

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. 5
anno XIV del 8-14 febbraio 2011
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

**Quando conta
la voce
dei pazienti**

di **Linda Marcacci ***

Quanto conta il punto di vista del cittadino nelle scelte strategiche e organizzative delle aziende sanitarie toscane? La Regione Toscana ha da sempre voluto considerare l'esperienza degli utenti un elemento fondamentale del Sistema di valutazione della performance, fin dal 2004. Rilevazioni periodiche, in genere biennali, sistematiche, condotte seguendo rigorosamente la stessa metodologia in tutte le aziende testimoniano che la cultura della centralità del paziente comincia realmente a essere il fattore trainante delle organizzazioni sanitarie toscane. Anche la nuova legge sull'accreditamento rappresenta una conferma ulteriore in tal senso.

Uno degli elementi innovativi della norma prevede infatti che tra i requisiti aziendali necessari per l'erogazione dei servizi, siano presenti alcuni indicatori che provengono dai giudizi degli utenti rispetto alla qualità dell'assistenza ricevuta, o all'efficacia della comunicazione, solo per fare alcuni esempi possibili.

Ma i segnali del cambiamento si respirano anche sul campo. Se qualche anno fa molti tra i professionisti davano l'impressione di essere piuttosto scettici rispetto alla validità e all'attendibilità del giudizio dei cittadini, oggi invece sono i primi a chiedere la restituzione dei dati, analizzando i risultati con

CONTINUA A PAG. 2

BILANCI

Terza indagine Regione-MeS di Pisa sulla valutazione delle prestazioni

Il cittadino misura la qualità

Un questionario negli ospedali sulla soddisfazione e i consigli dei ricoverati

Lo sistema più semplice e diretto per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria è chiederne conto direttamente ai cittadini, e ascoltare le loro idee, i loro suggerimenti e, perché no, anche le loro critiche, per migliorare sempre il servizio offerto. È quel che sta facendo, ormai da sei anni, la Regione Toscana, che in collaborazione con il MeS, il Laboratorio management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, invita tutti i cittadini che sono stati ricoverati in uno degli ospedali toscani a compilare un questionario, con domande sull'assistenza ricevuta, sul loro grado di soddisfazione, sugli aspetti che devono essere migliorati.

Dal 1° gennaio di quest'anno è partita la terza edizione dell'indagine, che si concluderà nei prossimi mesi. Durante il ricovero in ospedale, a tutti i cittadini viene consegnata una lettera firmata dall'assessore Daniela Scaramuccia, che spiega il significato dell'iniziativa e le istruzioni per partecipare. «Conoscere le tue opinioni sul funzionamento dell'ospedale e sulla tua esperienza di ricovero è un'informazione importante per migliorare l'assistenza - dice l'assessore nella sua lettera -. Contiamo sulla tua partecipazione per avere idee e suggerimenti che ci aiutino a migliorare la qualità dell'assistenza nei nostri ospedali, con l'obiettivo di rispondere in modo adeguato ai bisogni di cura di tutta la popolazione».

È possibile rispondere al questionario su Internet, per telefono o per posta. Tornato a casa, chiunque lo vorrà potrà compilare un questionario su Internet, all'indirizzo www.indaginericoveri.sssup.it. Per accedere al questionario è sufficiente registrarsi e premere "entra", poi si ricevono tutte le informazioni necessarie per la compilazione. Chi preferisce rispondere alle domande per telefono, può chiamare il numero verde regionale gratuito 800556060 (dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 15) e lasciare nome e numero di telefono: verrà richiamato da un ricercatore del MeS, incaricato dalla Regione di svolgere l'indagine. L'intervista telefonica durerà circa 10 minuti, e



PROGETTO EUROPEO

«Richard» lancia l'Ict per le cronicità

Coordinamento toscano per un consorzio italiano-svedese-inglese-polacco

La Regione Toscana parteciperà al progetto europeo «Regional Ict based clusters for healthcare applications and R&D integration» (Richard), che ha come obiettivo migliorare l'implementazione di modelli Ict per il management delle malattie croniche a livello regionale attraverso la definizione di nuovi scenari clinici territoriali, ma anche migliorare la cooperazione regionale e trans-regionale verso un unico e innovativo modello Ict per la cura delle malattie croniche.

Il progetto, presentato in risposta al bando dell'Ue «Fp7 - Regions 2010-1» e in cui la Regione è il coordinatore di un consorzio di beneficiari raggruppati in quattro cluster (italiano, svedese, inglese, polacco), prevede che spetti alla Toscana l'attuazione di singole attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del progetto, ma anche la gestione amministrativa e finanziaria e la gestione delle relazioni all'interno del consorzio e nei confronti dell'Unione europea. Per questo progetto la Regione si avvarrà della collaborazione dell'Aou Meyer di Firenze per l'organizzazione delle attività di gestione, in considerazione del ruolo e delle attività già svolte nell'ambito del segretariato della Toscana per la ricerca sulla salute. Il progetto ha ricevuto dall'Ue un contributo finanziario di circa 2,8 milioni di euro e durerà 36 mesi.

l'intervistato sarà libero di interromperla in qualunque momento. A un campione di pazienti (circa 40.000 tra gennaio e febbraio) il questionario viene inviato a casa per posta, e dovrà essere compilato e restituito tramite busta preaffrancata.

Il questionario comprende domande sull'accesso, sui medici e gli infermieri, su assistenza e comunicazione, il reparto e la stanza, l'intervento chirurgico, le dimissioni. Qualche domanda: Quanto tempo trascorso dal suo arrivo al pronto soccorso all'assegnazione di un letto? Da 1 a 5, come valuta l'assistenza ricevuta dal personale medico? In caso di bisogno raccomanderebbe a parenti e amici il reparto in cui stato ricoverato? Alla fine, si chiede un giudizio complessivo sull'assistenza ricevuta, l'organizzazione del reparto, il modo di lavorare di medici e infermieri.

«Ascoltare la voce del paziente è un elemento fondamentale per migliorare l'assistenza - dice Sabina Nuti, direttore del MeS -. A supporto di questa convinzione, fin dal 2004 la Regione Toscana, nell'ambito del Sistema di valutazione della Sanità coordinato dal Laboratorio MeS, svolge indagini sistematiche per raccogliere l'esperienza e le opinioni dei cittadini. Contiamo sulla partecipazione dei pazienti per avere idee e suggerimenti che ci aiutino a migliorare la qualità dei nostri ospedali».

Una precisazione, doverosa, sulla privacy. Qualsiasi informazione fornita dagli intervistati rispondendo al questionario sarà considerata assolutamente confidenziale, ai dati avranno accesso esclusivamente i ricercatori che condurranno l'indagine, i risultati saranno elaborati e resi noti in forma rigorosamente anonima, e non sarà in alcun modo possibile risalire alle persone che hanno partecipato all'indagine. Ogni operazione di trattamento dei dati sarà improntata ai principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dal codice sulla protezione dei dati personali.

Lucia Zambelli
Agenzia Toscana Notizie

CONTROCANTO

Il «peccato originale» della rilevazione

di **Adriano Amadei**

Dovrebbero dirsi contenti i cittadini a essere sentiti su come vanno le cose nel Servizio sanitario regionale della Toscana, nelle varie aziende sanitarie e nelle diverse strutture ospedaliere e territoriali, e a essere interpellati sulla loro percezione riguardo alla professionalità e ai comportamenti degli operatori. Un impegno che la

Regione Toscana ha affidato da sei anni al Laboratorio management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, che lo sta conducendo in maniera estensiva - come dimostra il gran numero dei «pazienti» che si sono pronunciati e torneranno a farlo, sia per iscritto, sia

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Via libera finale al Piano prevenzione

Approvato il Piano regionale della prevenzione (Prp) 2010-2012 da parte della Giunta regionale. Nelle circa 240 pagine del documento viene riportata l'organizzazione del Sistema sanitario regionale, le agenzie regionali impegnate in ambito di salute, l'organizzazione della direzione generale «diritti di cittadinanza e coesione sociale», la programmazione regionale, le dinamiche socio-demografiche ed economiche, l'esposizione a fattori di rischio nella popolazione generale e la condizione di salute nella popolazione a rischio con le azioni progettuali del piano operativo. (Delibera n. 1176 del 28/12/2010)

Cure a domicilio per i motoneuroni

Proseguiranno fino al 30 giugno le azioni sperimentali a sostegno della funzione assistenziale domiciliare per le persone affette da malattie dei motoneuroni per permettere di ottenere informazioni necessarie a programmare e organizzare l'eventuale messa a regime degli interventi. Dovranno essere individuati i criteri che caratterizzano la fase avanzata della malattia e le condizioni cliniche di chi può accedere all'erogazione dell'assegno di cura, delle malattie dei motoneuroni che rientrano nella sperimentazione e dei professionisti sanitari che devono integrare l'Unità di valutazione multidisciplinare. (Delibera n. 18 del 17/01/2011)

ALL'INTERNO

Carta hi-tech agli operatori

A PAG. 2

Empoli scheda i denti over65

A PAG. 3

Pontedera cura il panico

A PAG. 7

INNOVAZIONE

Nascono anagrafe e Carta degli operatori per l'accesso ai servizi



Sprint Ict per i professionisti

Entro il 2011 massima interoperabilità per gli scambi informativi

Nasce l'anagrafe regionale degli operatori del Sistema sanitario della Toscana e la Carta dell'operatore. Obiettivo, avere un unico archivio informativo per tutti gli operatori della Sanità toscana, sia che lavorino in ospedale che sul territorio e poterne censire posizioni professionali, ruoli, responsabilità. Lo ha deciso la Giunta regionale che, con l'approvazione della delibera n. 7 del 10 gennaio 2011, ha considerato il ruolo svolto dagli operatori del Sistema sanitario toscano (Sst) in quanto attori primari nella produzione e nel trattamento dei dati sanitari dei pazienti. Considerati i requisiti di sicurezza richiesti dal trattamento dei dati sanitari, ogni operatore sarà poi dotato di una "carta dell'operatore" personale, contenente un certificato digitale aderente agli standard della Carta nazionale dei servizi, in modo da assicurare il rispetto dei più elevati requisiti di sicurezza, garantire la possibilità di accesso ai servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni e garantire gli sviluppi legati all'uso della firma digitale. Sulla Carta dell'operatore convergeranno le funzioni di autenticazione, firma digitale e tesserino aziendale per l'accesso ai servizi e alle strutture aziendali. Un inserimento innovativo anche sulla scia delle Pubbliche amministrazioni centrali e locali che hanno avviato processi di dematerializzazione della documentazione amministrativa e sanitaria, con l'obiettivo di snellire e rendere maggiormente trasparenti determinati processi.

Entro il 30 giugno 2011 tutti gli enti del Sst dovranno intraprendere le azioni organizzative,

amministrative e tecniche necessarie per alimentare l'anagrafe degli operatori.

