

# 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. 34  
anno XIII del 14-20 settembre 2010  
per la pubblicazione sul sito  
della Regione Toscana  
www.regione.toscana.it

**Così si rispetta l'autonomia della donna**

di Antonio Panti \*

In Toscana l'interruzione di gravidanza col metodo farmacologico mediante la somministrazione di mifepristone o Ru486 è praticata fin al 2005, applicando con la massima correttezza le norme della legge 194/78. A fine 2009 l'Aifa ha autorizzato l'immissione in commercio della Ru486; così è cessato l'approvvigionamento del farmaco all'estero. Dopo questa decisione si è scatenata una polemica piena di falsità, chiaramente tesa a prevaricare l'autonomia della donna cui semplicemente si offre una modalità alternativa a quella chirurgica di fronte a una scelta difficile e tormentata. La sottosegretaria Eugenia Roccella ha fantasticato di aborto domiciliare quando il farmaco non può essere assunto altro che in ospedale.

Il Consiglio sanitario regionale, che aveva già elaborato linee guida nel 2005, le ha rivisitate alla luce del parere del Consiglio superiore di Sanità che vincolava l'aborto farmacologico al ricovero ordinario fino all'espulsione del prodotto del concepimento per una supposta eccessiva rischiosità del farmaco. Il Csr ha convocato un vasto gruppo di esperti comprendente tutti i responsabili delle ginecologie della Regione. Le linee guida sono state ammodernate con pochi ritocchi perché gli esperti dall'esame sia della letteratura che della casistica di questi anni non

CONTINUA A PAG. 2

**BIOETICA**

*Ru486, si cambia: i nuovi pareri di Crb e Consiglio sanitario regionale*

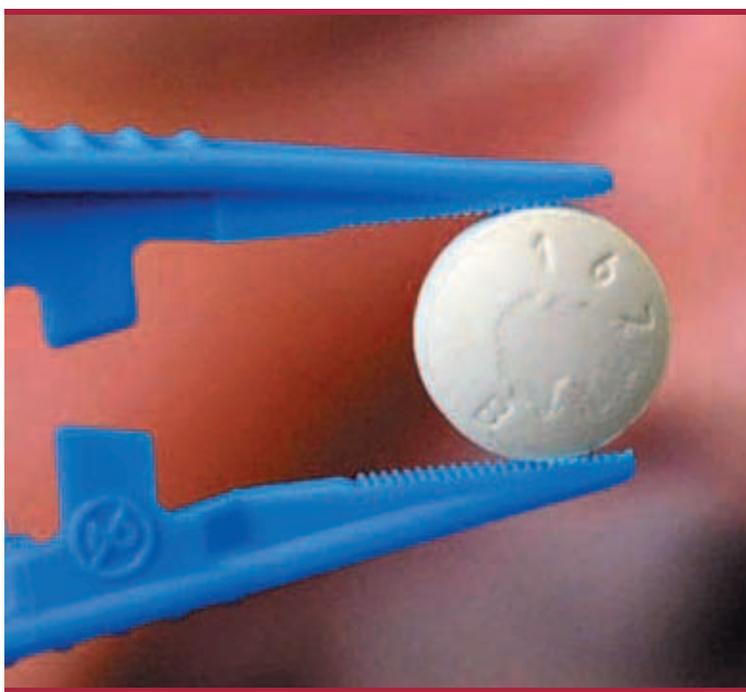
## Pillola abortiva in day hospital

**Alt all'ideologia: la forma organizzativa corretta non è il ricovero ordinario**

Il Consiglio sanitario regionale (Csr) e la Commissione regionale di bioetica (Crb) della Regione Toscana hanno espresso i loro pareri in merito agli aspetti organizzativi relativi alla recente autorizzazione all'uso della pillola Ru486 per l'interruzione volontaria della gravidanza (Ivg). Tali pareri, stilati dopo un'approfondita fase istruttoria con il coinvolgimento dei direttori delle ostetriche toscane e dei maggiori esperti sia in ambito professionale che etico-giuridico, si sono resi necessari dopo il pronunciamento del Consiglio superiore di Sanità del marzo 2010 che indica nel ricovero ordinario obbligatorio l'unica modalità operativa di espletamento della Ivg farmacologica («... la donna debba essere ivi trattenuta fino ad aborto avvenuto»). Le successive linee di indirizzo ministeriali confermano una posizione già chiara fin dal novembre 2009, quando il ministro Sacconi comunicava alla Commissione europea che la Ru486 poteva essere somministrata unicamente con un ricovero ordinario.

In una prima fase sperimentale anche la Toscana - che per prima cominciò a importare dalla Francia il farmaco - aveva optato per una somministrazione in regime di ricovero ordinario con degenza di tre giorni: così infatti indicavano i criteri approvati nel 2005 dal Csr. Ma la scelta della degenza a ciclo continuo è stata rivista dallo stesso Csr che, valutata la precedente esperienza nel territorio e la più aggiornata letteratura scientifica, ha ora indicato nel day hospital (Dh) la modalità organizzativa corretta. Come chiarito nel dettaglio dal parere della Crb, che si era già espressa in materia nel 2003, non si deve dimenticare che anche il Dh è una forma di ricovero - sebbene senza degenza notturna in ospedale - che si conclude solo con la chiusura della Sdo e che garantisce un'assistenza adeguata a pazienti sottoposti a trattamenti medici e chirurgici (si pensi a esempio all'oncologia o alla cardiologia) ben più impegnativi e rischiosi della Ru486.

Anche per la Ru486 valgono ovvia-



mente le procedure e le garanzie previste dalla legge 194/1978, nel cui testo è anzi sancito l'obbligo di promuovere «l'uso delle tecniche più moderne, rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per la Ivg». Nella legge del 1978 - quando non esisteva il Dh - si fa riferimento al ricovero ospedaliero, senza ulteriori aggettivazioni: una modalità che oggi non può essere ridotta alla sola condizione della degenza forzata e non necessaria di tre giorni. Va inoltre rilevato come nella stessa legge 194 l'articolo 8 preveda che la Ivg possa attuarsi, sempre in ambito ospedaliero, addirittura anche presso «poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati».

Il tema fondamentale dei due pareri è che nessuna norma aggiuntiva può essere posta per limitare la libera scelta tra le due forme di Ivg, scelta che deve restare all'interno della relazione tra la donna e il medico, espressa sulla base di una completa informazione sugli aspetti medico-sanitari e non condizionata dal dover optare tra il Dh per l'Ivg chirurgica o il ricovero ordinario per l'Ivg farmacologica. Non potendosi imporre quest'ultimo contro la volontà della donna, è francamente inaccettabile riversare sulla donna stessa la scelta della dimissione volontaria, condizione nella quale comunque non possono dirsi cessate le responsabilità della struttura sanitaria nei confronti della salute della donna.

Una considerazione finale: mentre i medici sono sempre più chiamati a ispirare le scelte clinico-organizzative a un utilizzo appropriato e responsabile delle risorse sanitarie, si deve evitare che opzioni normative di ispirazione ideologica invadano strumentalmente il terreno professionale. «Trattenere» per giorni una donna in ospedale dopo aver assunto una pillola sembra andare in tutt'altra direzione.

**Alfredo Zuppiroli**  
Presidente Commissione regionale di bioetica

I TESTI A PAG. 4 E 5

**PREVENZIONE**

### Più sicurezza per i lavoratori agricoli

*Approvato un piano da 1,5 milioni di euro contro gli incidenti sul lavoro*

La Regione Toscana investirà 1,5 milioni di euro per promuovere interventi di prevenzione e sicurezza specifici per il comparto agricolo-forestale nel triennio 2010-2012. Lo ha deciso la Giunta regionale che, approvando la delibera n. 783 del 30 agosto 2010, punta a rendere più incisivi gli interventi per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali con piani mirati. Gli ambiti di attività entro quali gli interventi dovranno essere progettati e presentati dalle aziende sanitarie locali della Toscana sono principalmente quattro: attività di formazione e informazione, attività di comunicazione e sensibilizzazione, attività di assistenza e tutoraggio e attività di vigilanza.

L'obiettivo è quello di implementare il livello standard qualitativo delle conoscenze, promuovere la cultura della prevenzione presso un'ampia utenza, individuare e definire i più adatti mezzi e metodi operativi efficaci alla riduzione e definizione dei livelli di rischio e, infine, raggiungere l'obiettivo minimo individuato nel piano nazionale di prevenzione in agricoltura e selvicoltura 2009-2011, anche sotto l'aspetto qualitativo finalizzato a uniformare l'attività su tutto il territorio regionale.

**CONTROCANTO**

### Ma la via farmacologica è più rischiosa

Diego Cremona \*, Pier Luigi Rossi Ferrini \*\*

Due, sostanzialmente, sono i motivi che ci hanno indotto alla fine a dissentire dalla nota predisposta dalla Commissione regionale di bioetica in relazione al parere del Consiglio superiore di Sanità e alle linee guida del ministero della Salute con cui si davano indicazioni alle Regioni circa l'utilizzazione della Ru486.

Anzitutto, non si dice nella nota in questione che, allo stato, la via farmacologica all'interruzione volontaria della gravidanza presenta per la donna rischi maggiori rispetto alla soluzione chirurgica. In secondo luogo, non si esplicita con sufficiente chiarezza che il ricovero ordinario,

CONTINUA A PAG. 2

**LEGGI&DELIBERE**

### Una Giornata per le morti bianche

La Regione Toscana ha deciso di copromuovere, unitamente all'Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro (Anmil) ente morale Onlus Consiglio regionale per la Toscana la "Giornata nazionale per le vittime degli incidenti sul lavoro" che si svolgerà il 10 ottobre 2010 in tutte le province della Toscana. Ogni anno, nella seconda domenica di ottobre in tutte le province d'Italia, si celebra la "Giornata nazionale per le vittime degli incidenti sul lavoro" istituzionalizzata con delibera del presidente del Consiglio dei ministri.

