinascimento. Chiusosi il periodo del Positivismo, la componente musicale nelle terapie mediche è stata progressivamente rivalutata, a partire da esperienze negli Usa durante le due guerre mondiali. La musica è stata usata negli ospedali per migliorare la terapia di traumi e ferite con un approccio sia attivo (suonando), sia passivo (di ascolto). È stato poi ampiamente studiato il controllo del dolore cronico da cancro attraverso la musica. La musicoterapia è estremamente benefica nei pazienti oncologici, il suo effetto è stato dimostrato nella riduzione del dolore, per promuovere il benessere nella vita quotidiana e per aumentare il senso di controllo. La musica diminuisce l'ansia, riduce i sintomi psicologici e fisici e aiuta ad aumentare le difese immunitarie.

Sono studi che rientrano nell'approccio critico alla medicina attuale come reazione al trionfalismo scientifico del XX secolo. L'iper-specializzazione e il sempre maggiore uso delle tecnologie hanno progressivamente ridotto la possibilità di un buon rapporto medico-pazien-

te. La medicina clinica, basata sulla conoscenza scientifica, sulla tecnologia, sul problem-solving e sul decision making, lascia poco spazio al rapporto tra esseri umani fatti di corpo e apparati biologici, ma anche di emozioni, sensazioni, aspettative e paure. Dal punto di vista del rapporto umano, l'attuale modello di medicina è risultato poco adeguato di fronte alla transazione epidemiologica, nel momento in cui le malattie acute e infettive sono state superate da patologie croniche e degenerative dovute anche al progressivo invecchiamento della popolazione. Capita così che i pazienti si ritengono poco soddisfatti del sistema sanitario iper-specializzato e, sovente, si rivolgono ad altri tipi di medicina e a figure terapeutiche più amorevoli. Così la ri-umanizzazione della medicina è diventata una necessità primaria. Il modello biomedico di medicina deve essere trasformato in un modello biopsicosociale, per indurre l'attenzione del medico, oltre che agli aspetti biologici della malattia, alle sue caratteristiche sociali, comportamentali e psicologiche. In questo modo, non ci si deve limitare a curare un paziente con il solo trattamento medico, ma occorre prendersi cura della persona, con particolare attenzione al rapporto interpersonale, alla governance delle istituzioni sanitarie, ai problemi della ricerca e all'educazione degli operatori sanitari.

Leggi l'articolo originale (D. Lippi, P. Roberti di Sarsina, J. P. D'Elia. *Music and Medicine. Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2010:3 137-141)

<http://www.dovepress.com/music-and-medicine-peer-reviewed-article-JMDH>

la musica in reparto - sottolinea Maurizio Cantore, primario di Oncologia all'Asl 1 di Massa Carrara - quindi l'incontro con l'associazio-

ne dei Donatori di Musica, ha trovato terreno fertile. Questo ha permesso di realizzare insieme in questi anni un centinaio di concerti che hanno visto la presenza di circa seimila spettatori. Abbiamo fortemente voluto dare continuità a questa iniziativa realizzando un con-

certo ogni mercoledì; e da qui sono passati grandi nomi della musica classica e della canzone, come potete vedere dai programmi».

Si può dire che è una parte della cura?

«Se consideriamo l'aiuto che può venire al paziente dalla relazione con parenti, amici, semplicemente lo stare con gli altri, certamente sì. Non è un caso che dopo la musica è previsto un momento conviviale insieme; e i nostri tanti volontari trasformano ogni volta, personalizzandola, la sala d'attesa del day-hospital oncologico, intitolata a Lodovici e dove c'è sempre un pianoforte, in una sala da concerto e poi in una sala da pranzo dove i pazienti possono sentirsi in armonia con gli altri che non sono più fuori, ma con loro».

Una iniziativa di successo, possiamo dire senza paura di smentite.

«Io uso in positivo un termine professionale che altrimenti è drammatico, riguardo a questa iniziativa - dice Cantore sorridendo mentre guarda uno dei suoi "complici" nelle iniziative musicali, Mambrini, suo stretto collaboratore -. Abbiamo metastatizzato con la musica molte altre realtà sanitarie che hanno preso esempio dalla nostra iniziativa: a Bolzano, a Brescia, a Catania, a Roma, a Sondrio, a Vicenza. Persino il Cancer Center di Tulsa, nello Stato Usa dell'Oklahoma».