La Carta dell'operatore invece dovrà essere distribuita entro il 30 aprile 2011 a tutti i medici, ed entro la fine del 2011 la distribuzione dovrà poi essere estesa a tutti gli operatori del Sst. Gli enti provvederanno a potenziare le procedure di sicurezza relative agli scambi informativi tra le aziende sanitarie, la Regione, e gli enti nazionali, ai fini della protezione del circuito informativo e della privacy dei dati personali. Inoltre dovranno adottare, tramite la Carta dell'operatore, un sistema specializzato che permetta agli operatori del Sst di autenticarsi una sola volta e di accedere a tutti i software aziendali ai quali sono abilitati per ruolo e funzione (single sign on), ma anche adottare sistemi di firma digitale della documentazione sanitaria e amministrativa.

Tra le azioni da intraprendere, c'è anche quella di realizzare servizi adottando soluzioni tecnologiche e organizzative per garantire l'interoperabilità tra i sistemi d'autenticazione e firma e i sistemi e i software aziendali, la possibilità di usare la carta dell'operatore come strumento di autenticazione e firma condiviso e comune tra tutti gli enti, l'omogeneità dei servizi realizzati e infine anche un adeguato livello di servizio con particolare riferimento ai tempi di rilascio della Carta dell'operatore e di eventuali duplicati, attivando a livello aziendale le specifiche funzioni.

Roberto Tatulli

CENTRO DI RIFERIMENTO SIDS

Nel mirino il fenomeno dei «bambini scossi»

Il Centro di riferimento regionale per lo studio e la prevenzione della Sids (Sudden infant death syndrome, sindrome della morte in culla), continuerà anche nel 2011 le azioni intraprese per formare e preparare il personale, informare i pediatri e accrescere la consapevolezza nei genitori. Da quest'anno si occuperà anche del fenomeno dei "bambini scossi" (in letteratura, "shaken baby"): quei piccoli che i genitori, o altri adulti, magari esasperati dal loro pianto prolungato, scuotono, fino a provocare loro danni gravi, in qualche caso anche la morte. Per finanziare le attività formative sulla Sids e l'avvio dello studio sui "bambini scossi" la Regione stanzierà 40.000 euro per il 2011.

Quello dei "bambini scossi" è un argomento esploso con drammaticità negli ultimi anni, con casi di abuso, a cui coloro che assistono il bambino possono arrivare anche senza volontà di nuocere, ma che in qualche caso hanno provocato anche la morte dei piccoli. In Italia non sono ancora disponibili stime del fenomeno, ma negli Stati Uniti il Ncsbs (National center of shaken baby syndrome) ha calcolato che negli Usa 1.200-1.400 bambini ogni anno

sono vittime di questi episodi. È stato stimato che, sul totale delle vittime, un terzo non presenta esiti a distanza, un altro terzo ha serie conseguenze neurologiche persistenti e il rimanente terzo non sopravvive.

Per quanto riguarda la Sids, proseguiranno anche nel 2011 gli interventi già avviati negli anni scorsi: un percorso formativo rivolto agli operatori impegnati nel percorso nascita, ai pediatri, al personale del 118 e del pronto soccorso; le azioni informative che coinvolgono il 100% dei nuovi nati in Toscana; la stesura di linee guida per monitorare e valutare la campagna di riduzione del rischio Sids. In tutti i Paesi in cui è stata fatta una campagna attiva per la prevenzione della Sids, si è ottenuto un abbattimento della mortalità per Sids fino al 60%. In Toscana, con una natalità attesa intorno ai 30.000 neonati l'anno e con una mortalità presunta per Sids intorno allo 0,5 per mille, è possibile salvare la vita di circa 8 neonati l'anno e ridurre la mortalità infantile di un ulteriore 0,5 per mille.

Lucia Zambelli
Agenzia Toscana Notizie



GEOTERMIA E SALUTE: I RISULTATI DELLO STUDIO TOSCANO ARS-CNR

Il progetto di ricerca epidemiologica sullo stato di salute della popolazione residente nelle aree geotermiche toscane ("Progetto geotermia"), condotto in collaborazione tra l'Agenzia regionale di Sanità della Toscana (Ars) e la Fondazione Cnr-Regione Toscana "Gabriele Monasterio", nasce per iniziativa della direzione generale delle Politiche territoriali e ambientali della Regione Toscana. Attualmente in Toscana sono in funzione 31 centrali geotermoelettriche, con 32 gruppi produttivi, di cui 27 nell'area geotermica tradizionale (Larderello, Radicondoli) e 5 nell'area Sud (Amiata). I comuni toscani interessati dall'attività geotermica sono 16, di cui 8 nell'area geotermica Nord (Castelnuovo Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina, Pomarance, Monteverdi Marittimo, Radicondoli, Chiusdino, Monterotondo Marittimo,

Montieri) e 8 nell'area geotermica Sud (San Casciano dei Bagni, Abbadia San Salvatore, Piancastagnaio, Radicofani, Arcidosso, Castel del Piano, Roccalbegna, Santa Fiora). La popolazione residente ammonta a poco più di 43mila abitanti. La ricerca è stata condotta perlopiù con i dati degli archivi ambientali e sanitari regionali correnti di Arpat e di Ars.

Sono stati analizzati i dati sull'inquinamento ambientale (aria, acqua, suolo) dell'area geotermica anche in relazione alle emissioni degli impianti e all'esposizione della popolazione. È stato poi valutato lo stato di salute della popolazione residente nell'area geotermica mediante l'analisi della distribuzione geografica e temporale della mortalità, dell'ospedalizzazione per cause specifiche, di alcuni indicatori di salute riproduttiva (malformazioni congenite, basso peso alla nascita, rapporto tra sessi nei nuovi nati) e della prevalenza di alcune rilevanti patologie (diabete, bronco pneumopatia cronico-ostruttiva, malattie polmonari cro-

nico-ostruttive, infarto acuto del miocardio). L'analisi ambientale ha evidenziato concentrazioni di acido solfidrico e mercurio nell'aria a livelli inferiori ai limiti di riferimento per la tutela della salute. Criticità maggiori si registrano per i livelli di arsenico nelle acque potabili.

Per la parte sanitaria, i dati raccolti e gli indicatori calcolati evidenziano un quadro epidemiologico generale della popolazione residente sostanzialmente in linea con quello regionale e dei comuni limitrofi. È tuttavia presente un eccesso di mortalità generale nei maschi, ma non nelle femmine, più evidente nell'area geotermica Amiatina, dove era già presente negli anni '70. Nella stessa area si rilevano altri problemi sanitari, tra cui eccessi di patologie respiratorie e urinarie. Distribuzione geografica e tipo di malattie in eccesso nell'area geotermica, fa pensare che le cause siano da ricercare soprattutto negli stili di vita e nelle occupazioni e attività produttive del passato (attività mineraria), in una modesta

componente ambientale naturale o in altri fattori, al momento non noti. Le indicazioni non supportano l'ipotesi di un ruolo diretto degli impianti geotermici come determinanti dello stato di salute della popolazione residente. Tuttavia, gli elementi di criticità ambientale e sanitaria riscontrati, sebbene geograficamente confinati, hanno suggerito di effettuare una seconda fase con ulteriori approfondimenti epidemiologici e interventi mirati al monitoraggio e alla prevenzione. La seconda fase è in corso di attivazione.

Francesco Cipriani
Coordinatore Osservatorio di epidemiologia,
Agenzia regionale di Sanità della Toscana, Firenze
Fabrizio Bianchi
Responsabile Unità operativa di Epidemiologia,
Fondazione Cnr-Regione Toscana "Gabriele Monasterio", Pisa

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

attraverso interviste telefoniche e con la riconosciuta qualità. Un apprezzabile segnale di trasparenza politico-amministrativa voluto da Enrico Rossi, nei suoi due precedenti assessorati e ribadito dall'attuale assessore, Daniela Scaramuccia - che ha contraddistinto e continua a contraddistinguere la Regione Toscana rispetto alle altre Regioni, o, almeno alla loro maggioranza.

Mi sono chiesto se, anche come organizzazione di Cittadinanza attiva, ci dovremmo ritenere appagati e, soprattutto, se dovremmo esserlo, in rappresentanza dei cittadini. Senza nulla togliere al positivo apprezzamento di ordine comparativo, occorre allora ammettere che le suddette indagini - tipologicamente, parlan-

do - hanno un peccato di origine. Chi usufruisce dei servizi è identificato come "paziente" e, al di là di ogni buona e autentica intenzione, resta soltanto "oggetto" dell'indagine, mentre l'indagine stessa si configura come una sommatoria di ottiche individuali, puntiformi e semplici.

Ci si propone di raccogliere anche suggerimenti di miglioramento dei servizi: sarebbe allora interessante conoscere quante e quali indicazioni siano giunte e quali risultati abbiano prodotto.

Sembra pertanto che, in questa acquisizione dei punti di vista degli utenti del servizio sanitario regionale facciano difetto l'espressione dei/delle cittadini/e (plurale) e la loro soggettività, come attori, e non solo quali desti-

nari di prestazioni. L'approccio del MeS, nonostante il rispetto dei canoni della scientificità, non sempre ha garantito dall'assegnazione di primati - ad esempio - nella valutazione di alcuni direttori generali, che non trovavano riscontro nella realtà vissuta dai cittadini e dalle loro organizzazioni. In altri termini, la Regione Toscana dovrebbe fare un ulteriore passo in avanti: riconoscere la maturità di quella che viene chiamata società civile organizzata, dando ulteriori possibilità ai cittadini e alle loro organizzazioni di esprimere direttamente valutazioni, critiche e proposte sul servizio sanitario.

* Segretario regionale di Cittadinanzattiva Toscana Onlus

Quando conta la voce... (segue dalla prima pagina)

grande attenzione, nei minimi particolari, per trarre il maggior numero di informazioni utili alla gestione delle strutture che dirigeranno. Allo stesso modo, le persone che lavorano nelle aziende a supporto delle indagini, che sono tante e che realmente spendono molto tempo ed energia per coordinare le varie attività, negli anni hanno assunto un ruolo sempre più determinante nella condizione delle varie fasi dell'intero processo e nella definizione delle varie attività.

Senza altro il percorso è ancora lungo, perché a oggi, quando il cittadino si interfaccia con le aziende, che sia l'ospedale o il distretto, spesso si trova di fronte a una organizzazione tuttora vincolata da molte rigidità. D'altra parte, la completa realizzazione

di un cambiamento culturale, per definizione lento e faticoso, richiede un grande sforzo per superare le resistenze legate al mantenimento dello "status quo" all'interno delle nostre aziende, dove ancora in molti casi conta più l'organizzazione interna che l'utente e i suoi bisogni. In questi termini, ascoltare la voce del paziente tramite l'utilizzo sistematico delle indagini di soddisfazione e soprattutto l'uso di queste informazioni in termini gestionali e di supporto al management, si pone come uno degli elementi cruciali nell'ambito di una strategia regionale che intende valorizzare le logiche fondanti del sistema sanitario pubblico.