(Delibera n. 786 del 30 agosto 2010)

### Elisoccorso finanziato con 13 mln

Il servizio regionale di elisoccorso per l'anno 2010 sarà finanziato con 13 milioni di euro. Lo ha deciso la Giunta regionale. Ai fini dello svolgimento del servizio regionale di elisoccorso, deve essere impiegato anche il personale, sanitario e non, delle aziende, nonché devono essere utilizzate specifiche attrezzature e materiali. Dei 13 milioni, 2,9 andranno a favore dell'Asl 1 di Massa Carrara per il servizio diurno, 3,6 milioni all'Asl 10 di Firenze per il servizio diurno e 6,5 milioni all'Asl 9 9 di Grosseto per il servizio diurno e notturno.

(Delibera n. 787 del 30 agosto 2010)

**ALL'INTERNO**

### Infermieri, assegni di studio

A PAG. 2

### Week surgery a Pistoia

A PAG. 3

### Riflettori accesi sulla celiachia

A PAG. 6

**FORMAZIONE** Deliberato l'assegno 2009/2010 agli studenti di infermieristica



# Incentivi ai futuri infermieri

Tra gli atenei di Firenze, Siena e Pisa sono ripartiti 1,674 milioni di euro

Anche quest'anno la Regione ripropone un incentivo per gli studenti del corso di laurea triennale in infermieristica. L'assegno di studio per l'anno accademico 2009-2010 è stato deliberato nel corso dell'ultima Giunta e ammonta complessivamente a 1,674 milioni di euro, così ripartiti tra le tre sedi universitarie: 819mila a Firenze, 536mila a Pisa, 319mila a Siena. L'importo degli assegni per ogni singolo studente è di 955 euro per il primo anno, 1.936 per il secondo, 3.227 per il terzo. L'assegno viene corrisposto in un'unica soluzione alla fine di ciascun anno di corso.

«Quella infermieristica è una professione essenziale per il buon funzionamento dei servizi e centrale nell'assistenza alle persone», dice l'assessore al Diritto alla salute, Daniela Scaramuccia. «A noi preme che i giovani si avvicinino a questa professione che richiede molta motivazione e tenacia ed è giusto assicurare degli incentivi a chi sceglie di intraprendere questa strada. Gli infermieri sono un punto di riferimento primario per l'attuazione di qualsiasi politica di sviluppo dei servizi sanitari, che punti, e la Toscana lo sta facendo, sulla qualità delle professioni sanitarie. Da quando, a

Ardsu sedi territoriali	Spesa sostenuta A.A. 2008/2009 Assegni +Irap
Firenze	1.278.060,53
Pisa	883.485,86
Siena	523.709,03
<b>Totale</b>	<b>2.685.255,42</b>

partire dall'anno accademico 2000-2001, la Regione ha cominciato a erogare gli assegni di studio, il numero degli iscritti al corso di laurea in infermieristica è progressivamente cresciuto, ed

è diminuito il fenomeno degli abbandoni».

Tra le figure del settore sanitario, quella dell'infermiere è risultata sempre quella più carente in termini numerici. Dal 1996 la formazio-

ne è effettuata non più dalle Regioni, ma dalle Università e il corso di laurea è triennale. La Regione delega l'Ardsu, l'Azienda regionale per il diritto allo studio universitario, a gestire l'erogazione degli assegni di studio. Nell'anno accademico 2008-2009 gli assegni di studio corrisposti agli studenti sono stati in tutto 1.167: 368 per il primo anno, 353 per il secondo, 446 per il terzo.

Il fabbisogno di infermieri programmati per il triennio 2009-2010 per la Sanità toscana è di circa 3mila infermieri, considerati sia il turnover che lo sviluppo di nuovi servizi. Nel triennio

2007-2009 si sono laureati complessivamente, nelle tre Università toscane, circa 2mila infermieri. Il fabbisogno programmato dalla Regione Toscana per l'anno 2009-2010 è stato di 1.200 infermieri.

Il numero dei posti messi a bando dalle tre Università è cresciuto ogni anno, passando dai 767 del 2001-2002 ai 1.000 del 2009-2010. E anche il numero delle domande ha avuto un progressivo incremento: da 1.035 nel 2001-2002 a 1.937 nel 2009-2010.

Lucia Zambelli  
Agenzia Toscana Notizie



## IPERTENSIONE SOTTO LALENTE: UNO STUDIO RILEVA IL RISCHIO NEI GIOVANI TRA I 18 E I 22 ANNI

L'ipertensione è uno dei principali fattori di rischio di malattie cardio e cerebrovascolari. Il rischio ipertensivo è indipendente dagli altri fattori di rischio ed è direttamente proporzionale ai valori pressori medi, cominciando già al di sopra di 115-120 mmHg di pressione sistolica e di 75-80 mmHg di pressione diastolica. Le proiezioni statistiche fanno ritenere che, se l'intera popolazione non eccedesse mai questi valori, si avrebbe una riduzione di incidenza delle malattie cardio e cerebrovascolari compreso fra il 50 e il 60%. Secondo gli standard attuali sono ipertesi i soggetti con pressione sistolica maggiore di 140 e/o diastolica maggiore di 90. Più precisamente le linee guida europee sull'ipertensione classificano come pressione arteriosa ottimale i valori <120 (massima) e 80 (minima), come normale i valori 120-129 e/o 80-84, come normale-alta i valori 130-139 e/o 84-89, come ipertensione stadio I i valori 140-159 e/o 90-99, come ipertensione stadio II i valori 160-179 e/o 100-109, come ipertensione stadio III i valori >180 e/o >110 e come ipertensione sistolica isolata una condizione, anch'essa fattore di rischio, caratterizzata da pressione sistolica >139 con pressione diastolica <90. Nei Paesi sviluppati risulta iperteso oltre il 50% degli ultra-sessantenni e nell'arco dell'intera vita oltre il 90% della popolazione. Inoltre esiste da un ventennio un graduale aumento dei valori pressori nelle età più giovani, e si teme che questo andamento possa preludere a un complessivo incremento della pressione, e quindi del rischio cardiovascolare, nelle generazioni future.

A seguito delle campagne di sensibilizzazione al rischio ipertensivo è apparso evidente che la norma-

lizzazione dei valori pressori con farmaci in età adulta effettivamente contiene l'insorgenza di eventi vascolari acuti, ma in misura molto minore di quanto si sarebbe atteso. È stato inoltre rilevato che l'incremento della pressione arteriosa con il progredire dell'età è un fenomeno caratteristico dei grandi conglomerati umani moderni, ma non è specie-specifico poiché non si verifica nelle piccole comunità dove i costumi sono sostanzialmente diversi. Questo con particolare riguardo ad agenti esterni ipertensivanti come l'assunzione di sodio, l'abitudine all'alcol, il fumo di tabacco, l'obesità e la scarsa attività fisica.

La storia naturale dell'ipertensione, intesa come malattia ipertensiva, non è nota, e in particolare non è nota l'epoca in cui cominciano ad apparire nei giovani i primi segni di un rialzo pressorio stabile, e in concomitanza con quali fattori. La conoscenza di questi dati consentirebbe lo spostamento degli interventi di salute pubblica dalla prevenzione secondaria alla, probabilmente più efficace, prevenzione primaria.

Partendo da questo presupposto la Regione Toscana, su iniziativa del Consiglio sanitario Regionale, ha condotto una rilevazione campionaria finalizzata a stimare in un gruppo di giovani adulti la prevalenza di situazioni cliniche di preipertensione e di ipertensione. Lo studio, coordinato dal Csr, è stato condotto dalle Unità operative di Nefrologia e Dialisi delle aziende sanitarie locali di Firenze (Fanelli, Nigrelli e Acconcia), di Livorno (Bigazzi), di Lucca (Angelini e Parrini) e di Siena (Sidoti e Biagioli) nel periodo gennaio-marzo del 2010. È stata misurata ripetutamente (in media 4 volte) con metodologia standardizzata la pressione arteriosa di 1.918 studenti (983 maschi e 985 femmine) dell'ultimo anno delle scuole superiori, di età compresa tra i 18 e i 22 anni.

I valori rilevati sono stati classificati in accordo con le specifiche linee guida europee. La tabella che

segue riassume i risultati ottenuti dal campione esaminato (non sono state rilevate situazioni di ipertensione di stadio superiore al I):

Pressione arteriosa	Numero soggetti	% soggetti
Ottimale	662	34,5
Normale	584	30,4
Normale Alta	474	24,7
Iperensione Stadio I	9	0,46
Iperensione sistolica isolata	189	9,85

L'inferenza ("test del segno" di Clopper-Pearson) sui valori percentuali rilevati consente di stimare il range di valori riferibili all'intera popolazione degli studenti toscani di età compresa tra i 18 e i 22 anni relativamente a ciascuna classe pressoria, come riportato nella tabella successiva:

Pressione arteriosa	% pop. 18-22 anni
Ottimale	32,4-36,7
Normale	28,4-32,5
Normale Alta	22,8-26,7
Iperensione Stadio I	0,2-0,9
Iperensione sistolica isolata	8,6-11,3

Dalla tabella si può facilmente desumere che circa un terzo della popolazione di giovani adulti presenta un rialzo pressorio che predispone a future patologie cardio e cerebrovascolari, per fattori determinanti che sono attualmente oggetto di valutazione. Per ora il Consiglio sanitario regionale ha in corso di progettazione interventi di marketing sociale utili a promuovere nella popolazione la consapevolezza dell'utilità di periodici controlli della pressione arteriosa, fin dalle età giovanili.

## CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

in caso di somministrazione della Ru486, tutela meglio, rispetto a un day hospital, la donna stessa.

Per chiarire, muoviamo intanto dal considerare il "bene protetto" nella fattispecie. Esso è indubbiamente la salute della donna la quale, sussistendo i presupposti di cui alla legge 194/78, decide di interrompere la gravidanza. È a questo che si deve unicamente guardare.