PISA L'ospedale cittadino pioniere nella sperimentazione di un nuovo impianto

Un «pacemaker» anti-obesità



I vantaggi: bassa invasività e minore rischio di complicanze per i pazienti

Hanno reclutato pazienti in Europa e Italia, e Pisa è stato il primo ospedale italiano, con 11 casi complessivi trattati, a partecipare alla sperimentazione dell'impianto Abiliti® sui pazienti obesi, con interventi di chirurgia bariatrica effettuati con successo dall'équipe diretta da Marco Anselmino. Lo studio è ora già chiuso e si è passati alla fase di osservazione, che durerà 2 anni, dopodiché, in base agli esiti ottenuti, il dispositivo verrà commercializzato.

Abiliti® è un sistema intelligente per cercare di far perdere peso ottenendo risultati simili a quelli indotti dalla chirurgia bariatrica (bendaggio gastrico, sleeve gastrectomy, by-pass gastrico ecc.) ma con ulteriore minore invasività, minor rischio di complicanze e ridotta necessità di modificare il proprio stile di vita alimentare.

Il sistema Abiliti®, infatti, messo a punto dalla ditta IntraPace (ha ricevuto il marchio Ce nell'Unione europea, l'approvazione del comitato eti-

co, ed è disponibile anche in Spagna, Germania e Inghilterra), consiste in uno stimolatore, basato sullo stesso principio di funzionamento dei pacemaker cardiaci, che invia impulsi elettrici allo stomaco del paziente in determinate fasce orarie, inducendo così senso di sazietà. Lo studio, della durata di 2 anni, è randomizzato: i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a ricevere il trattamento sperimentale o il trattamento di controllo, in tal caso il bendaggio ga-

strico. La tecnica chirurgica è la stessa della chirurgia bariatrica classica, ossia la via laparoscopica, ma l'impianto del dispositivo Abiliti® non comporta alcun bisogno di modificare parti anatomiche. Il nuovo dispositivo, una volta impiantato e attivato, rileva quando una persona consuma cibo o bevande e invia semplicemente una serie di impulsi elettrici allo stomaco, che inducono la necessità di ingerire quantità di cibo ridotte per la presenza di una sensazione di pienez-

za. La stimolazione ad alta frequenza della parete dello stomaco aumenta infatti il senso di sazietà. L'effetto finale è quindi di ridurre il volume di sostanza esterna ingerita. L'unico impegno da parte dei pazienti portatori di pacemaker gastrico è di rispettare l'orario di assunzione dei pasti, dal momento che lo stimolatore invia segnali al di fuori delle fasi prandiali.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou di Pisa

LIVORNO

Donazione d'organi, nell'Asl 6 tasso di opposizione al minimo

L'Azienda Usl 6 di Livorno ha fatto registrare nel 2011 il più basso tasso di opposizione alla donazione degli organi di tutta la Toscana. «Si tratta di un grande risultato - dice Monica Calamai, direttore generale dell'Azienda Usl 6 - in questo importante settore nel quale la nostra azienda, perseguendo le strategie della Regione, contribuisce in modo fondamentale al ruolo di capofila che la Toscana si è guadagnata in ambito nazionale e non solo.

Il risultato è frutto sicuramente della generosità dei livornesi, ma anche delle grandi capacità dei nostri operatori, ai quali va il mio ringraziamento, nel relazionarsi con le famiglie dei donatori nel complicato e difficile momento della decisione».

I risultati dei primi mesi del 2012 stanno confermando quanto di buono fatto nel 2011 visto che dal 1° gennaio 2011 fino a metà giugno sono stati 21 i donatori d'organo identificati. «La crescente sensibilità degli operatori sanitari alla richiesta trapiantologica - spiega Paolo Lopane, direttore dell'Unità operativa di Medicina delle donazioni - costituisce sicuramente un aspetto determinante nel raggiungimento

di questi risultati. L'identificazione, la segnalazione e la valutazione di un potenziale donatore d'organo sono fasi di un percorso assistenziale molto complesso che richiede un livello ottimale di integrazione tra professionisti e soprattutto una precisa volontà di perseguire l'obiettivo. Per questo voglio davvero esprimere la mia riconoscenza a tutto il personale, ma in particolare agli infermieri della Rianimazione coordinati

da Lorella Neri, impegnati nel procurement dei donatori d'organo e nell'assistenza alle loro famiglie».