* Laboratorio Management e Sanità

SSR AI RAGGI X Empoli registra la salute orale in una cartella clinica odontogeriatrica

Anziani, «schedati» i denti



L'obiettivo è monitorare gli over 65 per decidere gli interventi di cura

Lo stato di salute orale rappresenta un elemento determinante nel mantenimento del benessere generale sia fisico che psicologico nella popolazione anziana. L'efficienza del sistema stomatognatico non riguarda solo la capacità masticatoria con i seguenti effetti alimentari e nutrizionali, ma consente a tutte le età e in particolar modo in età avanzata l'integrazione sociale e familiare dell'individuo, permettendogli di parlare, sorridere, esprimersi con libertà e naturalezza, in assenza di dolore e disagio. La scarsità degli studi epidemiologici e rivolti alla conoscenza delle condizioni orali della popolazione anziana italiana (le indagini odontostomatologiche finora realizzate a livello nazionale hanno riguardato i bambini, gli adolescenti e gli adulti) ci ha motivato a raccogliere i dati riguardanti lo stato orale di tutti i pazienti ultrasessantacinquenni afferenti al servizio odontoprotesico della Ausl 11. L'indagine è stata successivamente estesa ai pazienti anziani istituzionalizzati nelle Rsa a gestione diretta della stessa azienda sanitaria.

La valutazione odontostomatologica del paziente anziano, in particolare "fragile" e "complesso", non può prescindere dalla conoscenza delle condizioni cliniche generali, importanti soprattutto al momento della programmazione degli interventi chirurgico-avulsivi e protesico-riabilitativi. Per questo motivo è fondamentale che venga effettuata una valutazione multidisciplinare, e a tale scopo è stata elaborata una specifica "cartella clinica odontogeriatrica". In questa cartella

vi vengono raccolti i dati relativi allo stato di salute orale effettuando la registrazione del Dmft e del Cpitn, secondo i parametri indicati dall'Oms. Vengono inoltre registrate le condizioni della mucosa orale, la presenza e lo stato di manutenzione di eventuali dispositivi protesici, la libertà nei movimenti mandibolari.

È necessario tenere presente che quando si effettua una analisi dello stato di salute orale e in particolare delle condizioni protesico-riabilitative di un paziente anziano, il grado di soddisfacimento percepito e riferito varia grandemente in relazione alle abitudini nutrizionali, alle richieste e necessità estetiche, al grado di autonomia e orientamento spazio-temporale. Scopo ultimo di tale intervento deve essere il miglioramento del benessere generale e della qualità della vita, con risposte precise ed efficaci correlati al bisogno, e quindi dipendenti in lar-

ga misura dalle condizioni mediche generali, dalle patologie concomitanti, dal livello mnemonico-conoscitivo. Per questo motivo la cartella clinica odontogeriatrica comprende l'annotazione delle malattie sistemiche con le relative terapie farmacologiche in atto e la valutazione del grado di autonomia con le scale di riferimento più adeguate per una valutazione odontostomatologica (Adl, Ebs, Pfeiffer).

Nel caso degli anziani istituzionalizzati è fondamentale l'introduzione di un percorso domiciliare che consenta allo specialista l'analisi delle necessità e dell'appropriatezza degli interventi, realizzi un'azione di prevenzione, permetta l'istruzione del personale alle corrette manovre di igiene orale e alla idonea manutenzione dei manufatti protesici migliorando la compliance alle terapie odontoiatriche. Ciò richiede un'integrazione tra specialista odontoiatra e geriatra che, nell'Asl 11, si

è perfettamente realizzata.

I risultati dell'indagine epidemiologica. Obiettivo della ricerca epidemiologica è stata la valutazione e il confronto dello stato di salute orale negli anziani ultrasessantacinquenni della provincia di Firenze afferenti a un servizio di odontoiatria pubblica e dei degenti in Residenze sanitarie assistenziali (Rsa). Utilizzando per ogni paziente un questionario anonimo sono stati valutati il numero degli elementi dentali residui in arcata, il tipo di riabilitazione protesica e il grado di orientamento spazio-temporale con l'impiego del Mini mental state examination (Mmse di Folstein). Hanno partecipato allo studio 545 pazienti ultrasessantacinquenni (241 maschi e 304 femmine) di età media 76,7 anni (73,9 in Ausl e 83,7 in Rsa). Tra i due campioni sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda il numero dei denti presenti

in arcata (5,8 in Rsa e 7,7 in Ausl), l'orientamento spazio-temporale (Mmse 3,6 in Rsa e 9,8 in Ausl) ed il tipo di riabilitazione protesica (nessuna riabilitazione nel 14% dei pazienti visitati presso la Ausl e nel 53% dei pazienti degenti in Rsa). Il numero dei denti si riduce progressivamente con l'aumentare dell'età in entrambi i campioni. Gli edentuli completi rappresentano il 56% dei visitati in Rsa e il 22% degli afferenti alla Ausl. Dall'analisi dei risultati emerge che negli anziani istituzionalizzati si registra una percentuale di edentulia totale maggiore rispetto agli ultrasessantacinquenni residenti da soli o in famiglia. I pazienti in Rsa non presentano alcun tipo di riabilitazione protesica, anche parziale, in una elevata percentuale di casi, probabilmente in ragione del più basso livello di orientamento spazio-temporale e del ridotto grado di autonomia.

Merita ricordare che l'utilizzazione in campo odontoiatrico di alcuni indici geriatrici internazionalmente validati consente l'elaborazione di linee guida di appropriatezza negli interventi protesico-riabilitativi che considerino non solo strettamente le necessità di ripristino dell'integrità dell'apparato stomatognatico, ma anche le condizioni di salute generale, il grado di collaborazione, il livello di orientamento spazio-temporale e le capacità di adattamento del paziente anziano.

Pagina a cura di
Maria Antonietta Cruciata
Ufficio stampa
Asl 11 di Empoli

Dichiarazione di nascita e scelta del pediatra in ospedale

Si semplificano le pratiche amministrative relative all'evento nascita nell'Asl 11. Dallo scorso 24 gennaio i genitori che decidono di effettuare la dichiarazione di nascita del proprio bambino in ospedale, anziché negli uffici comunali di residenza, possono anche effettuare, contestualmente, la scelta del pediatra. L'iniziativa è rivolta ai bambini nati all'ospedale "San Giuseppe" e residenti nei comuni del territorio dell'Asl 11.

Il servizio di scelta del pediatra, così come quello della dichiarazione di nascita, viene effettuato dal lunedì al sabato, dalle ore 7.30 alle

ore 13.00, nell'ufficio accettazione amministrativa dei ricoveri, posto al piano terra del blocco H dell'ospedale "San Giuseppe" di Empoli.

La dichiarazione di nascita effettuata in ospedale deve essere fatta entro tre giorni dalla nascita e sostituisce la dichiarazione resa all'ufficio di stato civile del comune di residenza che, invece, può essere resa entro dieci giorni dalla nascita del bambino. L'atto fatto nella struttura ospedaliera viene trasmesso al comune di competenza per la registrazione senza che sia necessario nessun ulteriore adempimento da parte dei genitori.

ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO 118

Pronto soccorso, l'identikit delle cure al San Giuseppe

Alla centrale operativa del 118 dell'Asl 11 è impossibile rimanere inoperosi: lo confermano il numero delle telefonate ricevute che, solo nel 2010 è stato prossimo ai 100.000 contatti. Nello stesso periodo di riferimento, sono stati inviati circa 23.000 mezzi di soccorso per rispondere alle richieste degli utenti, di cui 4.000 circa in codice rosso, 9.000 in codice giallo, 8.000 in codice verde e circa 2.000 in codice bianco.

Il 118, situato all'ospedale "San Giuseppe" a Empoli, si occupa sia della gestione delle richieste di emergenza-urgenza che provengono dal territorio sia del coordinamento dei mezzi delle associazioni di volontariato per il trasporto sanitario ordinario.

Nel 2010 sono state soccorse circa 26.000 persone, di cui circa 14.000 maschi e 12.000 femmine: 1.000 di questi pazienti avevano fra gli 0 e i 14 anni, 8.000 avevano fra i 15 e i 60 anni, 5.000 fra i 61 e i 75 anni e 12.000 erano ultrasessantacinquenni.

La principale tipologia di patologia per la quale è richiesto l'intervento è il trauma di vario tipo e le patologie cardiologiche; seguono le problematiche di natura respiratoria, psichiatrica, neoplastica e le intossicazioni.

Per adempiere a questo flusso di attività

la struttura conta sull'intervento di 44 medici, 37 infermieri, 5 amministrativi e circa 3.000 soccorritori volontari appartenenti alle associazioni di volontariato convenzionate con l'Asl 11, nonché sull'impiego di mezzi quali l'elisoccorso, le automediche, le ambulanze con medico a bordo e le ambulanze con infermiere a bordo, ambulanze di primo soccorso e le ambulanze per i trasporti ordinari. La centrale operativa dispone di un sistema informatico e di un apparato di registrazione di tutte le richieste di soccorso.

Le automediche sono dislocate presso i locali degli ex Pronto soccorso di Castelfiorentino e di Fucecchio; il medico, durante lo stazionamento dell'automedica presso la sede, gestisce un punto di primo soccorso.

Le ambulanze sono ubicate presso le sedi delle associazioni di volontariato (Pubbliche assistenze, Misericordie, Croce rossa) presenti in tutto il territorio dell'azienda.

Le ambulanze medicalizzate utilizzate sono in numero di nove durante il giorno (con orario 8,00-20,00) e di quattro durante la notte (con orario 20,00-8,00), distribuite in tre zone (Empolese, Valdelsa e Valdarno) per complessive 156 ore giornaliere. Le ambulanze inda (con infermiere a

bordo), sono presenti nelle zone Empolese e Valdarno e sono posizionate a Vinci, Empoli, San Miniato Basso, Castelfranco di Sotto, per garantire una presenza infermieristica di 24 ore nelle zone sopra riportate.

Le ambulanze ordinarie di Primo soccorso sono in numero di cinque durante il giorno (con orario 8,00-20,00) e di sei durante la notte (con orario 20,00-8,00) e sono dislocate nelle 3 zone per complessive 132 ore.

Gli equipaggi sono costituiti da soccorritori delle associazioni di volontariato, mentre i medici di emergenza e gli infermieri sono dipendenti o convenzionati con l'Asl 11.

I soccorritori sono formati per eseguire interventi di primo soccorso (rianimazione cardiopolmonare di base, defibrillazione precoce, posizionamento di sistemi di immobilizzazione) e per supportare il medico di emergenza e/o l'infermiere in tecniche di soccorso avanzato.

Il personale della centrale operativa del 118 è protagonista anche del progetto "Prendi a cuore la vita" attraverso il quale sono stati distribuiti sul territorio 40 defibrillatori automatici, strumenti salvavita in grado di curare il 90% degli arresti cardiaci. Questi defibrillatori, detti Dae, sono

utilizzati da più di 200 operatori formati appositamente dal personale del 118. Tra costoro troviamo la polizia municipale dei 15 comuni serviti dall'Asl 11, i vigili del fuoco, i soccorritori volontari, il personale presente nei distretti.