Ora, sulla scorta dei dati scientifici (osservazionali) più accreditati che abbiamo avuto modo di conoscere, sulla scorta della stessa determinazione dell'Aifa (del 24 novembre 2009) che autorizzava l'immissione in commercio del farmaco, al di là di ogni dietrologia, ci pare sufficientemente chiaro che l'Ivg farmaceutica presen-

ti, a oggi, rischi per la salute della donna più importanti rispetto alla soluzione chirurgica.

Occorre poi considerare che il day hospital per l'Ivg chirurgica è consentito dalla contestualità che si dà tra intervento medico ed espulsione del "prodotto del concepimento" (peraltro, non una bella espressione), contestualità che non può evidentemente darsi nella soluzione farmacologica. Così pure, se certo non può imporsi una degenza alla stregua di un "trattamento sanitario obbligatorio", riterremmo doveroso, se non altro per il principio di precauzione, ricordare che la degenza e il ricovero ordinario si pongono come opzione preferenziale, la cui negazione si ripercuote altresì sulla necessaria farmacovigilanza.

Un aspetto, quest'ultimo, su cui non si è ancora abbastanza meditato, soprattutto per ciò che essa - la farmacovigilanza - è chiamata a produrre in termini di miglioramento della pratica clinica.

Infine riteniamo utile una precisazione: chi scrive ritiene di appartenere a coloro che - una folla compagna - sono davvero preoccupati della deriva culturale che può essere provocata da una banalizzazione dell'aborto. Tuttavia, mai potrebbero pensare che è sottoponendo la donna alla soluzione più "dolorosa" che tale banalizzazione si combatte.

\* Esperto della Crb Toscana  
\*\* Ematologo, membro del Crb Toscana

## Così si rispetta l'autonomia... (segue dalla prima pagina)

hanno rilevato i rischi paventati dal Consiglio superiore.

Il parere del Csr, formulato insieme alla Commissione regionale di bioetica, sceglie il regime di day hospital come il più confacente, anche per la doverosa attenzione all'uso delle risorse, fatte salve situazioni particolari. La scelta deve sempre essere consensuale: il medico ha la libertà di proporre, la donna decide ma mai deve essere lasciata sola in momenti così drammatici.

La filosofia che ha ispirato il Csr e la Crb si fonda su due principi etici basilari. Da un lato il rispetto dell'autonomia del cittadino che non può essere obbligato a subire alcun trattamento sanitario, dall'altro il rifiuto di ogni pressione politica o legislativa nel rapporto tra medico e pa-

ziente. Si attua il dettato della Corte costituzionale: il medico decide secondo le *leges artis* e opera se vi è il consenso del paziente.

Le linee guida toscane quindi differiscono da quelle ministeriali. E lo fanno anche su un altro delicato punto. Il ministero avverte la donna che se esce volontariamente di fatto rinuncia all'aborto e non ha più nulla da chiedere all'ospedale. Una dichiarazione stupefacente sul piano etico e umano, contraria alla deontologia professionale. Il gruppo di lavoro del ministero era presieduto dalla sottosegretaria e composto da cinque dirigenti ministeriali più il generale dei Carabinieri comandante i Nas.

\* Vicepresidente Csr

**SSR AI RAGGI X** Una nuova organizzazione che ottimizza il percorso operatorio

# Pistoia: week surgery al via



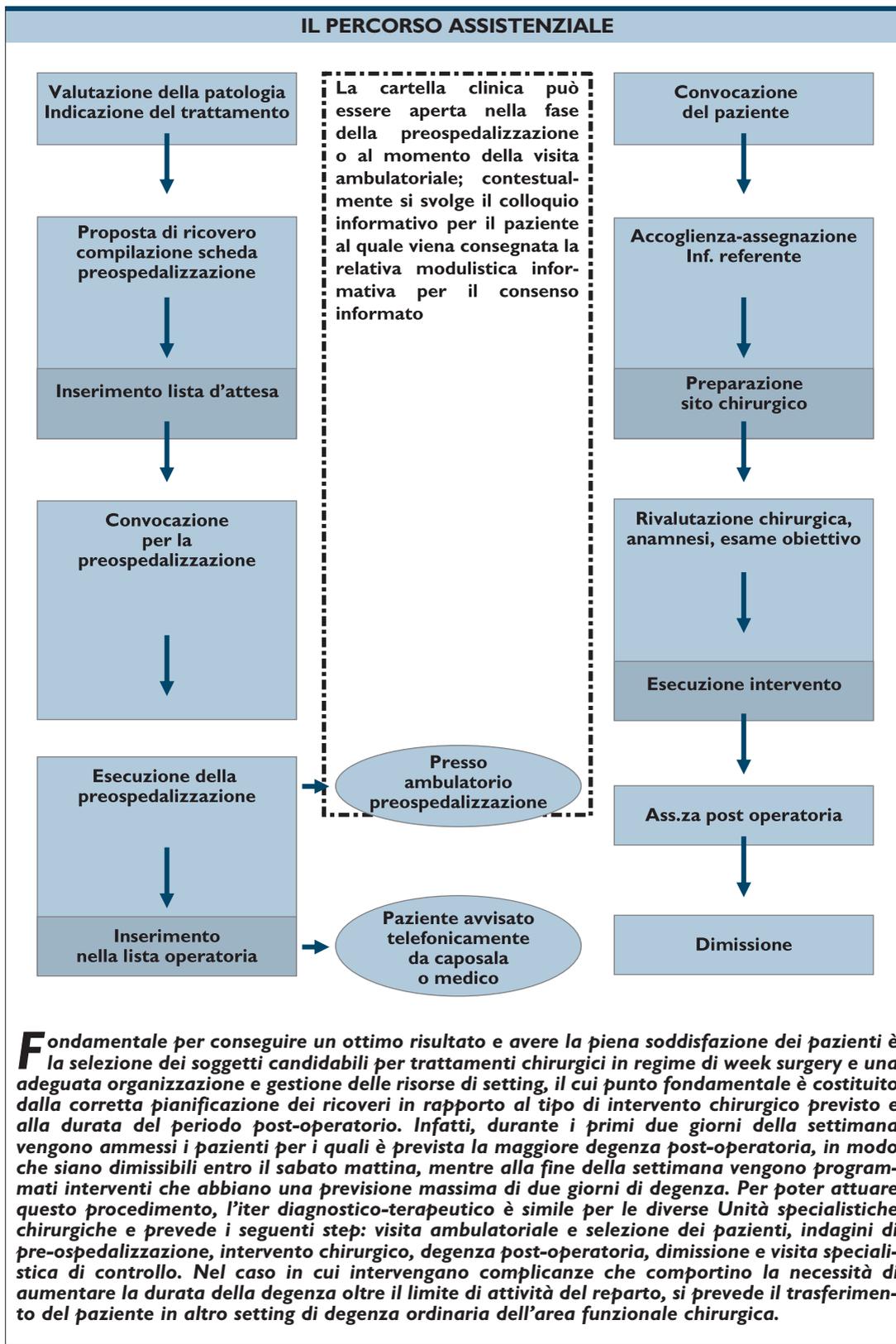
**Il setting assistenziale riguarda 22 posti letto - Previsti 2mila interventi**

La week surgery di area funzionale chirurgica diretta dal Sandro Giannessi è ormai pienamente operativa anche nel presidio ospedaliero di Pistoia. In pratica è stato realizzato un nuovo setting assistenziale, per un totale di 22 posti letto, per quei pazienti che devono effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, con una degenza breve che non potrà protrarsi per più di cinque giorni. La caratteristica del settore week surgery è, infatti, quella di restare aperto dal lunedì al sabato mattina; i pazienti che non potranno essere dimessi verranno trasferiti presso la degenza ordinaria all'interno della stessa area chirurgica. Il nuovo setting assistenziale affianca, e integra, la day surgery (chirurgia di un giorno), già da molti anni presente nell'ospedale di Pistoia.

Con l'apertura della week surgery si completa il processo di riorganizzazione dell'area chirurgica per intensità di cure con l'attività non più impostata per reparti differenziati ma secondo le modalità assistenziali, la durata del ricovero e la tipologia del ricovero stesso. Sono stati previsti sei setting assistenziali: quattro per la degenza ordinaria dedicati alla patologia chirurgica maggiore, o di urgenza, uno di day surgery e uno di week surgery. «Il superamento delle schemi tradizionali delle unità chirurgiche - spiega la Cinzia Lupi, direttore dell'ospedale - è stato possibile grazie all'impegno di tutto il personale, medico e infermieristico, che ora lavora condividendo competenze, professionalità e risorse. In particolare la week surgery si è sviluppata grazie al sempre più diffuso impiego, nella nostra chirurgia, delle tecniche chirurgiche mininvasive e anesteziologiche che consentono una degenza più breve e un più rapido recupero delle funzioni con una diminuzione dello stress emotivo del paziente e dei disagi legati al ricovero. Inoltre - sottolinea Lupi - la nuova organizzazione si realizza anche nella prospettiva del nuovo ospedale di Pistoia che sarà pronto alla fine del 2012».

E infatti nell'ottica dell'articolazione delle degenze per intensità di cure e per favorire la multidisciplinarietà le strutture afferenti alla week surgery sono: chirurgia generale, chirurgia vascolare, ginecologia, urologia, otorinolaringoiatria, ortopedia, oculistica, dermatologia e radiologia, oncologia interventistica. Gli interventi più comunemente eseguiti in week surgery sono: ernie e laparoceli, resezioni transuretrali di neoplasie prostatiche e vescicali, colecistectomia laparoscopica, patologia mammella e patologia proctologica, interventi sulla carotide e di varici arti inferiori, laringoscopia e interventi sulla tiroide e parotide, correzione dell'alluce valgo, interventi in artroscopia su spalla e ginocchio e ricerca linfonodo sentinella per il melanoma.