«Questo tipo di impegno - conferma Paolo Roncucci, direttore

del Dipartimento di Alta intensità - costituisce un'importante attività aggiuntiva rispetto alle attività di routine del reparto che impegna a fondo il personale medico e infermieristico. I rilevanti risultati ottenuti certo ripagano dei grandi sforzi profusi, anche io non posso che ringraziare il personale, in particolare infermieristico, per la forte motivazione e la professionalità dimostrate».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

SIENA

Cure ad anziani poli-patologici, così Acropolis riduce i ricoveri

Massima attenzione nei confronti dei pazienti anziani con patologie croniche. Sono infatti positivi i risultati del progetto A.Cro.Poli.S. - Assistenza alla cronicità nella polipatologia a Siena, un servizio attivo da circa un anno e realizzato in collaborazione tra Aou Senese, azienda Usl 7, Ordine dei medici e medici di medicina generale e dedicato all'assistenza dei soggetti più fragili che convivono con le malattie cronico-degenerative.

Dopo una prima fase sperimentale, durata 6 mesi, il servizio è stato istituito in modo permanente ed è molto apprezzato, merito anche della preziosa collaborazione dei medici di medicina generale.

Nel 2011 sono state prese in carico 189 persone, 110 donne e 79 uomini, di età media intorno agli 80 anni. «I risultati - spiega Marco Antonio Bellini, responsabile di Acropolis - hanno dimostrato come nei soggetti trattati si sia ottenuta una riduzione del 14,5% del numero totale delle giornate di degenza rispetto all'anno precedente, con una riduzione media mensile del 20,4%. Riduzione anche di oltre il 26% del numero me-

diario mensile di accessi in pronto soccorso, con diminuzione del 17% della probabilità di ricovero ospedaliero in caso di accesso in pronto soccorso e del 53,8% della durata media del ricovero successivo».

Siena ha un indice di vecchiaia particolarmente alto, pari a 245,10, con una media provinciale di 230,3, contro una media nazionale di 144,5. «Il nostro obiettivo - conclude Bellini - è stato quello di potenziare l'assisten-

za verso le malattie croniche, diminuendo l'ospedalizzazione grazie alla prevenzione della degenerazione delle malattie. Il vantaggio di Acropolis risiede nell'aver

integrato l'approccio mirato sulle singole patologie con una presa in carico del paziente affetto contemporaneamente da più malattie, migliorando in conseguenza il percorso assistenziale e riducendo pericolose riacutizzazioni delle cronicità. Ciò getta le basi per la definizione di un nuovo modello assistenziale, capace di conciliare la qualità e l'appropriatezza con la compatibilità economica».

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou Senese

PISTOIA

Sedentarietà, screening e analisi nella Relazione sanitaria dell'Asl 3

Come stanno i pistoiesi? Vivono a lungo e usano molto i servizi socio-sanitari pubblici. È quanto emerge dall'analisi dei primi dati che andranno a comporre l'ultima relazione sanitaria dell'Asl 3 di Pistoia. Il 22,46% dei pistoiesi è sedentario, i fumatori sono il 25,32%, i bevitori a rischio il 13,24%, mentre è obeso il 3,81% della popolazione.

Permane una stabilità del fenomeno infortunistico nei luoghi di lavoro. Per ciò che riguarda gli

screening (mammografico, cervicouterina e colon retto), complessivamente la performance globale dell'azienda è giudicata buona, seppure al di sotto della media regionale. Per quanto

riguarda il profilo di salute nella provincia pistoiese ci sono 14.354 diabetici, 6.051 pazienti hanno la bronchite cronica e l'enfisema e altri 3.242 sono affetti da ipertensione. Il numero dei casi di scompenso cardiaco, bronchite cronica ostruttiva e con pregresso ictus risulta inferiore a quello medio regionale.

La prima causa di morte è da imputare alle patologie dell'apparato circolatorio (1.303) e poi ai tumori (903). Ogni anno si verificano 792 infarti cardiaci e 725 ictus. Sono diminuiti i ricoveri

dei residenti (meno 792) e anche gli accessi ai pronto soccorsi (meno 700), su un totale di 104.261 accessi. Si sono ridotti anche gli abbandoni al pronto soccorso (da 2,9 a 2,5).