A favore del paziente con dolore toracico, inoltre, è attivo un percorso preferenziale che consente alle automediche e alle ambulanze con medico o infermiere a bordo di trasmettere direttamente l'elettrocardiogramma del paziente al medico della cardiologia. Il paziente, quindi, viene direttamente portato in sala di emodinamica, bypassando il pronto soccorso. In meno di un'ora dall'inizio dei sintomi, il paziente con infarto viene assistito a domicilio, preparato per la sala operatoria durante il viaggio verso

l'ospedale e viene rimossa la causa dell'infarto. Nel caso in cui un paziente risulti particolarmente grave e debba essere trasportato in un centro specializzato, la centrale operativa di Empoli è in grado di attivare un'elambulanza che trasporti il paziente presso l'ospedale più idoneo in ogni parte dell'Italia. Le automediche, di cui è dotata l'Asl 11, hanno a bordo un sistema radio in grado di comunicare direttamente con i 3 elicotteri regionali, per facilitarne l'attivazione e l'atterraggio.

Le prime patologie sono il trauma e il cardiovascolare

Defibrillatori automatici per il territorio

DOCUMENTI *Un progetto articolato per la riorganizzazione della rete dei servizi dedicati all'impegno agonistico e non agonistico*

Medicina sportiva, Area centro allo starter

Ambulatori e consulenze specialistiche per tutta l'attività motoria - Educazione continua per gli operatori

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO (SECONDA PARTE)

Pubblichiamo la seconda e ultima parte della delibera della Giunta regionale n. 1125 del 28 dicembre 2010 recante il Progetto operativo per il coordinamento della rete di medicina dello sport nell'Area vasta centro.

La certificazione per attività sportiva non agonistica viene effettuata dal Mmg e dal Pediatra di libera scelta esclusivamente per i propri assistiti e dai Ms pubblici o privati operanti presso centri accreditati. Per questa certificazione esistono le indicazioni generali del Dm 28/02/1983. Come considerazioni generali è opportuno tenere presente, da un lato che l'attività classificata non è non agonistica, talvolta non si differenzia come impegno fisico da quella agonistica, ma dall'altro che il Mmg o Pls conosce spesso perfettamente la storia clinica del proprio assistito, ed eventuali accertamenti effettuati in precedenza. Il suo giudizio potrà essere quindi consapevole. In caso di dubbio comunque potrà richiedere accertamenti o consulenza specialistica al medico dello sport.

Per codificare meglio i comportamenti comunque, a livello regionale sono state emanate anche specifiche linee guida in materia di certificazione non agonistica. Diverso invece è il discorso per il medico dello sport, che spesso vede l'atleta per la prima volta. Quest'ultimo talvolta potrebbe tacere elementi anamnestici importanti nel timore di vedersi negata l'idoneità. Per questo motivo il giudizio del Ms non può prescindere oltre alla valutazione clinica, dalla effettuazione di esami strumentali.

In alcuni casi inoltre, oltre al giudizio di idoneità o no, è opportuno prevedere una idoneità condizionata a prescrizioni specifiche, e cioè una specifica prescrizione dei carichi di lavoro ed eventualmente delle limitazioni ad alcune attività, al fine di consentire una attività sportiva sicura e non dannosa.

In ogni caso, considerando l'estrema eterogeneità della popolazione che pratica attività sportiva non agonistica ogni valutazione va attentamente mirata in base all'età, ai fattori di rischio, ai carichi di lavoro ecc.

In questa ottica si inserisce anche

l'attività di consulenza dei vari servizi di Ms, in risposta a eventuali richieste da parte dei Mmg e dei Pediatri di libera scelta che possono riguardare il rilascio della certificazione di idoneità sportiva non agonistica o qualsiasi altro quesito riguardante l'attività motoria in senso più ampio (sport-terapia, prescrizione es. fisico, valutazione funzionale ecc.).

5.2 - Doping

Il fenomeno del doping ha avuto, negli ultimi anni, un notevole incremento e secondo alcuni una vera e propria esplosione. In Italia si è cercato di intervenire con la legge 376/2000 che pone il doping come reato penalmente e non solo "sportivamente" perseguibile. Doping sportivo e aspetti sociali del doping sono due facce di uno stesso problema che può e deve essere affrontato parallelamente. Infatti, se nel doping sportivo in particolare di alto livello possono esserci "stimoli" di ordine puramente economico, a livelli minori o ai margini dello sport esistono modelli estetici e sociali che premiano "figure vincenti" e privilegiano corpi ben modellati piuttosto che la salute e l'integrità del proprio organismo. Ovviamente gli interventi da dover effettuare sono: Interventi educativi e Interventi di controllo.

Gli I. educativi devono essere effettuati in maniera sistematica e programmata utilizzando le varie figure professionali, magari con il supporto di alcuni atleti, coinvolgendo non solo gli sportivi ma anche i tecnici, i genitori, i dirigenti e (ove presenti) gli staff sanitari.

Gli I. di controllo nella pratica attuale vengono effettuati nella quasi totalità su atleti di alto livello e su atleti professionisti coinvolgendo la Fmsi d'intesa con le varie Federazioni sportive nazionali del Coni. Sotto il profilo normativo ci sarebbe senza dubbio la possibilità di parte del Ssn di occuparsi maggiormente di questa attività, rivolgendola in particolare al mondo giovanile e dilettantistico-amatoriale.

Diventerebbe, in questo caso, ancora più necessario informare gli atleti e formare gli operatori (compreso i Medici di medicina generale) sul "problema" del doping involontario e sulle normative riguardanti l'esenzione a scopo terapeutico (Tue e Atue). Risultano molto interessanti e sicuramente esempi da seguire iniziative come il "Patto per Sesto", che coinvolgendo Comuni, Società sportive, Asl e altre istituzioni, hanno portato alla firma di un vero e proprio Patto di lotta contro il doping comprendendo sia attività di controllo che attività educative e di formazione. Un'altra iniziativa di particolare interesse da un punto di vista preventivo è l'adozione da parte del Ssn di interventi di controllo nel tempo di alcuni parametri biologici del giovane atleta, così come raccomandato da organismi nazionali e internazionali che hanno introdotto il concetto del Passaporto dell'Atleta, vale a dire una sorta di libretto sanitario sul quale vengono annotati, e seguiti nel tempo, i risultati di controlli ematici o di altri esami diagnostici.

Eventuali variazioni "sospette" di tali parametri possono costituire un importante elemento per sospettare

l'esposizione a sostanze proibite o alterazioni dello stato di salute del soggetto.

5.3 - Prescrizione esercizio fisico

Se è vero che l'attività motoria regolarmente praticata è un valido presidio per migliorare il proprio stato di salute, è altrettanto vero che un'attività fisica effettuata in modo scorretto può predisporre l'individuo a rischi o danni.

Esiste un livello di base di attività motoria, che fa parte semplicemente di uno stile di vita attivo e come tale viene suggerita alla totalità della popolazione. Maggiore attenzione invece deve essere posta quando si intenda praticare attività sportiva vera e propria, o quando a intraprendere una pratica di attività fisica siano soggetti con problematiche fisiche o portatori di patologie vere e proprie. In questi ultimi l'attività fisica può costituire un vero e proprio strumento terapeutico nel contrastare la patologia di base, ritardarne progressione o complicanze, ridurre l'impatto farmacologico. In questo caso tuttavia è necessario consigliare al soggetto (prescrivere) il tipo di attività fisica più adatto, all'intensità e con le frequenze giuste (dose), evitando esercitazioni potenzialmente dannose (effetti collaterali), al pari di altre terapie farmacologiche o fisiche.

Il ruolo della medicina dello sport si realizza su due diversi piani:

- un primo livello di base, attraverso la formazione nei confronti di Mmg e Pls sulla promozione dell'attività motoria di base tra i cittadini;
- un livello specialistico di corretta prescrizione dell'esercizio fisico nei casi specifici (con particolare riguardo a soggetti con problemi o patologie, o laddove il soggetto voglia intraprendere attività più impegnative).

Quindi, per la corretta prescrizione di esercizio fisico il Medico dello sport è lo specialista di riferimento, che ha le competenze adeguate. In primo luogo la conoscenza della fisiologia dell'esercizio e gli effetti delle varie esercitazioni sul fisico sano o affetto dalle varie patologie. In secondo luogo, è in grado di effettuare una corretta valutazione funzionale dell'individuo, individuando le limitazioni, le capacità funzionali residue e scegliendo conseguentemente i giusti carichi di lavoro da sottoporre al soggetto. Avendo inoltre le competenze per monitorizzare nel tempo i risultati conseguiti.

A questo scopo la Medicina dello sport pubblica dovrebbe attrezzare ambulatori per la valutazione funzionale e prescrizione dell'esercizio fisico. Nel contempo deve preoccuparsi di creare sul territorio una rete dove o i vari specialisti, promotori dell'attività motoria tra i propri assistiti, utilizzando la consulenza specialistica medico-sportiva ove necessario, dall'altro i tecnici dell'esercizio fisico (laureati in scienze motorie), pronti a raccogliere le prescrizioni del medico dello sport e seguirne l'applicazione attraverso la metodologia dell'allenamento. A questo scopo per migliorare la compliance dei cittadini ai programmi di attività motoria, è auspicabile l'organizzazione di gruppi, in quanto la motivazione

data dalla pratica in compagnia è riconosciuta come molto importante.

È anche possibile creare sinergie con specifici reparti o servizi, attivando percorsi specifici per gruppi di pazienti, anche attraverso contatti con palestre e tecnici del movimento.

5.4 - Terapia e recupero da traumi o patologie connesse o sopravvenenti alla pratica sportiva

Nell'occasione della visita di idoneità sovente veniamo a conoscenza di patologie intercorrenti che limitano solo temporaneamente la pratica dell'attività sportiva. Queste sono molto spesso oggetto di diagnosi e cura da parte di personale non qualificato. Si tratta di lesioni traumatiche sportspecifiche, o condizioni predisponenti alle lesioni, tipiche per lo più della età infantile ed adolescenziale che richiedono una diagnosi precisa presupposto per la giusta cura e condizione indispensabile per la guarigione senza conseguenze. Nelle competenze del medico dello sport ci sono la conoscenza sia del gesto sportivo e delle patologie ad esso correlate nonché della patologia e delle condizioni predisponenti specifiche dell'età adolescenziale (paramorfismi) che potrebbero essere una controindicazione all'attività sportiva. Pertanto la visita medica può essere l'occasione per l'attivazione di un percorso di diagnosi, che può condurre alle cure più adatte per appropriatezza e intensità, e alla prevenzione di eventuali ricadute attraverso la prescrizione di un programma di lavoro che possa riportare lo sportivo all'attività.

La conoscenza dello sport e in particolare del gesto sportivo connesse ai carichi di lavoro potrebbe essere utile, se non necessario, per meglio sintetizzare la parte prettamente riabilitativa con quella riguardante la riabilitazione cioè il periodo in cui l'atleta, appena superato l'infortunio, ricomincia a "lavorare" sul campo, ed è ormai unanimemente riconosciuto che è questo il momento più delicato e rischioso per eventuali ricadute.

Ugualmente questo servizio può essere utilizzato dallo sportivo adulto il quale, attraverso un percorso, semplice per l'accesso, trova risposta a una sua necessità. Questo perché non sempre lo sportivo di cui parliamo è l'atleta professionista che fa capo a una società professionistica o comunque a una società che ha una copertura economica per gli infortuni, ma molto spesso è un soggetto che pratica sport senza nessun fine di risultato se non quello del proprio benessere psicofisico.