Nel solo presidio ospedaliero di Pistoia in un anno sono stati effettuati circa 2mila interventi che hanno avuto una degenza compresa tra i 2 e i 5 giorni; la presenza media giornaliera di pazienti è stata pari a circa 22-24 posti letto. Si prevede pertanto che a regime presso la week surgery



**Fondamentale per conseguire un ottimo risultato e avere la piena soddisfazione dei pazienti è la selezione dei soggetti candidabili per trattamenti chirurgici in regime di week surgery e una adeguata organizzazione e gestione delle risorse di setting, il cui punto fondamentale è costituito dalla corretta pianificazione dei ricoveri in rapporto al tipo di intervento chirurgico previsto e alla durata del periodo post-operatorio. Infatti, durante i primi due giorni della settimana vengono ammessi i pazienti per i quali è prevista la maggiore degenza post-operatoria, in modo che siano dimissibili entro il sabato mattina, mentre alla fine della settimana vengono programmati interventi che abbiano una previsione massima di due giorni di degenza. Per poter attuare questo procedimento, l'iter diagnostico-terapeutico è simile per le diverse Unità specialistiche chirurgiche e prevede i seguenti step: visita ambulatoriale e selezione dei pazienti, indagini di pre-ospedalizzazione, intervento chirurgico, degenza post-operatoria, dimissione e visita specialistica di controllo. Nel caso in cui intervengano complicanze che comportino la necessità di aumentare la durata della degenza oltre il limite di attività del reparto, si prevede il trasferimento del paziente in altro setting di degenza ordinaria dell'area funzionale chirurgica.**

## Verso l'ospedale per intensità di cure

Sia in ottemperanza alle disposizioni della legge regionale (n. 40/2005), che disciplina l'organizzazione del Servizio sanitario regionale, sia in previsione del trasferimento delle attività del Ceppo nel nuovo presidio ospedaliero, l'Azienda Usl 3 ha predisposto il progetto di riorganizzazione delle aree di degenza e ambulatoriale chirurgiche dell'ospedale in maniera tale da favorire la multidisciplinarietà dell'assistenza, la presa in carico multiprofessionale e da strutturare l'attività ospedaliera chirurgica in diversi livelli secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. Il nuovo scenario, determinato da questa riorganizzazione, attualmente prevede sei setting assistenziali: quattro per la degenza ordinaria dedica-

ti alla patologia chirurgica maggiore, o di urgenza, uno di day surgery e uno di week surgery per un totale di 118 posti letto. I miglioramenti ottenuti dalla riorganizzazione operata sono stati numerosi.

In generale sono stati ottimizzati i percorsi assistenziali con la centralizzazione delle attività ambulatoriali e in particolare si è ottenuta la progressiva connotazione del padiglione Cassa di Risparmio come padiglione dell'Area medica, del padiglione Lazzereschi come padiglione a Ciclo diurno, essenzialmente dell'Area chirurgica (fatta eccezione del Dh medico), del padiglione Nuove degenze come padiglione di Area chirurgica e del padiglione Blocco operatorio come padiglione di Area materno infantile. Le ristrutturazioni hanno anche migliorato il comfort e la sicurezza, sia per i pazienti che per gli operatori.

si potranno effettuare tra i 1.500 e i 2mila interventi all'anno, con una presenza media giornaliera di 20-22 pazienti.

Le attività assistenziali sono assicurate da un pool composto da 10 infermieri e 2 operatori socio-sanitari (Oss), diretti attualmente dalla coordinatrice di area infermieristica Erica Gualtieri. Merita di essere rimarcata la duttilità e l'applicazione del gruppo infermieristico e di supporto (operatori socio-sanitari), della week surgery e più complessivamente di tutta l'area funzionale chirurgica, che nell'arco della giornata si misura con pazienti di pertinenza di diverse specialità chirurgiche, assicurando un'attenta valutazione e presa in carico dei bisogni assistenziali dell'utenza, applicando piani di cura personalizzati, tramite il ricorso a procedure e percorsi assistenziali predefiniti e condivisi. Questo modello favorisce infatti proprio l'unificazione del livello organizzativo dell'assistenza, differenziato in base ai bisogni dell'utente e non più per settore nosologico, in maniera tale da favorire la continuità delle cure intraospedaliere e la rete con il territorio di riferimento. «È quindi fondamentale - aggiunge Rosy Raffaelli, direttrice professioni infermieristiche e ostetriche - lo sviluppo della competenza infermieristica in quanto gli ambiti assistenziali sono diversificati: si va dai bisogni che scaturiscono dalla chirurgia mininvasiva a quelli più complessi come gli interventi di oncologia che richiedono capacità professionali tali da esprimere oltre alla parte più pratica e tecnica quella relazionale e di aiuto orientate alla concreta e completa presa in carico della persona».

La week surgery è stata realizzata al primo piano del Padiglione "nuove degenze" nei locali prima occupati dalla urologia. Sono stati effettuati interventi di adeguamento per accogliere le nuove funzioni. Le camere sono tutte con bagno a 1, 2 o al massimo 3 posti letto. Gli ambienti sono stati tutti rinnovati, anche con nuovi arredi. È inoltre presente un'ampia e luminosa sala soggiorno.

Da questa nuova organizzazione delle degenze si attendono benefici per il paziente e per l'intero sistema socio-sanitario. Tra i vantaggi più importanti ci sono degenze ospedaliere più brevi, ridotto allontanamento dall'ambiente familiare e scarsa alterazione delle normali abitudini di vita, precoce mobilitazione e rapida ripresa dell'attività lavorativa, maggiore attenzione individuale e personalizzazione dell'assistenza in un ambiente confortevole nel quale i bisogni dell'utenza hanno un livello di intensità uniforme.

Aspetti da non sottovalutare sono, inoltre, una contrazione dei costi per unità di degenza e una più appropriata possibilità di gestione dei posti letto in una logica di aree funzionali. Complessivamente si assiste a una razionalizzazione dell'attività chirurgica con risvolti economici positivi, dati principalmente dalla diminuita necessità di personale infermieristico che può essere opportunamente reimpiegato nei settori con livello di assistenza superiore.

DOCUMENTI Al via le linee guida regionali con i criteri di ammissibilità ed esclusione delle pazienti e le informazioni da garantire



# Aborto farmacologico, ecco la guida all'uso

Stabilito il protocollo operativo con tutte le indicazioni su farmaci, sintomi, permanenza a casa e visita di controllo

## IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

**Pubblichiamo le linee guida della Regione Toscana sull'ivg con metodo farmacologico: integrazioni ai criteri e modalità di esecuzione contenuti nel documento del 2005».**

**IVG CON METODO FARMACOLOGICO: INTEGRAZIONE AI CRITERI E MODALITÀ DI ESECUZIONE CONTENUTI NEL DOCUMENTO DEL 2005**

### Riferimenti normativi e clinico-scientifici

Legge 194, maggio '78 con particolare riferimento agli art. 4, 5 e 8, nonché applicazione dell'articolo 15, con riferimento all'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose.

Aifa. Ru 486: CdA delibera autorizzazione alla commercializzazione. Comunicato 120, 30/7/2009

Parere Consulta deontologica nazionale Fnomceo 12 marzo 2010  
Parere Consiglio Superiore di Sanità XLVII del 18 marzo 2010

### Schemi di trattamento

Il metodo farmacologico per l'interruzione della gravidanza prevede l'uso di una dose di mifepristone (anti-progestosterone) seguita da una o più dosi di prostaglandine, per via orale o vaginale. L'associazione mifepristone/misoprostolo rappresenta la modalità più diffusa.

Lo schema proposto dai produttori del mifepristone e approvato da Fda (Food and drug administration) e Aifa è il seguente:

- 600 mg di mifepristone orale seguita, dopo circa 48 ore, da 400 µg di misoprostolo orale.

Il Sanitario che esegue il trattamento può optare per altri schemi di trattamento (attualmente in corso di validazione) come a esempio:

- 200 mg di mifepristone orale seguito 1-3 giorni dopo da misoprostolo 800 µg vaginale. Se l'aborto non è completato si può prevedere una successiva dose di prostaglandine.

- Altri schemi di associazione di mifepristone con misoprostolo o gemprost, sono stati proposti allo scopo di migliorarne l'efficacia, la riduzione degli effetti collaterali, la compliance e l'accettabilità da parte della donna.

● Da ricordare che il misoprostolo non è registrato per l'induzione dell'aborto e

quando lo si impiega come farmaco off-label, se ne deve ottenere il consenso da parte della paziente. Per il gemprost la casa produttrice ne prevede invece l'indicazione.

● Il trattamento deve essere eseguito in regime di assistenza ospedaliera disponibile 24 ore su 24.

### Criteri di ammissibilità al trattamento

- Gravidanza in utero con datazione ecografica fino a 49 giorni;
- Documento o certificato di richiesta ivg secondo le modalità previste dalla legge 194;
- Consenso informato, debitamente compilato e firmato;
- Possibilità, da parte della donna, di potersi rivolgere tempestivamente a una struttura ospedaliera in caso di bisogno e di effettuare una visita di controllo successiva, dopo circa 14 giorni.

### Criteri di esclusione

**Clinici** - Sospetto di gravidanza extrauterina o di masse annessiali non precedentemente diagnosticate; - Iud; - Terapia corticosteroidica in atto da lungo tempo; - Insufficienza surrenalica cronica; - Anemia grave; - Porfiria; - Disturbi della coagulazione e trattamenti in corso con anticoagulanti; - Intolleranza o allergia al mifepristone o al misoprostolo; - Malattia epatica, renale o respiratoria severa; - Iperensione non controllata; - Malattia cardiovascolare (angina, valvulopatie, aritmie, scompenso cardiaco); - Convulsioni non controllate; - Iperipressia da causa non determinata.

**Non clinici** - Persone che non comprendono le istruzioni per problemi linguistici (nonostante l'attivazione di mediatori culturali) o altre barriere; - Persone eccessivamente ansiose e preoccupate dallo sviluppo della sintomatologia che accompagna l'aborto (emorragie, dolori, nausea...); - Persone che non possono ritornare ai controlli previsti.

### Indicazioni particolari

- problemi psicologici a sottoporsi a intervento chirurgico;
- allergie a farmaci anestetici;
- difficoltà anatomiche di accesso alla cavità uterina.