Corrisponde a 300.000 il numero degli accessi annuali ai laboratori analisi aziendali e se sono state erogate in un anno 5.786.315 prestazioni, ciascun cittadino ha effettuato in media un prelievo nell'arco di un anno con una media di 2,5 prestazioni

(emocromo, glicemia, transaminasi...). Per quanto riguarda la diagnostica per immagini la sola Asl ha erogato 202.239 prestazioni con un'alta capacità di produzione e

una buona soddisfazione della domanda a livello pubblico (Tc 87%, Rm 68%, ecografie 85%, Rx 93%) a cui contribuisce il privato accreditato. Le ricette per farmaci sono state 3.123.178, con un costo medio a ricetta di 14,69. Mediamente ogni cittadino in un anno ha speso 159,2 euro per i medicinali. Purtroppo l'azienda sanitaria pistoiese continua a caratterizzarsi per il massiccio uso di antidepressivi.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

IN BREVE

LUCCA

Il sito www.ditestamia.it, la community dedicata alla salute dei giovani, che ha preso l'avvio da un progetto della Regione Toscana, è stato premiato a Venezia, al concorso nazionale "web2salute". Sul podio dei progetti premiati è arrivato terzo proprio il progetto "Di testa mia" dell'Associazione Dite-stamia Health Promoting Guys di Lucca. Primo è arrivato "A piedi per Bolzano" (Comune di Bolzano) e secondo "Qwert: i new media per la promozione delle life skills per i pre teenager" (Azienda Ulss 9 Treviso). L'associazione che ha ricevuto questo importante riconoscimento è formata da giovani lucchesi che, insieme ad altre centinaia di ragazzi di tutta la Toscana, nel triennio 2008-2010 hanno partecipato a progetti su bullismo, alcol, droga, sesso, disturbi alimentari: progetti ideati e realizzati dai ragazzi e rivolti ai loro coetanei.

MASSA E CARRARA

Buone notizie sul fronte del miglioramento della struttura ospedaliera del nosocomio carrarese. Sono ben tre i reparti in cui sono state portate a conclusione le opere di modifica e miglioramento: ristrutturazione al pronto soccorso con la creazione di cinque nuovi posti letto di astanteria dotati di monitoraggio multiparametrico, con osservazione centralizzata; il reparto oncologico è stato ampliato per offrire spazi migliori e adeguati alle esigenze dei pazienti; in Radioterapia adesso c'è "Trilogy", l'acceleratore lineare ad altissima tecnologia, unico apparecchio in Italia a disposizione di una struttura pubblica, che ha iniziato l'attività clinica dal quattro di giugno scorso. Quest'ultimo è in grado di trattare i pazienti oncologici con un grado altissimo di precisione, selezionando l'energia più appropriata per trattare al meglio le lesioni.

AREZZO

Luce, acqua, gas: croce e delizia di ogni famiglia, sono per una azienda come la Asl una fonte di spesa di enorme portata. Per questo quella aretina ha deciso di avere in Azienda un Energy Manager, scelta che sta portando a risultati eccellenti tanto da balzare alla attenzione del "Forum nazionale della Pubblica Amministrazione" e a Terotec (Laboratorio per l'innovazione della manutenzione e della gestione dei patrimoni urbani e immobiliari). L'esperienza aretina, e soprattutto i risultati già ottenuti e quelli in via di raggiungimento, hanno portato alla assegnazione di una "menzione Speciale" individuando sul modello aretino uno dei più efficienti e innovativi d'Italia nell'ambito della sesta edizione del "Premio best practice patrimoni pubblici". Riconoscimento all'As, che sta intervenendo da anni con uno studio approfondito delle esigenze, dei possibili risparmi, di una gestione più attenta e oculata.

PRATO

L'Unità operativa di urologia dell'Ospedale di Prato compie 40 anni e ha festeggiato questo compleanno con il convegno «40 anni di urologia a Prato. Da "lama fredda e luce calda" a "luce fredda e taglio laser"». L'iniziativa ha ripercorso le tappe più significative della diagnosi e della terapia medica e chirurgica con i principali protagonisti dell'urologia Toscana con una importante parte dedicata alle terapie e tecniche chirurgiche oggi impiegate e alle prospettive future più innovative. «Oggi - sottolinea Franco Blefari, Direttore dell'Uo - l'Urologia di Prato esprime livelli qualitativi, oltre che quantitativi, allineati agli standard europei di riferimento. Il passaggio a un nuovo modello organizzativo ospedaliero è stato difficoltoso ma siamo riusciti a interpretare lo spirito e a trarne beneficio in termini di funzionalità».

CHI DONA SANGUE HA CUORE.

In Toscana migliaia di
persone vivono grazie
alla donazione di sangue,
plasma e piastrine.


www.comuni.toscana.it

NUMERO VERDE
800 556060

www.regione.toscana.it/donareilsangue



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana



AVIS



FRATRES
DONATORI DI SANGUE