In ultima analisi quindi la diagnosi, cura e recupero da traumi o patologie derivanti da pratica sportiva, nonché la prevenzione di ricadute, può essere oggetto della creazione di un percorso dedicato per la medicina dello Sport, al quale il cittadino possa accedere sia tramite il filtro della visita di idoneità, sia direttamente, a seguito di eventi sopravvenuti nel corso della stagione sportiva.

5.5 - Diagnostica internistica-traumatologica in atleti

In questa particolare categoria di soggetti un infortunio muscolo-tendineo può limitare il rendimento atletico

co quindi è necessario l'utilizzo di alta tecnologia diagnostica ecografica che dovrà utilizzare sonde ad alta risoluzione. Queste attività sono attualmente parcellizzate all'interno di varie discipline sia cardiologiche che internistiche che traumatologiche.

5.6 - Sorveglianza su rischi connessi a esercizio fisico

Il monitoraggio dei rischi connessi all'esercizio fisico e degli eventuali danni, potrebbe essere importante al fine di evidenziare situazioni critiche e conseguentemente adottare misure preventive o correttive. A questo scopo sarebbe importante disporre di dati relativi a morti da sport, eventi traumatici connessi allo sport, patologie sport correlate, ma anche diversa incidenza di patologie da sovraccarico ecc.

Le fonti di informazione possono essere quelle dei registri di morte, gli accessi al pronto soccorso, i ricoveri, ecc. Ma un'altra fonte di informazione importante è data dalla visita periodica di idoneità.

Occorre dunque programmare a livello di Area vasta un set di informazioni da raccogliere (osservatorio), su problematiche sport specifiche, al fine di evidenziare situazioni di pericolo su cui intervenire in prevenzione primaria.

Problematica interconnessa è quella dei rischi connessi a scorretto uso di integratori alimentari nello sport, oppure addirittura di farmaci o doping.

5.7 - Vigilanza

La Regione Toscana ha emanato, con la Delibera di Giunta regionale n. 445/2006 le "Linee di indirizzo per la vigilanza in materia di tutela sanitaria dello sport". In esse, in aggiunta a quanto già previsto dalla Lr 8/99 e dalla Dcr 30/2000, sono contenute le indicazioni per la vigilanza su:

- corretto rilascio delle certificazioni (vigilanza su ambulatori privati);
- corretto utilizzo delle certificazioni di idoneità allo sport (vigilanza su società sportive);
- vigilanza igienico-sanitaria su impianti sportivi.

5.7.1 - Vigilanza sugli ambulatori privati

Scopo è la verifica del corretto funzionamento della struttura accreditata al rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport. Tale controllo si deve effettuare sia attraverso una verifica agli atti dei dati di attività periodicamente inviati all'Azienda Usl competente, sia attraverso una verifica almeno annuale, da parte del servizio di medicina dello sport di:

- registri di attività;
- esame della cartella clinica;
- verifica almeno biennale della corretta tenuta dell'archivio (almeno biennale).

5.7.2 - Vigilanza sulle società sportive

Con controlli a campione sulle società sportive, viene vigilato sul rispetto, da parte delle stesse, degli obblighi previsti dalla Lr 35/2003 in merito alle certificazioni di idoneità sportiva agonistica e non agonistica.

5.7.3 - Vigilanza igienico-sanitaria sugli impianti sportivi

(continua a pagina 5)

► (segue da pagina 4)

La vigilanza sugli impianti sportivi prevede il controllo sull'idoneità dell'impianto stesso, nonché sul corretto utilizzo e tenuta delle certificazioni, e controllo di eventuale detenzione di farmaci.

Questo tipo di vigilanza prevede l'integrazione delle competenze igienistiche e medico sportive, e per questo motivo corre l'obbligo per le Aziende di istituire formalmente una commissione di vigilanza, composta da:

- medico igienista;
- medico dello sport;
- tecnico della prevenzione (Isp e/o Prevenz. e Sicurezza);
- supporto amministrativo.

Tale commissione, espressione quindi della integrazione delle varie professionalità esistenti nel dipartimento della prevenzione, dovrà provvedere annualmente al controllo del 5% delle strutture censite.

5.8 - Promozione attività motoria

Rientra tra i compiti specifici della medicina dello Sport ed è un'attività compresa nei Lea. La pratica regolare dell'attività fisica infatti riveste un ruolo fondamentale nella Prevenzione. È ormai noto che uno stile di vita sedentario è spesso associato a malattie cronico-degenerative oggi molto diffuse e iniziative pilota, da utilizzare e/o esportare successivamente su tutto il territorio dell'Av, secondo gli ambiti individuati in tabella (vedi tabella 2).

6.3 - La rete della medicina dello sport: ipotesi organizzativa per l'Av

Il modello organizzativo proposto è quello del Sistema in rete con hub, che si pone l'obiettivo generale di valorizzare le realtà territoriali locali e ottenere il miglior coinvolgimento e partecipazione ai programmi di prevenzione, promozione, mantenimento della salute attraverso la pratica dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva.

La realizzazione della rete di Area vasta permette di ottenere una migliore gestione delle risorse umane e strumentali già operanti sia a livello di Az. Usl che di Az. Ospedaliere, garantendo la valorizzazione delle buone pratiche e permettendo una migliore risposta alle esigenze derivanti dalla domanda di prestazioni. La rete di Area vasta utilizzando le risorse umane e strumentali operanti nelle singole realtà territoriali, ne permette, altresì, la loro razionalizzazione.

In coerenza con il ruolo assegnato all'Università dalla Dgrt 471/2007, si ritiene necessaria l'individuazione di una funzione di coordinamento, esercitata nell'ambito delle attività dell'Agenzia di Medicina dello sport e dell'Esercizio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, in continuità con il supporto organizzativo e scientifico offerto nella stessa nell'ambito del gruppo di lavoro costituito dal Comitato di Area vasta Centro, al fine di avere una migliore gestione e il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito della rete dei servizi.

Nel dettaglio, i 4 servizi di medicina dello sport di Area vasta si integrano tra loro e con i due livelli di riferimento Universitari a elevato livello di specificità secondo criteri concordati di:

- uniformità di accesso;
 - conformità di comportamenti su procedure concordate;
- delle iniziative realizzate nei punti della rete della medicina sportiva e di valutazione su i risultati attesi e raggiunti.
- 6.3.1 - Gli strumenti
- Al fine di avviare e realizzare le azioni previste per la realizzazione del modello sopra descritto è necessario attivare preliminarmente anche in modo progressivo i seguenti strumenti:
- coordinamento: istituzione della funzione di coordinamento con le funzioni citate nel paragrafo precedente;
 - informatizzazione: cartella clinica informatizzata e prenotazioni tramite Cup

sto territoriale, le azioni e le linee progettuali in cui inserire gli interventi atti a promuovere la crescita in salute della popolazione attraverso l'adozione di stili di vita sani. Tra questi, insieme a corretta alimentazione, astensione dal fumo e uso consapevole dell'alcol, si evidenzia il tema del movimento e dell'attività fisica. In questo è importante il ruolo della medicina dello sport per la individuazione di progettualità e interventi rivolti a tutta la popolazione. A partire da giovani e adolescenti, giovani adulti e anziani, soggetti portatori di patologie croniche, disabili fisici o psichici ecc.

6 - Rete di Avc della Medicina dello sport

6.1 - Domanda e competenze aziendali per la medicina dello sport (vedi tabella 1).

6.2 - Descrizione delle realtà esistenti

Nell'ottica di una collaborazione di Area vasta tra le Aziende coinvolte, con la collaborazione dell'Università, pur nel rispetto delle singole autonomie aziendali e dei singoli indirizzi operativi, si ritiene opportuno comunque individuare per ciascuna di esse il ruolo di capofila, nello sviluppo di 15 diverse tematiche, sviluppando esperienze e iniziative pilota, da utilizzare e/o esportare successivamente su tutto il territorio dell'Av, secondo gli ambiti individuati in tabella (vedi tabella 2).

6.3 - La rete della medicina dello sport: ipotesi organizzativa per l'Av

Il modello organizzativo proposto è quello del Sistema in rete con hub, che si pone l'obiettivo generale di valorizzare le realtà territoriali locali e ottenere il miglior coinvolgimento e partecipazione ai programmi di prevenzione, promozione, mantenimento della salute attraverso la pratica dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva.

La realizzazione della rete di Area vasta permette di ottenere una migliore gestione delle risorse umane e strumentali già operanti sia a livello di Az. Usl che di Az. Ospedaliere, garantendo la valorizzazione delle buone pratiche e permettendo una migliore risposta alle esigenze derivanti dalla domanda di prestazioni. La rete di Area vasta utilizzando le risorse umane e strumentali operanti nelle singole realtà territoriali, ne permette, altresì, la loro razionalizzazione.

In coerenza con il ruolo assegnato all'Università dalla Dgrt 471/2007, si ritiene necessaria l'individuazione di una funzione di coordinamento, esercitata nell'ambito delle attività dell'Agenzia di Medicina dello sport e dell'Esercizio dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi, in continuità con il supporto organizzativo e scientifico offerto nella stessa nell'ambito del gruppo di lavoro costituito dal Comitato di Area vasta Centro, al fine di avere una migliore gestione e il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito della rete dei servizi.

Nel dettaglio, i 4 servizi di medicina dello sport di Area vasta si integrano tra loro e con i due livelli di riferimento Universitari a elevato livello di specificità secondo criteri concordati di:

- uniformità di accesso;
- conformità di comportamenti su procedure concordate;

Tabella 1		
Domanda da soddisfare	Modalità di accesso	Livello di competenze
- Certificazioni idoneità sport agonistico - Certificazioni e consulenze per sport non agonistico	- Tramite Cup o comunque sistema che garantisca trasparenza nella gestione liste di attesa e tracciabilità dei dati - Richiesta società sportiva per attività agonistica e non agonistica - Richiesta Mmg o Pls per consulenze	- Primo livello: interno - Secondo livello (cardiologico): interno o con percorsi intra-aziendali - Terzo livello (cardiologico): percorsi intra-aziendali o per particolari esami in Av
Valutazione funzionale e prescrizione di esercizio fisico, anche in soggetti per i quali l'attività fisica costituisce strumento terapeutico	- Tramite Cup o comunque sistema che garantisca trasparenza nella gestione liste di attesa e tracciabilità dei dati - Richiesta Mmg, Pls o specialista - Specifici percorsi attivati per tipologie particolari di pazienti	- Interno - Integrazione con specialisti aziendali su specifici percorsi per particolari tipi di pazienti
Attività di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione di traumi e infortuni da sport	- Tramite Cup o comunque sistema che garantisca trasparenza nella gestione liste di attesa e tracciabilità dei dati - Richiesta Mmg, Pls o specialista - Specifici percorsi attivati con società sportive, Coni o enti di promozione sportiva	- Interno - Integrazione con strutture aziendali per aggiunta competenze ulteriori (es. ortopedia per comp. Chirurgica, radiologia per diagnostica, Uorf per riabilitazione ecc.)