### Protocollo operativo

La valutazione preoperatoria, eseguita secondo le modalità organizzative di ogni singolo presidio, prevede:

- anamnesi, visita e valutazione ecografica;

- verifica della corretta documentazione; - colloquio, informativo sulla procedura e compliance, acquisizione del consenso;

- esame emocromocitometrico e determinazione dell'emogruppo;

- **Giorno 1:**

- assunzione di mifepristone;

- pretrattamento con Immunoglobuline anti D nelle donne Rh negative

- **Giorno 3 o al momento della somministrazione delle prostaglandine:**

- valutazione dell'evoluzione del caso (aborto atteso 2-3% dei casi);

- somministrazione di prostaglandine; - periodo di osservazione di circa 3 ore (aborto atteso nel 50-60% dei casi);

- valutare eventuale uso di una seconda somministrazione di prostaglandine per le donne che non hanno ancora abortito;

- dopo un ulteriore periodo di osservazione se l'espulsione non è avvenuta viene proposto un intervento di Rc, in alternativa a un periodo di atte-

sa fino a 14 giorni (aborto atteso nel 95-98% dei casi);

- prescrizione di farmaci sintomatici, con particolare riferimento agli antidolorifici (paracetamolo, ibuprofene, codeina).

- **Controllo dopo circa 14 giorni:**

- visita ed ecografia transvaginale;

- esame emocromocitometrico, se ritenuto opportuno.

### Informazioni da fornire alla paziente

Le note sotto riportate non sostituiscono il colloquio con il medico che esegue il trattamento

- l'interruzione di gravidanza avverrà come previsto dalla legge n. 194 del 22 maggio 1978;

- l'anonimato e la privacy verranno tutelati esattamente come per l'aborto chirurgico;

- tutte le persone, con cui la donna viene in contatto, sono tenute al segreto professionale e d'ufficio.

### Differenze tra aborto chirurgico e aborto medico

L'interruzione di gravidanza, è legale in Italia dal 1978 ed è regolata dalla legge n. 194/78, le cui modalità sono integralmente applicate anche in questo caso.

Fino a ora l'unico metodo abortivo utilizzato in Italia è stato quello chirurgico, che prevede solitamente di eseguire lo svuotamento chirurgico dell'utero in anestesia generale (dilatazione strumentale del collo dell'utero con isterosuzione e/o raschiamento). Esso di norma viene

eseguito dopo la 7ª settimana. In alternativa, da oltre 10 anni, è possibile interrompere la gravidanza con metodi farmacologici. Il mifepristone (RU 486) è il farmaco attualmente utilizzato in quasi tutti i paesi del mondo, ove l'aborto è legale.

In Europa sono centinaia di migliaia le donne che hanno abortito volontariamente con questo metodo.

L'aborto medico è considerato dall'Organizzazione mondiale della Sanità un metodo sicuro ed efficace.

Il ricorso all'aborto medico costituisce una possibilità tecnica in più rispetto a quella chirurgica, può essere utilizzata con successo entro il 49 giorno ed è in grado di venire incontro alle esigenze delle donne che lo richiedono e di evitare i rischi specifici connessi con l'intervento chirurgico.

Il percorso da seguire rimane pertanto quello indicato dalla legge 194, senza differenza alcuna.

### Farmaci

Deve essere fornita informazione sui farmaci utilizzati; il meccanismo d'azione, la posologia e le modalità di assunzione. La donna deve inoltre essere informata che verrà provocato un aborto simile all'aborto spontaneo e che in circa il 95-98% dei casi non sarà necessario alcun trattamento chirurgico.

- Un mal di testa si può verificare dal 2 al 30% dei casi.

- Nausea (40-60%) e vomito (20%) possono essere presenti.

- La diarrea (10-20%) è transitoria.

- Un rialzo febbrile inferiore a 38 gradi è normale.

Il dolore e gli altri sintomi si riducono dopo l'avvenuto aborto.

### Informazioni particolari

Circa 2-5 donne su 100 dovranno essere sottoposte a un "raschiamento" per completare l'interruzione o per bloccare

perdite ematiche eccessive. Raramente può accadere che la gravidanza prosegua con un rischio aumentato di malformazioni fetali alla nascita; in questo caso sarà necessario valutare attentamente l'ulteriore prosecuzione della gravidanza.

In alcuni casi le perdite ematiche e il dolore insorgono già dopo l'assunzione del mifepristone (giorno 1) e l'aborto può già avvenire in circa il 2-3% dei casi.

Successivamente, la paziente assumerà le prostaglandine. Circa il 50-60% delle donne abortirà entro tre ore. Negli altri casi si potrà assumere un'altra dose di prostaglandine. Nel 20-25% dei casi l'aborto avverrà entro 24 ore e nel 10% dei casi successivamente.

**Quali sintomi**

- Dolori crampiformi addominali di tipo mestruale, un po' più forti, durante il periodo in cui avverrà l'espulsione del prodotto abortivo e dei coaguli. Il 20-30% delle donne non avverte alcun dolore, il 50-60% accusa dolori sopportabili, mentre il 20-30% delle donne ha bisogno di antidolorifici.

- Un mal di testa si può verificare dal 2 al 30% dei casi.

- Nausea (40-60%) e vomito (20%) possono essere presenti.

- La diarrea (10-20%) è transitoria.

- Un rialzo febbrile inferiore a 38 gradi è normale.

Il dolore e gli altri sintomi si riducono dopo l'avvenuto aborto.

È comunque importante che la donna sia consapevole di poter contattare la struttura ospedaliera di riferimento 24 ore su 24 per ogni necessità.

Nell'1% circa dei casi può essere necessario un raschiamento d'urgenza.

Nel 5% circa dei casi può essere necessario un raschiamento al controllo dopo due settimane.

A questo scopo verrà fornito un numero di telefono a cui rivolgersi per comunicazioni ed eventuali consigli.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

(segue da pagina 4)

Prima di lasciare l'ospedale verranno indicati i farmaci da assumere in caso di bisogno.

**Perdite di sangue**

Le perdite ematiche (emorragia) sono analoghe a quelle che si verificano in un aborto spontaneo e sono paragonabili a quelle dei giorni in cui il flusso mestruale è maggiore ("mestruazioni abbondanti").

Per valutare oggettivamente l'emorragia occorre confrontarla con la propria emorragia mestruale. Il flusso sarà abbondante con dolori e perdite di "coaguli" per alcune ore, dopo aver avuto delle perdite di sangue più scarse di prima.

Le perdite di sangue più ridotte (minori di un flusso mestruale) continueranno per alcuni giorni (in media 9 giorni).

La paziente dovrà preoccuparsi se, in qualsiasi momento, in due ore consecutive, avrà cambiato quattro assorbenti "maxi" o "large" (del tipo "flussi abbondanti" o "per la notte") o se riterrà che le perdite siano eccessivamente abbondanti. In questo caso potranno esserle prescritti dei farmaci e nell'1-3% dei casi sarà necessario un raschiamento.

**Durante la permanenza a domicilio**

Le caratteristiche con cui avviene l'espulsione del materiale abortivo non sono dissimili da un forte flusso mestruale, per cui la paziente non ha bisogno di assistenza e può affrontare da sola le situazioni che dovessero verificarsi.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

È opportuno ricordare che anche se il medico di turno è obiettore (circa il 60% questi è comunque tenuto per legge e per deontologia a dare la necessaria assistenza medica conseguente.

## IL PARERE DELLA COMMISSIONE REGIONALE DI BIOETICA

# «Non si può limitare la libera scelta delle donne tra le diverse pratiche»

No all'obbligo di ricovero ordinario: il medico prospetta il percorso più appropriato

**Pubblichiamo il parere n. 1 del 2010, adottato nella seduta del 7 luglio scorso dalla Commissione regionale di bioetica sulle modalità d'impiego della pillola abortiva Ru 486 nelle IvG richiesto dal settore assistenza sanitaria della direzione generale Diritto alla salute della Regione Toscana.**

### PARERE 01/2010

(Seduta del 07 luglio 2010)

Vista la Lr 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale" e successive modifiche e integrazioni;

Vista la deliberazione di Consiglio regionale n. 121 del 21 novembre 2006 "Commissione Regionale di Bioetica nomina dei componenti" e successive modificazioni e integrazioni;

Visto il regolamento della Commissione regionale di Bioetica approvato con Dpgr n. 7/R del 18/02/2008;

Vista la richiesta di parere, pervenuta in data 01/04/2010 dal Settore assistenza sanitaria della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà della Regione Toscana, su "Considerazioni sul parere del Consiglio superiore di Sanità espresso in data 18 marzo 2010 in materia di farmaco Ru-486";

Dato atto che la Commissione regionale di Bioetica nella seduta del 12 maggio 2010 ha dichiarato la sua volontà a esprimersi e a tal proposito ha deciso di costituire un apposito gruppo di studio;

Avendo esaminato i risultati del lavoro del gruppo di studio e considerati i contributi pervenuti dagli altri componenti della Commissione;

L'Assemblea, validamente riunitasi in data 7 Luglio 2010, ha approvato

### Il seguente parere

La Commissione regionale di Bioetica, analizzato il testo del Parere espresso dal Consiglio superiore di Sanità in data 18 marzo 2010 sul farmaco Ru-486, valutando di avere competenza unicamente sulle implicazioni etiche e deontologiche della materia oggetto del parere, ha espresso le considerazioni che seguono.

Come già specificato per ambiti di analogia valenza in precedenti pareri della Commissione regionale di Bioetica, deve in primo luogo essere ribadito come anche la scelta della metodica farmacologica di interruzione volontaria della gravidanza (IvG), così come ogni altra opzione o procedura di diagnosi e terapia, non possa che essere pertinenza esclusiva del processo deliberativo che ha luogo, caso per caso, all'interno della relazione tra medico e paziente. Anche nel caso specifico è necessario che nessuna norma vincolante sia posta per limitare la libera scelta tra le differenti pratiche che deve poter essere condotta in autonomia e, in ultima analisi, essere affidata alla libera adesione della donna, previa completa, puntuale ed esaustiva informazione della stessa da parte del medico, il quale rimane sempre responsabile ultimo dell'appropriatezza e della sicurezza della procedura da porre in essere.

È dunque fondamentale che sia effettivamente garantita alla donna che richieda l'IvG la possibilità di una scelta libera e consapevole e non già influenzata da opzioni normative o di carattere organizzativo orientate a soluzioni operative, peraltro non necessarie e solo erroneamente valutate come vincolanti. Tale libertà è tuttavia condizionata alla più completa e comprensibile informazione resa alla donna sulle differenti strategie abortive e sulle relative modalità della loro effettuazione, così come anche previsto all'art. 14 della legge 194/1978. È utile in proposito ricordare quanto è stato autorevolmente sostenuto dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 438/2008) per la quale "la circostanza che il consenso informato trovi il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione". Ne discende il dovere per il medico di informare la donna che a oggi, in

eseguite, in ambito ospedaliero, anche in regime diverso da quello del ricovero ordinario (il 95,7% delle IvG in Toscana hanno previsto una degenza inferiore a un giorno\*), così come molti altri interventi per i quali tale forma di assistenza garantisce sicurezza delle prestazioni e adeguata cura per il paziente. Parimenti l'informazione deve chiaramente esplicitare che anche l'IvG farmacologica può essere subordinata al ricovero fino alla verifica del completamento del processo abortivo e che, tuttavia, tale ricovero non deve essere inteso nella sola condizione della degenza a ciclo continuo. Certamente nel regime di assistenza utilizzato per la IvG chirurgica si realizza una perfetta contestualità tra intervento medico e conclusione del processo abortivo, in tempi più rapidi e certi rispetto alla metodica farmacologica che ha tempi più lunghi e meno definiti per quanto riguarda la fase espulsiva; tuttavia, nell'ambito di un ricovero in Day hospital, che non rende obbligatoria la degenza notturna in ospedale, è comunque possibile garantire la continuità assistenziale alla donna in tutte le fasi della IvG medica, tanto che la chiusura della relativa Sdo avviene solo con l'accertamento dell'avvenuto completamento della procedura abortiva. Evidentemente la responsabilizzazione e il coinvolgimento della donna sono maggiori in questa metodica, aspetto che con chiarezza deve essere espresso alla donna nel processo informativo finalizzato al consenso informato, ai fini di garantire, oltre che la sicurezza e l'integrità psicologica della stessa, anche le necessarie procedure di farmacovigilanza. Peraltro una attenta lettura della legge 194/1978 permette di osservare quanto disciplinato all'articolo 8 che prevede, tra le altre cose, che la IvG possa attuarsi anche presso "poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati" purché "funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione".

Anche alla luce di queste considerazioni, un ricovero ospedaliero a ciclo continuo con degenza notturna imposto alla donna dalla legge, non può che apparire paradossale e ovviamente inattuabile, non essendo possibile se non nei termini del trattamento sanitario obbligatorio non certo contemplabile in questo ambito: è comunque da evitare che la scelta sia demandata alla sola ed esclusiva responsabilità della donna mediante la sua dimissione volontaria, a cagione dell'assistenza che un ricovero in Day hospital, seppur senza degenza notturna, è comunque in grado di garantire. La Commissione inoltre raccomanda che non vadano perse, con la metodica medica di IvG, le soluzioni più efficienti e tutelanti per la salute e la dignità della donna già individuate nel percorso compiuto in questi anni per la gestione delle pratiche di IvG, che devono essere egualmente garantite e certamente implementate, così come richiesto dalla stessa legge 194/1978 (art. 8 e art. 14): gli indirizzi applicativi della IvG farmacologica rischiano infatti di imbattearsi, nelle singole realtà locali, in nuovi disagi come, ad esempio, il ricovero ordinario nei reparti di ostetricia per le donne che devono praticare una IvG, le quali invece, almeno nelle organizzazioni migliori, sono a oggi indirizzate in percorsi differenti e separati rispetto a quelli dedicati alla nascita.

In considerazione delle riflessioni che precedono, dunque, la Commissione non ravvisa la necessità della statuizione di vincoli aggiuntivi per il medico verso scelte operative precostituite, ritenendo invece che sia da tutelare la libertà per quest'ultimo di prospettare alla donna il percorso che ritiene più appropriato, all'interno di un processo deliberativo che contempli, per ciascun caso, rischi e vantaggi di tutte le possibili opzioni: ciò ovviamente rigorosamente nei limiti e secondo le modalità di quanto previsto dalla Legge 194/1978 e sempre nel rispetto di un uso etico delle risorse.

Questo ultimo punto era già stato valutato dalla Commissione Regionale di Bioetica come rilevante sotto il profilo etico nel parere del 15 gennaio 2003: in tale parere si annoveravano, tra i vantaggi di una allora solo prefigurabile immissione in commercio in Italia del farmaco Ru-486, i possibili risparmi derivanti da una minore ospedalizzazione che tale metodica avrebbe potuto comportare. Un uso improprio del ricovero ordinario, infatti, di cui oggi il medico è costantemente chiamato a rispondere in tutti i settori della clinica, non può che esacerbare il conflitto tra la richiesta di tutelare la salute della donna che interrompe la gravidanza con il farmaco Ru-486 unicamente mediante il ricovero ordinario e il diritto alla salute di altre donne che, di quello stesso ricovero, potrebbero avere bisogno per condizioni più complesse e/o urgenti.

Dare una risposta coerente ed equa a tale conflitto è, per il medico e per l'organizzazione sanitaria, una responsabilità di carattere etico e non solo un impegno di tipo gestionale. ●

\* Relazione del ministro della Salute, sullo stato di attuazione della legge 194/78, 29 luglio 2009

Dati definitivi relativi al 2007

Sanità  
Toscana

direttore responsabile  
ELIA ZAMBONI  
coordinatore editoriale  
Roberto Turno  
comitato scientifico  
Aldo Ancona  
Susanna Cressati  
Sabina Nuti  
Luca Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 34 del 14-20 settembre 2010 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana  
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n.

**PREVENZIONE** A Firenze il punto sulle iniziative locali per il benessere dei pazienti



# Tutti a tavola con il celiaco

Iniziative col consorzio alberghiero - Linee guida per gli alimentaristi

«**G**uadagnare salute in Toscana: il celiaco e l'alimentazione fuori casa» è il titolo del convegno che si è svolto a Firenze il 1° luglio scorso, organizzato dalla Regione Toscana, l'Asl 10 di Firenze e l'Associazione italiana celiachia (Aic) della Toscana. Il convegno ha rappresentato un'occasione di confronto tra i principali soggetti coinvolti sul tema della celiachia, in particolare quelli pubblici, l'associazionismo e le imprese. Al centro dell'attenzione sono stati in particolare gli aspetti legati allo stato di applicazione della legge 123/2005, per ciò che riguarda le azioni dirette a garantire il diritto a un pasto senza glutine nella ristorazione pubblica e privata. Inoltre la definizione degli standard strutturali e gestionali necessari per garantire la sicurezza dell'offerta della ristorazione pubblica e dei laboratori artigianali dediti alla produzione di alimenti senza glutine e la promozione di un'idea di salute "globale" del soggetto celiaco.

L'iniziativa del convegno si collega con le azioni previste dal programma Guadagnare salute in Toscana-Rendere facili le scelte salutari, approvato dalla Giunta regionale toscana nel 2008. È importante che il celiaco si indirizzi verso scelte di vita salutari, seguendo un'alimentazione non solo sicura, ma anche equilibrata sul piano nutrizionale e gustosa. A oggi l'assunzione di alimenti senza glutine rappresenta l'unica modalità terapeutica che permetta al soggetto celiaco di mantenere un perfetto stato di salute. La necessità di seguire una dieta specifica rende difficile il pieno inserimento del celiaco nei vari ambienti di vita (scolastico, lavorativo, ricreativo...). Garantire un pasto privo di glutine rappresenta quindi per il celiaco non solo la condizione per stare bene fisicamente ma anche il presupposto per



impedire la marginalizzazione e l'esclusione dalle relazioni sociali.

In casa, la dieta senza glutine è garantita dalla "competenza" delle famiglie, istruite da medici, dietisti e dall'Aic; e facilitata dal numero e dalla qualità dei prodotti oggi disponibili, che consentono una dieta ricca e soddisfacente. Il celiaco, come tutti gli altri consumatori, è interessato alle modifiche degli stili di vita della società, e, come tutti, consuma oltre il 35 per cento dei suoi pasti fuori casa. Nel settore pubblico, nelle scuole, negli ospedali a garantire il celiaco è dal 2005 la legge n. 123, che per la prima volta stabilisce il diritto al pasto senza glutine nelle mense pubbliche.

Nei ristoranti, nelle pizzerie, nel-

le strutture ricettive e turistiche (oltre 2.000, consultabili sul sito [www.celiachia.it](http://www.celiachia.it)), l'Aic, che oggi rappresenta oltre 57mila celiaci, da 10 anni conduce un progetto di formazione e aggiornamento che ha dato ai celiaci la possibilità di muoversi tranquillamente fuori casa. L'Aic ha, quindi, assistito all'evoluzione dei bisogni di questa sempre crescente comunità, che è passata dal non avere prodotti sostitutivi per la dieta, che la diagnosi di celiachia impone, e non sapere dove reperirli, a chiedere la "normalizzazione" della vita del celiaco e della sua famiglia.

Al celiaco è importante garantire:

a) una distribuzione di prodotti non solo in farmacia (canale distri-

buto prevalente in Italia), ma anche nella grande distribuzione organizzata e in punti vendita specializzati;

b) una maggiore varietà di alimenti che rispecchi gli stili di vita prevalenti nella società attuale;

c) una sempre più ampia e diffusa conoscenza della celiachia in tutte le aree della società (opinione pubblica, industria, medicina, istituzioni);

d) il diritto e la garanzia al rispetto della dieta senza glutine, anche fuori dalle mura domestiche.