Tabella 2		
Ambito	Attività	Note
Az. Usl/Ou n. 3 di Pistoia		
	Da diversi anni è attivo un ambulatorio rivolto alla valutazione funzionale e prescrizione dell'esercizio fisico. L'attività, è rivolta a: 1. atleti, per la corretta programmazione degli allenamenti; 2. soggetti che praticano attività motoria a fini salutistici, al fine di identificare eventuali situazioni di rischio e programmare le attività più idonee a ottenere i maggiori benefici in termini di salute (sono ormai numerosi i soggetti con fattori di rischio da correggere, che vengono inviati al servizio dal medico di famiglia, per intraprendere un programma di attività motoria); 3. soggetti portatori di patologie; per questi l'esercizio fisico costituisce una vera e propria integrazione alla terapia. Esiste particolare esperienza su ipertesi, soggetti in dialisi, diabetici, ma anche dislipidemici, soggetti sovrappeso. In questi casi la collaborazione esiste soprattutto con i relativi reparti e centri ospedalieri di riferimento; 4. programmi di attività motoria attivati sul territorio per particolari categorie di soggetti: da alcuni anni viene coordinato dalla Medicina dello Sport, il programma di attività fisica adattata rivolto ai soggetti con sindromi dolorose da inattività, con definizione delle modalità di accesso, prescrizione dei protocolli di esercizi, valutazione mediante test di efficienza fisica dei risultati conseguiti.	Prossimo obiettivo è quello del consolidamento sul territorio di una rete costituita dai medici di famiglia, gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, i tecnici del mondo dello sport (palestre) e la Medicina dello Sport atta a favorire la pratica di una corretta attività motoria da parte dei cittadini, dove le indicazioni fornite siano corrette e recepite da personale preparato e informato
Az. Usl/Ou n. 4 di Prato		
Prevenzione, diagnosi, cura e recupero da traumi osteoarticolari	L'Azienda sanitaria di Prato, può assicurare un servizio di Traumatologia sportiva (rivolto esclusivamente agli iscritti praticanti affiliati a società sportive) con percorsi facilitati per la diagnosi e cura (chirurgica e conservativa) delle principali patologie traumatiche e non, che interessano lo sportivo. Vengono anche effettuate prenotazioni di esami radiografici, Rmn ecc. È possibile l'attivazione del servizio di Ecografia muscolo-tendinea con le stesse modalità, ed è previsto la creazione di percorsi facilitati per il recupero post-traumatico. Il servizio di Traumatologia sportiva è svolto attualmente da un medico ortopedico traumatologo, che sarà affiancato da specialisti in Medicina dello sport appartenenti alla struttura aziendale.	
Az. Usl/Ou n. 10 di Firenze		
Prevenzione e lotta al doping	L'Unità operativa di Medicina dello sport dell'Azienda sanitaria di Firenze partecipa, in strettissima alleanza con il Laboratorio di Sanità pubblica di Firenze, al Progetto Regionale "La Regione Toscana contro il Doping". I risultati più importanti conseguiti sono rappresentati da una ricerca epidemiologica sulla prevalenza di metabolici di sostanze proibite nei campioni urinari di circa 3.000 atleti (esperienza unica anche in ambito sopranazionale) e dall'accreditamento ministeriale del Laboratorio antidoping (sezione del Laboratorio di Sanità pubblica di Firenze). Tale accreditamento ministeriale alla struttura fiorentina rappresenta il primo e unico riconoscimento autorizzativo in Italia	
Az. Usl/Ou n. 11 di Empoli		
Vigilanza	Nell'Azienda Usl 11 di Empoli è attiva una stretta collaborazione tra Igiene e Sanità pubblica e Medicina dello sport. Questa sinergia ha gettato i presupposti per la programmazione delle attività di controllo previste dalla normativa Regionale integrate con un programma di informazione al mondo dello sport. 1. Ambulatori di medicina dello Sport: l'attività di controllo è già iniziata, e viene effettuata secondo due modalità: sia valutando agli atti i certificati rilasciati nei vari giorni di apertura, sia con sopralluogo congiunto di igienista e medico dello sport valutando anche la qualità delle attività mediante analisi delle cartelle cliniche 2. Società sportive: per questo settore è in atto un programma di informazione rivolto a dirigenti e tecnici sportivi volto oltre che a tematiche di prevenzione doping, anche agli aspetti legali inerenti le problematiche delle certificazioni medico-sportive. Dopo tale campagna di informazione, saranno iniziati i controlli veri e propri, volti a verificare la reale osservanza delle norme di legge. 3. Impianti sportivi: per questo è in essere un gruppo di lavoro regionale per la definizione delle modalità operative da seguire per i controlli a impianti sportivi. In base alle indicazioni di tale gruppo, di cui fanno parte tra l'altro un medico igienista e un medico dello sport operanti nell'azienda Usl 11, saranno attivati gli specifici controlli.	
Az. Usl/Ou Mayer		
Cardiologia pediatrica		
Az. Usl/Ou Careggi		
Formazione-supporto organizzativo e scientifico	Le funzioni formative necessarie all'innovazione e alla ricerca oltre ai terzi livelli per i settori sopra citati, nonché il supporto organizzativo e scientifico sono svolti dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi	

c) autosufficienza per i livelli di base;

d) circolarità delle conoscenze e basamento formativo comune;

e) condivisione di un sistema informativo a comune;

f) condivisione e partecipazione allo sviluppo locale di specificità concordate sulla base di criteri quali/quantitativi;

g) istituzione di una funzione di Coordinamento di Area vasta sia in fase di programmazione che di progettazione oltre che di gestione e monitoraggio nella fase di implementazione

delle iniziative realizzate nei punti della rete della medicina sportiva e di valutazione su i risultati attesi e raggiunti.

6.3.1 - Gli strumenti

Al fine di avviare e realizzare le azioni previste per la realizzazione del modello sopra descritto è necessario attivare preliminarmente anche in modo progressivo i seguenti strumenti:

- coordinamento: istituzione della funzione di coordinamento con le funzioni citate nel paragrafo precedente;
- informatizzazione: cartella clinica informatizzata e prenotazioni tramite Cup

c) percorsi e procedure: doping, traumatologia, prescrizione esercizio fisico, vigilanza;

d) la rete formativa: nella progettazione del percorso formativo gli specialisti ed i professionisti della Medicina dello sport dovranno avere una "educazione continua" per essere in grado di governare l'evoluzione della Medicina dello sport non solo nel territorio ma anche nella realtà europea. Questo sarà possibile utilizzando la rete formativa Universitaria e Regionale che rappresentano realtà già ben operanti e con prestigio consolidato.



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

Versione Pdf dell'Allegato al n. 5 del 8-14 febbraio 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

DOCUMENTI Controlli sulle sostanze nocive nei prodotti per l'alimentazione



Animali, altolà ai «residui»

Verifiche su sostanze non consentite e farmaci secondo il Piano nazionale

Pubblichiamo di seguito il testo della delibera n. 15 del 17 gennaio 2011 su «Disposizioni per la ricerca dei residui negli animali e in alcuni prodotti di origine animale in attuazione al Piano nazionale residui 2011».

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. Di recepire e dare attuazione al Piano nazionale di sorveglianza per la ricerca dei residui negli animali e in alcuni prodotti di origine animale predisposto dal ministero della Salute per l'anno 2011 (Pnr 2011);

2. Di approvare l'allegato A "Piano regionale residui 2011 - Disposizioni per la ricerca dei residui negli animali e in alcuni prodotti di origine animale in attuazione al Piano nazionale residui 2011" contenuto nell'allegato A, facente parte integrante del presente atto.

PIANO REGIONALE RESIDUI 2011
(Disposizioni per la ricerca dei residui negli animali e in alcuni prodotti di origine animale in attuazione al Piano nazionale residui 2011)

1. Premessa

La finalità del Piano regionale residui (Prr) è il monitoraggio, su base statisticamente significativa, della presenza/assenza negli animali produttori di alimenti, nei prodotti di origine animale e nei mangimi di residui di sostanze non consentite, di farmaci veterinari in quantità superiore ai limiti massimi ammessi dalla legislazione comunitaria e nazionale e di contaminanti ambientali allo scopo ultimo di valutare la sicurezza delle produzioni agro-alimentari regionali.

La Regione Toscana programma per l'anno 2011 il Prr in applicazione del Piano nazionale residui 2011 (Pnr) emanato dal ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali con nota n. 0036711-P-09/12/2010 del 09 dicembre 2010.

Il Pnr 2011 viene recepito integralmente a esclusione delle modifiche apportate con il presente atto.

Per quanto non espressamente citato nel presente documento si rimanda al testo del Pnr 2011, e ai piani regionali degli anni precedenti.

Principali modifiche per il 2011

Nuove ricerche

Sono state inserite le seguenti nuove ricerche:

- *doramfenicolo in muscolo di equini e in uova;*

- *eritromicina in muscolo di volatili da cortile:* tale ricerca è garantita dall'Izs della Lombardia e dell'Emilia Romagna - sezione di Bologna;

- *amitraz in miele:* tale ricerca è garantita dall'Izs della Lombardia ed Emilia Romagna;

- *metaboliti dei nitrofurani in miele:* tale ricerca è garantita dall'Izs del Lazio e della Toscana e dall'Izs della Lombardia e dell'Emilia Romagna;

Sulla base delle non conformità riscontrate nel periodo 2009 - primo semestre 2010, in attuazione al Pnr e al Pnaa e sulla base delle allerte originate da prodotti italiani per il medesimo periodo il ministero della Salute ha incrementato proporzionalmente il numero di campioni per la ricerca dei sottostanti gruppi di sostanze, nei diversi settori produttivi:

- **Bovini:** steroidi, lattoni dell'acido resorcilico (compreso lo zeranol), sostanze incluse nell'allegato IV del regolamento (Cee) n. 2377/90, β-agonisti, sostanze antibatteriche compresi sulfamidici e chinolonici, antelmintici, composti organoclorurati, compresi i Pcb;

- **Suini:** sostanze incluse nell'allegato IV del regolamento (Cee) n. 2377/90, sostanze antibatteriche compresi sulfamidici e chinolonici ed elementi chimici;

- **Ovi-caprini:** elementi chimici;

- **Equini:** elementi chimici;

- **Volatili da cortile:** sostanze incluse nell'allegato IV del regolamento (Cee) n. 2377/90, sostanze antibatteriche compresi sulfamidici e chinolonici ed elementi chimici, coccidiostatici e composti organo clorurati, compresi i Pcb;

- **Conigli:** sostanze antibatteriche compresi sulfamidici e chinolonici ed elementi chimici;

- **Acquacoltura:** coloranti;

- **Latte:** sostanze antibatteriche compresi sulfamidici e chinolonici e composti organo clorurati, compresi i Pcb;

- **Uova:** sostanze antibatteriche compresi sulfamidici e chinolonici e composti organo clorurati, compresi i Pcb;

- **Miele:** sostanze antibatteriche compresi sulfamidici e chinolonici e composti organofosforati. Extra piani

Extra - Pnr

La Regione Toscana, considerate le positività riscontrate in attuazione dell'extrapiano "miele" del 2010, ha ritenuto di proseguire l'extra piano per la ricerca di antibiotici e pesticidi sul miele prelevato direttamente all'interno degli apiari. Le modalità di

campionamento del miele direttamente all'interno degli apiari si rimanda a quanto descritto nel piano regionale residui del 2007 (Dgr n. 56 del 29/01/2007).