In questo contesto è importante il ruolo delle articolazioni organizzative di Igiene degli alimenti e della nutrizione delle aziende Usl, che dal 2005 hanno incrementato le azioni tese a incentivare una

maggiore conoscenza della malattia e a migliorare l'offerta di un pasto sano fuori casa senza glutine. Tali azioni, finanziate con i fondi ministeriali previsti dagli artt. 4 e 5 della L. 123 del 4 luglio 2005 e realizzate seguendo le indicazioni della Dgr 504/2008, sono coerenti con il progetto regionale «A tavola con la celiachia... per non farne una malattia». Tutte le attività realizzate sono state caratterizzate dalla collaborazione tra Aic Toscana, Asl e, in parte, Consorzio degli istituti alberghieri della Toscana (Cipat).

In particolare sono stati realizzati moduli formativi per operatori dell'attività di ristorazione e alberghiere, per i docenti degli istituti alberghieri toscani, nonché assegnati contributi a soggetti che hanno attuato progetti finalizzati a garantire e migliorare il servizio di erogazione di pasti senza glutine nell'ambito della ristorazione collettiva.

La Regione Toscana inoltre ha predisposto le linee guida per la vigilanza sulle imprese alimentari che preparano e/o somministrano alimenti con prodotti privi di glutine e destinati direttamente al produttore finale chiarendo i requisiti strutturali e gestionali necessari per una corretta attività di preparazione ed è a oggi impegnata nel regolamentare le produzioni artigianali senza glutine (pane, dolci, produzioni di panificazione non confezionate), finora non regolamentate, e la somministrazione dei pasti, aprendo a una più ampia diffusione dell'offerta al celiaco nel prossimo futuro.

**Maria Giannotti**

Direttore, Settore alimenti e veterinaria dell'Asl 11 Empoli

**Elisabetta Tosi**

Presidente Associazione italiana celiachia

## UN PROGETTO PER PASTI SALUTARI

### «Pranzo sano fuori casa» per 600mila

In Toscana almeno 600mila persone, concentrate per la maggior parte nei centri urbani, consumano abitualmente il pranzo fuori casa. Ma non basta nutrirsi, per mantenere una buona forma fisica e uno stile di vita salutare è indispensabile anche mangiare sano.

«Pranzo sano fuori casa» è un progetto della Regione Toscana che vuole aumentare la possibilità per chi mangia fuori casa di consumare un pasto gustoso, bilanciato dal punto di vista nutrizionale e di qualità. Inserito nel programma «Guadagnare salute in Toscana» - rendere facili le scelte salutari, il progetto nasce dalla collaborazione della Regione con le Asl e le centrali regionali di Unioncamere, Fipe Confcommercio, Fiepet Confesercenti, Comitato regionale dei consumatori e degli utenti, Centro tecnico per il consumo. Sono previste due fasi: la prima, in corso, indirizzata al coinvolgimento degli esercizi di ristorazione (bar, pizzerie, tavole calde ecc.) attraverso l'adesione a linee guida per ampliare l'offerta di un pasto sano consumato fuori casa. Seguirà poi l'approccio ai consumatori, per indirizzarli attraverso un'appropriata campagna di sensibilizzazione verso la scelta di pasti salutari.

Per chi gestisce un'attività di ristorazione, «Pranzo sano fuori casa» rappresenta l'occasione per andare alla ricerca e alla creazione di nuove propo-

ste gastronomiche attente ai bisogni di salute e di gusto dei propri clienti; e offrirà la possibilità, attraverso una campagna regionale di comunicazione, di raggiungere altri potenziali clienti attratti dall'offerta salutistica del locale. In altre parole l'opportunità di mettere in gioco professionalità e creatività per garantire piatti gustosi oltre che sani.

Occorre rispettare, da parte dei ristoratori aderenti, le indicazioni nutrizionali contenute nelle linee guida, e quindi offrire ai propri clienti un pasto vario, gustoso ed equilibrato; privilegiare prodotti di produzione locale, utilizzando frutta e verdura di stagione e alimenti preferibilmente freschi; preparare piatti, insalate e panini in modo semplice, nel rispetto della tradizione gastronomica toscana.

La campagna regionale di comunicazione ha l'obiettivo di dare tutta la visibilità necessaria al progetto. È prevista la segnalazione dei locali in un elenco pubblicato sul sito web del progetto, l'allestimento del locale attraverso l'uso di vetrofanie, locandine, apposita cartellonistica da esporre nelle vetrine; incontri informativi volontari e gratuiti, tenuti da chef insieme a esperti di nutrizione; materiale informativo e gadget per i clienti.

**Dario Rossi**  
Agenzia Toscana Notizie

## IN ARRIVO LE ADESIONI DEGLI OPERATORI

### Un «bollino blu» ai ristoratori Doc

«Pranzo sano fuori casa» sta muovendo i suoi primi passi; la costituzione della rete degli esercizi aderenti è in fase di attivazione e la loro operatività sarà segnalata da un marchio di riconoscimento esposto in vetrina. Cosa ne pensano dunque i diretti interessati?

«Questo progetto presenta elementi sicuramente interessanti per Fipe Confcommercio Toscana - commenta il suo presidente Aldo Cursano -. Mangiare sano fa bene alla salute e anche al portafoglio, in questo caso. Il consumatore è spesso distratto o frettoloso a causa dei ritmi frenetici della quotidianità, soprattutto se si tratta del pranzo, che viene fatto, ad esempio, durante la pausa del lavoro. Per questo, il ristoratore assume un importante ruolo sociale, accompagnando il consumatore nella scelta degli alimenti, educandolo e consigliandolo verso cibi freschi, stagionali, sani e non manipolati. In questo senso possiamo dire che la ristorazione può guidare l'utente verso un nuovo stile alimentare che fa bene alla salute.»

«Confesercenti Toscana, attraverso Fiepet, l'associazione di categoria che raggruppa i locali di somministrazione alimenti e bevande, bar, ristoranti, osterie, pizzerie, enoteche, paninoteche, ha aderito con piacere al progetto «Pranzo sano

fueri casa» promosso dalla Regione Toscana - afferma Santino Cannamela, presidente Fiepet Toscana -. L'iniziativa coglie nel segno perché si adopera per realizzare tre obiettivi di estrema attualità: fornisce utili suggerimenti ai consumatori che intendano effettuare una sana alimentazione, in occasione dei pasti veloci consumati fuori casa. Questa tipologia di pasti è in forte crescita negli ultimi anni, in conseguenza di modalità e tempi di vita e di lavoro diversi dal passato. Aiuta poi la valorizzazione dei prodotti di qualità, provenienti dalle produzioni locali, promuovendo in particolare il consumo di frutta e verdura freschi. Infine offre una opportunità di crescita professionale agli operatori del settore, mediante la realizzazione di specifici corsi di aggiornamento. La nostra associazione, attraverso le proprie strutture territoriali, è impegnata ad attivare, entro il più breve tempo possibile, una estesa rete di esercizi pubblici che condividano e applichino concretamente i principi e le indicazioni proposte con il progetto. I primi esercizi aderenti all'iniziativa saranno individuabili fin dal prossimo autunno».

**D.R.**  
Agenzia Toscana Notizie

LUCCA

Pet therapy: esperienza pilota nell'area psichiatrica e nell'handicap

# Così il cane aiuta il disabile



## Percorso educativo per 10 animali - Attività assistite per ragazzi e anziani

Si è concluso nei giorni scorsi il progetto pilota di Pet therapy per soggetti disabili, coordinato da Stefano Giurlani, veterinario dell'Asl 2 Lucca, realizzato grazie al contributo della Fondazione Cassa di risparmio di Lucca. L'iniziativa, che ha coinvolto vari servizi dell'azienda sanitaria lucchese tra cui l'unità funzionale Salute mentale adulti con la collaborazione dell'Associazione Oikos e l'unità operativa Assistenza sociale, è stata indirizzata a un gruppo di utenti in carico ai servizi dell'area psichiatrica e dell'handicap. Il progetto si è poi allargato coinvolgendo anche gli anziani inseriti in una struttura

del Comune di Lucca.

Il percorso, iniziato nel mese di gennaio 2010, si è svolto in tre fasi: la prima di selezione ed educazione di alcuni cani del canile per favorire l'avvicinamento da parte di soggetti diversamente abili; la seconda di socializzazione nei confronti del cane da parte degli utenti di tre strutture sanitarie diverse; la terza, nel corso della quale gli utenti di questi centri, avendo acquisito le nozioni e la sicurezza necessaria, si sono recati presso il canile per portare in sgambatura i cani precedentemente educati.

Nella prima fase, che si è svolta direttamente

al canile, sono stati scelti per l'avviamento al percorso educativo circa 10 cani, dei quali 8 sono stati già adottati, evidenziando come chi sceglie un cane "canilizzato" spesso preferisca comunque un soggetto che sappia le regole di base di una buona educazione. La seconda fase di socializzazione è stata sviluppata con cani appositamente preparati a svolgere una attività di Pet therapy (detta anche terapia o attività assistita dal cane) di proprietà di Elena Francesconi: Falbalà e Tikal, una golden retriever e una meticcina che sono state maestre nel dare fiducia agli utenti i quali, superando le proprie paure o

inabilità, si sono infine relazionati in maniera serena e autosufficiente, con grande soddisfazione non solo propria, ma anche degli operatori che li hanno affiancati.

«Si pensa di avviare - ha affermato Giurlani - un prossimo percorso di attività assistite mediate dal cane già dal mese di settembre, e ci auguriamo che i ragazzi e gli anziani che con tanta gioia hanno salutato i loro nuovi amici cani per la pausa estiva, presto li possano riavere vicini».

**Sirio Del Grande**  
Ufficio Stampa Asl 2 Lucca

PISA

## Epatopatie: medici vietnamiti a scuola di prevenzione e diagnosi precoce

Una delegazione di sei medici vietnamiti ha seguito da lunedì 30 agosto fino a mercoledì 1 settembre, un corso avanzato per la cura dell'epatopatia cronica e tumore del fegato a Cisanello, presso l'unità operativa di Epatologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana (Aoup), che è Centro di riferimento regionale per la diagnosi e il trattamento delle epatopatie croniche del tumore di fegato.