La numerosità campionaria e la ripartizione è inserita nella tabella allegata B al presente piano regionale.

2. Attuazione del Piano

La Regione Toscana pianifica e coordina le attività delle Aziende sanitarie locali, responsabili del prelievo dei campioni.

A livello locale la predisposizione delle attività del Prr 2011 è compito specifico del referente aziendale Pnr e della Unità operativa di Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche; le Unità operative di Sanità animale e di Igiene degli alimenti di origine animale contribuiscono a fornire informazioni tese alla distribuzione dei campionamenti in modo che sia la più rappresentativa della realtà territoriale.

Entro il 31 gennaio 2011 le Aziende Usl, tramite il referente aziendale Pnr, inviano la programmazione annuale dei campioni assegnati, suddivisa per trimestre, al referente regionale Pnr e all'Osservatorio epidemiologico veterinario regionale (Oevr): *carla.testa@regione.toscana.it*, *massimo.mari@izsl.it*, *francesco.cresti@izsl.it*.

Al fine di un corretto monitoraggio delle attività di campionamento da parte dell'Oevr, per una corretta trasmissione dei dati al Laboratorio MeS necessari alla valutazione del sottoindicatore FI6.3, si precisa che la programmazione aziendale di cui sopra, deve comprendere esclusivamente i campioni assegnati dal presente documento (piano ed extrapiano).

Tale programmazione non può essere modificata, se non dal referente regionale Pnr, previa comunicazione da parte delle Aziende Usl delle motivazioni che ne impongono la modifica.

Il referente regionale Pnr trasmette le modifiche della programmazione alle Aziende Usl interessate e all'Oevr.

Eventuali extrapiani aziendali concordati con l'Istituto zooprofilattico (Izs L-T) devono essere comunicati formalmente al Referente regionale Pnr, preferibilmente all'inizio dell'anno e comunque prima della loro attuazione.

I referenti aziendali del Pnr monitoreranno lo stato d'avanzamento del piano tramite il cruscotto operativo on line dell'Izs L-T.

Qualora il referente aziendale Pnr

riscontri disallineamenti tra l'attività riportata nel cruscotto e quella effettivamente svolta, provvede a comunicare, entro il 10 del mese successivo al trimestre oggetto di verifica, le incongruenze riscontrate al referente regionale Pnr e all'Oevr, che provvederà alle verifiche, e se del caso, alla correzione.

Le Unità funzionali, cui è affidata l'esecuzione dei campionamenti, devono garantire il costante raccordo con il referente aziendale Pnr al fine di monitorare l'attività dei campionamenti, segnalando ogni difficoltà o problematica che possa incidere sulla realizzazione del Prr.

Il referente Pnr deve garantire costante supporto tecnico-scientifico agli addetti al campionamento in merito alle modalità di scelta del campione, alle modalità di campionamento previste per le diverse matrici e sostanze da ricercare; deve altresì garantire il raccordo con la Sezione diagnostica dell'Izs L-T, cui spetta il compito di raccogliere i campioni e di procedere o direttamente all'esecuzione delle prove diagnostiche richieste o al sollecito invio del campione ricevuto al laboratorio incaricato dell'esecuzione delle analisi.

Si raccomanda di assicurare il reciproco coordinamento tra il personale che esegue i prelievi e il laboratorio dell'Izs L-T, affinché, tenendo conto anche delle esigenze dei laboratori, venga ridotto al minimo il tempo di attesa dell'esito analitico.

A tal proposito il personale che esegue i prelievi invierà una e-mail a cadenza settimanale, con la previsione dei campionamenti per la ricerca delle sostanze di categoria A e delle sostanze di categoria B3d (aflatossine) al seguente indirizzo di posta elettronica della sezione territoriale dell'Izs L-T di Firenze: *mila.nocentini@izsl.it*, *claudia.focardi@izsl.it*.

3. Referenti Pnr 2011

Il referente regionale Pnr è la dott.ssa Carla Testa (e-mail *carla.testa@regione.toscana.it*).

I nominativi dei referenti Pnr delle Aziende Usl e dell'Osservatorio epidemiologico veterinario regionale (Oevr), per l'anno 2011, sono i seguenti (vedi tabella).

4. Numero di aliquote

Il campione mirato per la ricerca di sostanze vietate e/o non autorizzate, di sostanze autorizzate quali le sostanze antibatteriche compresi i sulfamidici e chinolonici, di contaminanti ambientali per i quali è previsto un limite dalla normativa nazionale o comunitaria, il campione su sospetto clinico anamnestico o a seguito di positività deve essere effettuato in campioni legali suddivisi in 4/5 aliquote.

te conformemente al Dpr 327/80. Una aliquota viene consegnata al proprietario o al detentore degli animali, una al titolare del macello e le altre tre sono inviate al laboratorio.

Il campione mirato per la ricerca di contaminanti ambientali, per i quali non è previsto un limite d'azione dalla normativa nazionale o comunitaria, deve essere suddiviso in due aliquote, ai sensi della decisione 98/179/Ce, che saranno entrambe consegnate all'Izs L-T.

Per quanto riguarda la ricerca di cadmio nella selvaggina cacciata, essendo questa una ricerca di tipo conoscitivo che mira a valutare il grado di contaminazione ambientale, si ritiene opportuno procedere al campionamento in due aliquote, da effettuarsi nei periodi di caccia e/o durante l'intero anno in caso di abbattimenti selettivi presso le squadre di cacciatori che operano sul territorio regionale.

La ripartizione dei campioni sarà inviata alle Aziende Usl con specifica nota regionale.

5. Piano istologico

Viene attuato anche per il 2011 il piano di monitoraggio mediante test istologico, per la cui attuazione dovranno essere seguiti i criteri generali descritti nel piano nazionale.

L'intento del piano è quello di acquisire, su base regionale, informazioni conoscitive sui trattamenti illeciti operati in bovini regolarmente macellati, evitando che la scelta delle partite da campionare sia determinata da valutazioni anamnestiche tipiche dell'attività di vigilanza.

Si ricorda che l'idoneità del campione è legata alla presenza di tutti gli organi previsti per ciascun animale della partita, elemento imprescindibile per considerare la stessa idonea al controllo.

La ripartizione del piano istologico è compresa nella ripartizione regionale dei campioni e sarà inviata alle Aziende Usl con specifica nota regionale.

6. Modifiche e integrazioni al Pnr 2011

Come precisato nella nota di emanazione del Pnr 2011, lo stesso potrà subire modifiche e integrazioni. La Regione si riserva, pertanto, di adottare gli opportuni provvedimenti integrativi in merito.

7. Comunicazione non conformità

Il laboratorio analisi dell'Izs L-T in caso di positività di un campione Pnr comunica immediatamente l'esito analitico al Responsabile di Unità funzionale della Azienda Usl dove è stato effettuato il campione, e per conoscenza al referente aziendale e regionale Pnr.

Referenti Asl e dell'Osservatorio epidemiologico

Azienda Usl n. 1 Massa	Pedro Pedri	p.pedri@usl1.toscana.it
Azienda Usl n. 2 Lucca	Pier Giorgio De Lucia	p.delucia@usl2.toscana.it
Azienda Usl n. 3 Pistoia	Mauro Spedaliere	m.spedaliere@usl3.toscana.it
Azienda Usl n. 4 Prato	Cristina Tacconi	ctacconi@usl4.toscana.it
Azienda Usl n. 5 Pisa	Sandro Emiliano Abbattista	se.abbattista@usl5.toscana.it
Azienda Usl n. 6 Livorno	Stephan Vignali	s.vignali@nord.usl6.toscana.it
Azienda Usl n. 7 Siena	Grazia Buonincontro	g.buonincontro@usl7.toscana.it
Azienda Usl n. 8 Arezzo	Paolo Omizzolo	p.omizzolo@usl8.toscana.it
Azienda Usl n. 9 Grosseto	Alberto Manunta	a.manunta@usl9.toscana.it
Azienda Usl n. 10 Firenze	Michele Pomini	m.pomini@asf.toscana.it
Azienda Usl n. 11 Empoli	Agnese Cini	a.cini@usl11.tos.it
Azienda Usl n. 12 Viareggio	Antonio Barsanti	a.barsanti@usl12.toscana.it
Osservatorio epidemiologico veterinario regionale (Oevr)	Massimo Mari Francesco Cresti	massimo.mari@izsl.it francesco.cresti@izsl.it

Errata corrige

Nel numero di Toscana, allegato n. 3 de "Il Sole 24Ore Sanità", la qualifica dell'autore della lettera pubblicata a pagina 2 dal titolo "Più che l'alto numero di cesarei allargano le patologie gravidiche" non è "Primario Uo Ostetricia ginecologia azienda Usl 4, Prato" ma "Lib. Doc. in Clinica Ostetrica e Ginecologica".

Nello stesso numero, all'interno dell'articolo pubblicato a pagina 6 dal titolo "Allarme infortuni e lvg", deve essere ritenuta errata la frase "I migranti, cioè, sono collocabili all'interno di categorie consolidate o epidemiologiche" e corretta la frase "I migranti, cioè non sono collocabili all'interno di categorie consolidate o epidemiologiche". Ce ne scusiamo con gli interessati e i lettori.

PONTEDERA

Conclusa l'ultima edizione del corso per curare il disturbo senza medicine

Il panico si sconfigge in aula



Sedute di psicoterapia di gruppo per imparare ad affrontare gli attacchi

È iniziata il 24 gennaio 2011, presso il poliambulatorio di via Fleming, a Pontedera la 14ª edizione del corso per il «Trattamento non farmacologico del disturbo di panico». Alle precedenti edizioni hanno partecipato oltre 200 persone. Gli incontri sono condotti da un medico psichiatra e da un infermiere dell'Unità funzionale di salute mentale adulti. Il corso si articola in dieci sedute di psicoterapia di gruppo, di due ore ciascuna, che si terranno ogni lunedì. I partecipanti hanno la possibilità di imparare varie tecniche utili a fronteggiare gli attacchi acuti d'ansia, come a esempio la tecnica di

controllo del respiro e della tensione muscolare, l'esposizione graduale alle situazioni temute e l'identificazione di convinzioni errate.

La 13ª edizione si è conclusa il 10 gennaio scorso, con grande soddisfazione dei partecipanti, i quali hanno apprezzato, in particolare, la possibilità di parlare apertamente del loro disturbo con gli operatori e gli altri membri del gruppo, senza più considerare l'attacco di panico un «tabù». Tachicardia, sudorazione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore al petto, nausea, paura di morire o di impazzire, brividi o vampate di calore, sono solo alcuni dei

sintomi che caratterizzano un attacco di panico.

Il singolo episodio, quindi, sfocia facilmente in un vero e proprio disturbo di panico, più per «paura della paura» che altro. La persona si trova rapidamente invischiata in un tremendo circolo vizioso che spesso si porta dietro la cosiddetta «agorafobia», ovvero l'ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile o imbarazzante allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile un aiuto, nel caso di un attacco di panico inaspettato. Diventa così pressoché impossibile uscire di casa da soli, viaggiare in treno, autobus o guidare l'auto,

stare in mezzo alla folla o in coda, e così via.

Evitare tutte le situazioni potenzialmente ansiogene diviene la modalità prevalente e il paziente diviene schiavo del suo disturbo, costringendo spesso tutti i familiari ad adattarsi di conseguenza, a non lasciarlo mai solo e ad accompagnarlo ovunque, con l'inevitabile senso di frustrazione che deriva dal fatto di essere «grande e grosso», ma dipendente dagli altri, che può condurre a una depressione secondaria.

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 di Pisa

LUCCA

Dall'handicap alla salute mentale così l'Asl punta sulla «Pet-therapy»

A seguito dell'esperienza pilota portata avanti nel periodo gennaio-giugno 2010 e delle buone impressioni riportate dagli operatori interessati al progetto, l'azienda Usl 2 di Lucca ha riproposto un nuovo progetto di «Pet-therapy per soggetti disabili», coordinato come quello precedente da Stefano Giurlani, veterinario dell'azienda sanitaria lucchese.

È stata data continuità all'iniziativa, grazie anche a una convenzione con la delegazione provinciale di Lucca della Croce rossa, che si attiverà a questo scopo con la propria unità cinofila.

Il nuovo progetto, che interessa vari servizi dell'azienda sanitaria, tra cui l'unità funzionale Salute mentale adulti con la collaborazione dell'associazione Oikos e l'unità operativa assistenza sociale, è rivolto a un gruppo di utenti in carico ai servizi dell'area psichiatrica e dell'handicap e ha avuto inizio nei primi giorni del mese di novembre 2010.

L'attività viene svolta, come nell'esperienza dell'anno scorso, da Elena Francesconi,

che accompagna i cani di sua proprietà per un'ora a settimana in ciascuna struttura. I cani, valutati idonei da Aiuca (Associazione italiana uso cani d'assistenza) si relazionano con gli utenti, attraverso semplici azioni come l'essere accuditi, spazzolati, coccolati e vezzeggiati. Gli utenti, attraverso queste piccole azioni stabiliscono un contatto emotivo con l'animale che si riflette positivamente sul loro umore e quindi sul loro stato di benessere generale. A esempio è stato evidenziato come i soggetti disabili acquistino maggiore fiducia in sé stessi e nelle loro capacità,

mentre gli anziani trovano spunto per ricordare e raccontare la loro esperienza di vita. La predisposizione e lo sviluppo del nuovo progetto sono stati resi possibili dal direttore dei servizi sociali dell'azienda Usl 2 Lucca, Antonio Elmi, il cui appoggio e interessamento hanno permesso di superare le difficoltà burocratiche e organizzative che si sono presentate.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

PISA

Focus sulla radiologia interventistica: al via il campus per gli specializzandi

Dal 31 gennaio al 2 febbraio si è svolto a Pisa, all'interno della sezione dipartimentale di Radiologia interventistica dell'azienda ospedaliera universitaria pisana diretta da Roberto Cioni - in stretta collaborazione con l'Istituto di radiologia e la Scuola di specializzazione in Radiodiagnostica dell'Università di Pisa diretti da Carlo Bartolozzi - il campus di Radiologia interventistica, giunto quest'anno alla sesta edizione.

Il campus rappresenta un evento formativo di rilievo nazionale per gli specializzandi di tutte le scuole di specializzazione in radiologia italiana, i quali hanno potuto assistere a lezioni plenarie su argomenti di radiologia interventistica vascolare e a interventi «live» eseguiti in sala angiografica dal personale della Sezione di radiologia interventistica. Il campus è organizzato a Pisa fin dalla prima edizione ed è una delle manifestazioni maggiormente formative per i giovani medici della sezione italiana di Radiologia interventistica. Gli specializzandi iscritti quest'anno so-

no stati circa 50 provenienti da 32 scuole di specializzazione. Hanno partecipato ai lavori ospiti della organizzazione congressuale senza alcuna spesa di iscrizione o partecipazione.

Durante il campus nelle due sale angiografiche della sezione di Radiologia interventistica sono stati trattati 12 pazienti in diretta con un sistema di videoripresa a circuito chiuso collegato con

l'aula didattica. Le terapie eseguite, per lo più per via percutanea, hanno riguardato dalla embolizzazione e stenting di aneurismi alle chemioterapie

loco regionali in ambito epatico, al trattamento di pazienti in lista di trapianto, alle rivascolarizzazioni degli arti inferiori a scopo di salvataggio di arto. Sono stati impiantati anche stents in ambito carotideo, renale e aortico. I docenti del corso provenivano dalla maggior parte delle scuole italiane di Radiologia con una ampia partecipazione anche di docenti pisani.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

LIVORNO

Il CupTel che prenota esami e visite supera le 10mila telefonate al mese

Hanno superato quota diecimila in meno di un mese le chiamate gestite dai nuovi servizi CupTel e libera professione per la prenotazione telefonica di visite ed esami. «Il nostro call center - spiega Andrea Belardinelli, direttore dell'Unità operativa innovazione e sviluppo - sta rapidamente aumentando il numero delle telefonate gestite e delle prenotazioni fatte. Questo vuol dire non solo che il servizio sta funzionando, ma soprattutto che i cittadini hanno immediatamente capito il vantaggio di poter prenotare direttamente da casa o dall'ufficio senza doversi muovere o fare code».

Veleggia oltre le 7mila chiamate, infatti, il servizio CupTel che permette la prenotazione di visite ed esami tramite un numero verde gratuito. «La maggior parte di queste - dice ancora Belardinelli - si concentra nelle ore mattutine visto che in quella fascia si registrano circa il 75% delle chiamate. Proprio per questo il mio consiglio è di chiamare nel pomeriggio dove le linee sono sicuramente più libere. Il tempo di conversazione, a ogni modo, si aggira sempre attorno ai tre minuti per le oltre 400 chiamate gestite ogni giorno».

Il nuovo numero telefonico per le prenotazioni di visite in libera professione intramoenia, ovvero le visite a pagamento effettuate da singoli professionisti all'interno delle strutture ospedaliere, a sedici giorni dalla sua attivazione ha già superato le 3mila chiamate. «In questo caso la telefonata è a pagamento - dice Belardinelli - al costo di 12 centesimi al minuto, senza scatto alla risposta, chiamando, a esempio, da telefono fisso Telecom e anche in questo caso la fascia pomeridiana risulta vincente visto che oltre due chiamate su 3 si concentrano alla mattina».

«Aver raggiunto questi risultati in così pochi giorni - dice Monica Calamai, direttore generale dell'azienda Usl 6 di Livorno - dimostra quanto i cittadini di Livorno e provincia sentissero la necessità di questo nuovo servizio che con una procedura semplice e in pochi minuti evita di andare a fare una coda a uno sportello. È una delle misure pensate per facilitare la vita ai cittadini e ben presto ne arriveranno molte altre».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Usl 6 Livorno

IN BREVE

▼ LIVORNO

Inaugurata la nuova ludoteca del reparto di Pediatria dell'ospedale di Cecina. Grazie al prezioso contributo del Kiwanis Club locale, i muri della stessa ludoteca sono stati «affrescati» con particolarissimi disegni rivolti all'infanzia. «È con grande piacere che abbiamo accettato questa donazione - è intervenuto Edoardo Micheletti, Direttore del dipartimento materno infantile dell'Asl 6 di Livorno - simbolo di come sia fondamentale la collaborazione tra associazionismo e Sanità pubblica». «È grande motivo di soddisfazione per i miei associati - ha detto Luigi Olivieri presidente del Kiwanis - offrire questo modesto contributo a favore dei bambini cecinesi. Il mio club, a livello mondiale, ha tra le proprie priorità la difesa dei diritti dell'infanzia».

▼ PISTOIA

Poderi posti sulle colline, immobili nel centro storico di Pistoia, e altri immobili dalle caratteristiche rilevanti. Sono gli immobili che l'Asl pistoiese ha messo in vendita con il sistema dell'Asta pubblica. Si tratta di edifici per intero, ex poderi rurali, complessi aziendali e altri immobili che si distinguono per la particolare tipologia edilizia tipica delle colline toscane e tanto amate e richieste anche a fini turistici, da italiani e stranieri. Il sistema di vendita è quello dell'asta pubblica con il metodo delle offerte segrete da confrontarsi con il prezzo posto a base di gara. L'asta si effettuerà il giorno 8 febbraio 2011. Per informazioni, consultare il sito della Asl 3 www.usl3.toscana.it.

▼ AREZZO

Il 28 gennaio al San Donato sono stati effettuati tre interventi con l'applicazione di protesi di piccole dimensioni per combattere l'incontinenza urinaria. Mentre in sala operatoria si procedeva a eseguire tre interventi - trasmessi nell'auditorium per illustrare le nuove metodologie e i prodotti utilizzati - su iniziativa della Uos Pavimento pelvico, si è svolto un corso di aggiornamento destinato a urologi e ginecologi dell'Area vasta, su una metodica di avanguardia. La tecnica, applicata per la prima volta al San Donato, ha tra i vantaggi minor ospedalizzazione, anestesia locale e diminuzione dell'80% del dolore post-operatorio. Dove questa metodica è già applicata (quasi esclusivamente all'estero) la guarigione va dal 92% al 98 per cento.

CALENDARIO



FIRENZE

Presso il Formas si terrà il convegno «Le sperimentazioni cliniche no profit: criticità e proposte di miglioramento». Si parlerà dell'uso dei risultati degli studi no profit e presentati alcuni casi. Per info: 0557946095, deglinoacentric@aou-careggi.toscana.it



MASSA CARRARA

«Il Gioco d'azzardo patologico (Gap). Dall'identità del giocatore patologico al percorso di cura e di prevenzione» è il convegno organizzato dall'Asl 1 di Massa e Carrara. Si parlerà del giocatore patologico, della dipendenza e della rete di protezione territoriale. Per info: 0585657516, formazione@usl1.toscana.it



PRATO

Presso l'ospedale «Misericordia e Dolce» di Prato, si terrà il convegno «L'assistenza al paziente con sclerosi laterale amiotrofica nell'area pratese». Si parlerà di diagnosi, indicazioni al trattamento e alla nutrizione artificiale domiciliare e di rapporti tra medicina generale e servizi. Per info: 0574435751, ufap@usl4.toscana.it

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

**MA DOVE?
IN BIBLIOTECA.**

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

IN CONTROSPAZI FACENTI

SPAZI CONTEMPORANEI

MUSICA E FILM

IN GRESSO LIBERO

INTERNET PER TUTTI

GIORNALI E RIVISTE

SERATE ALTERNATIVE

PRESTITO GRATUITO

IN GRESSO LIBERO

SPAZI CONTEMPORANEI

IN CONTROSPAZI FACENTI

MUSICA E FILM

PORANEI

TEATRO E MUSICA

TUTTO

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