Così come le due delegazioni di epatologi cinesi giunte recentemente a Pisa, i medici vietnamiti sono interessati a conoscere l'organizzazione dall'Aoup e in particolare il modello di disease management sviluppato dall'unità operativa di Epatologia, che mira a garantire una cura precoce e personalizzata, con alta complessità specialistica, senza ricovero ospedaliero.

Il modello si basa sull'integrazione tra medici, infermieri, personale di laboratorio, e coinvolge direttamente il malato e il medico di famiglia attraverso un programma gestionale di information technology.

L'interesse dei medici vietnamiti è dovuto al fatto che nel

Sud-Est asiatico vive il 70% degli oltre 300 milioni di portatori cronici del virus di epatite B esistenti al mondo. Tale virus è la principale causa di cirrosi epatica e tumore del fegato; in particolare lo è la forma virale mutante antigene «e» difettiva, scoperta da Maurizia Rossana Brunetto, che dirige la Unità operativa Epatologia dell'Aoup. La malattia conseguente all'infezione di tale virus è subdola e asintomatica

per anni e si confonde con la condizione di portatore non attivo del virus, che non ha bisogno di cure e non deve essere trattato con antivirali.

La diagnosi differenziale tra portatore inattivo e malato a rischio evolutivo non è sempre facile, ma solo un trattamento precoce può garantire al malato un'aspettativa di vita normale. A Pisa è stato sviluppato un innovativo modello di diagnosi e cura personalizzata della malattia che scongiura il rischio di trattamenti inappropriati e garantisce appunto l'identificazione precoce della malattia.

**Emanuela del Mauro**  
Ufficio stampa Aou Pisa

FIRENZE

## Tecnici di radiologia e telemedicina: il ruolo di «amministratori di sistema»

L'Associazione Aitasit (Associazione italiana tecnici amministratori di sistema e telemedicina), fondata nel novembre 2009, organizza per sabato 25 settembre, presso l'Agenzia per la formazione a Empoli (Firenze), il suo I Convegno nazionale.

L'evento formativo avrà per titolo «Sistemi informatici in diagnostica per immagini: la normativa, la formazione, esperienze a confronto», e vedrà coinvolti Tsmr (tecnici sanitari di radiologia medica) esperti in qualità di amministratori di sistema, tutti provvisti di master universitario nel settore, i quali condivideranno esperienze e progetti di attività legate alla didattica, la ricerca e gli aspetti normativi.

L'avvento della Information technology (It) in diagnostica per immagini e dei suoi numerosi benefici, ha portato una profonda evoluzione non soltanto del mondo radiologico, ma anche del professionista tecnico di radiologia, rivestendolo di nuove competenze. Questa co-evoluzione di tecnologia e professionalità, ha dato origine a un nuovo sviluppo professionale del Tsmr: Il Tsmr «ammi-

nistratore di sistema», un professionista che si trova oggi ad affrontare numerose problematiche nel campo dei sistemi informatici in diagnostica per immagini.

L'incontro sarà quindi un'importante occasione non soltanto per far il punto su questo nuovo ambito della professione che li vede sempre più attori principali nel contesto di un corretto utilizzo delle risorse umane e informatiche, al fine di garantire quell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza in It, che rimane un diritto del paziente e un requisito imprescindibile nella moderna organizzazione sanitaria. Sarà inoltre momento per far conoscere al pubblico coinvolto l'Associazione, contesto utile nel definire una corretta e adeguata collocazione del Tsmr «amministratore di sistema» all'interno dell'organizzazione sanitaria e nella quotidianità del lavoro svolto nelle Unità operative o dipartimenti di diagnostica per immagini.

**Tiziano Tedeschi**  
Segretario Associazione italiana tecnici amministratori di sistema e telemedicina (Aitasit)

**Sistemi informatici per l'evoluzione della professione**

LIVORNO

## Cataratta: record toscano di velocità con operazioni chiuse entro 25 giorni

Con una media di venticinque giorni di attesa è livornese il record toscano di velocità per le operazioni alla cataratta. «Si tratta di un risultato sorprendente - ammette Monica Calamai, direttore generale dell'Asl Livorno - soprattutto se paragonato agli otto mesi necessari fino allo scorso anno. Il merito di questa svolta deve essere ripartito tra la nuova organizzazione che ha portato alla prenotazione tramite Cup degli interventi e la nuova guida del reparto di Oculistica che in pochi mesi è riuscita a riorganizzare una squadra di validi professionisti».

Dal primo febbraio scorso, infatti, l'Unità operativa è guidata da Marino De Luca che è riuscito non solo a introdurre tecniche innovative, come l'utilizzo dei microdrenaggi antiglaucoma o il laser impiegato per i difetti della vista degli astronauti della Nasa, ma anche ad azzerare molte liste di attesa.

«Da quando sono arrivato - spiega Marino De Luca, direttore dell'Unità operativa di Oculistica - mi sono preoccupato soprattutto di eliminare le code alle quali erano costretti molti pazienti. A oggi l'attesa media

per una cataratta, operazione che a Livorno riguarda circa 2.000 persone ogni anno, è di circa 25 giorni, ma in questo periodo estivo si arriva addirittura a una settimana. Per alcuni esami oramai fondamentali come la pachimetria corneale, ovvero la misurazione dello spessore della cornea, siamo passati da attese di mesi al raggiungimento del tempo reale con lo smaltimento "settimana per settimana" dei pazienti in lista».

A essere migliorata non è solo la quantità degli interventi, ma anche la qualità.

«Dal reparto di Oculistica - dice ancora Calamai - passano circa 25mila persone ogni anno tra visite, esami, interventi di pronto soccorso e operazioni. Tutto questo non sarebbe possibile senza una squadra ben affiatata composta dal primario e da 7 medici che certamente non si risparmiavano e riescono a tirare fuori il meglio da tutto il personale e dai mezzi messi loro a disposizione. Di tutto questo, ne sono convinta, anche i cittadini non possiamo che ringraziarli».

**Pierpaolo Poggianti**  
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

**Tecniche innovative hanno ridotto a un decimo i tempi**

IN BREVE

▼ EMPOLI

Sono ripartiti a pieno ritmo i corsi di attività fisica adattata (Afa) nelle palestre del territorio dell'Asl 11 che hanno aderito all'iniziativa. Nel 2010 gli iscritti sono stati oltre 6mila e i corsi 280. L'Afa consiste in programmi di esercizio non sanitari, svolti in gruppo (in media 17 partecipanti per 2 o 3 sedute di esercizio alla settimana), creati per cittadini con malattie croniche per modificare lo stile di vita per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità. Dal 2003, anno in cui sono stati inaugurati i primi corsi, l'Asl 11 ha registrato un costante aumento dei partecipanti. E significativo è stato il ruolo svolto dalle Società della Salute e dai medici di famiglia nella promozione dell'attività.

▼ LIVORNO

Una delegazione composta da medici provenienti dalla Norvegia all'Oman, dal Canada all'Ungheria, ha fatto visita ad alcune strutture sanitarie locali. Il passaggio in terra livornese fa parte del programma del Forum europeo per la cura primaria svolto nella sede del laboratorio Management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa per migliorare la salute della popolazione attraverso la promozione di un efficiente sistema di medicina generale. I medici hanno ascoltato il progetto per la riorganizzazione dei servizi territoriali della città, visitato il reparto di Cure palliative e hanno concluso il loro tour al nuovo centro socio-sanitario di Salviano dove si è parlato delle prospettive delle cure primarie.

▼ FIRENZE

Il 16 settembre presso l'ospedale S.Maria Nuova di Firenze il Cesda - Centro studi e documentazione sulle dipendenze e Aids - creato nel 1995 nell'ambito del Servizio per le dipendenze dell'Asl di Firenze e diretto dalla sociologa Mariella Orsi, presenta l'esperienza di 15 anni di attività. Il Cesda (www.cesda.net) coordina Reteceadro - Rete dei centri di documentazione sulle dipendenze della Toscana - (www.reteceadro.net) al quale aderiscono il Car-Regione Toscana (www.alcolonline.it), il Cedostar-Asl Arezzo (www.cedostar.it), il Cesdop-Provincia Lucca (www.cesdop.it) e Infofumo-Asl Siena (www.infofumo.it). I Centri costituiscono una risorsa importante per l'aggiornamento degli operatori e un punto di riferimento per amministratori, ricercatori, studenti e media.

CALENDARIO



AREZZO

Seminario «La riabilitazione precoce» alla Biblioteca dell'ospedale S. Donato per far conoscere i modelli di intervento e apprendere tecniche di conduzione di gruppi importanti alla riabilitazione di soggetti giovani con disturbo psicotico. Info: 0575254925, daniela.garzi@usl8.toscana.it.



FIRENZE

«Dolore, ansia e depressione» è l'incontro organizzato dalla sezione toscana della Società italiana di Medicina psicosomatica presso il Cenacolo della Basilica di S.Croce per presentare l'approccio alla persona con sintomatologia dolorosa cronica da diverse prospettive. Info: 05568000389, n.alberti@fimo.biz, info@iformpsi.it



EMPOLI

Si terrà all'aula magna «Elisabetta Chiarugi» dell'Asl 11 Empoli la Conferenza del dipartimento emergenza urgenza. Vari i temi discussi dal Pronto soccorso - criticità e ipotesi di soluzione, strategie organizzative delle professioni sanitarie - al Piano delle maxiemergenze nel territorio dell'Asl. Info: 0571704324, r.bocchino@usl11.toscana.it.

Regione Toscana  
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



# MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN  
CONTRI  
STUPE  
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA  
ZI  
CONTEM  
PORANEI

FILM  
E  
MUSICA

IN  
GRESSO  
LIBERO

IN  
CONTRI  
STUPE  
FACENTI

MUSICA  
E  
FILM

INTER  
NET  
PER  
TUTTI

GIOR  
NALI  
E  
RIVISTE

SERATE  
ALTER  
NATIVE

PRE  
STITO  
GRA  
TUITO

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua  
[www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche](http://www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche)