

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. 43
anno XIII del 16-22 novembre 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

**Decifrare
la complessità
del rischio**

di Enrico Desideri *

Non posso non esprimere la mia soddisfazione per questo evento. Indubbiamente quello della sicurezza è un tema di grande rilievo, che sta alla base della qualità dei servizi sanitari. Da un lato, sempre maggiori sono le pressioni esterne sul sistema, con pazienti sempre più consapevoli e (giustamente) esigenti. Dall'altro lato, i sistemi sanitari prevedono percorsi di assistenza sempre più complessi, e proprio l'incremento della complessità clinica, tecnologica e organizzativa determina un aumento della "pericolosità", del profilo di rischio intrinseco degli atti sanitari.

A fronte di questi radicali cambiamenti di scenario, i professionisti e il management che operano nelle strutture sanitarie hanno colto l'occasione per riflettere sulla pratica clinica, per cercare di migliorare e di migliorarsi.

La Regione Toscana è stata fra le prime, in Italia, a impegnarsi in un progetto organico per la sicurezza del paziente. In questi anni è riuscita a creare un sistema "in rete", che prevede un nucleo centrale (il Centro Regionale Grc) e un gruppo di referenti aziendali che - con i loro collaboratori - rappresentano la proiezione periferica e capillare del Risk management in tutte le Aziende sanitarie e in tutte le realtà operative. Non è un caso, allora, che una manifestazione così importante quale il Forum, che è già divenuta un punto di riferimento nel panorama nazionale, sia nata in Toscana.

CONTINUA A PAG. 2

SICUREZZA

Dal 23 al 26 novembre Arezzo sarà sede del V Forum nazionale

Obiettivo risk management

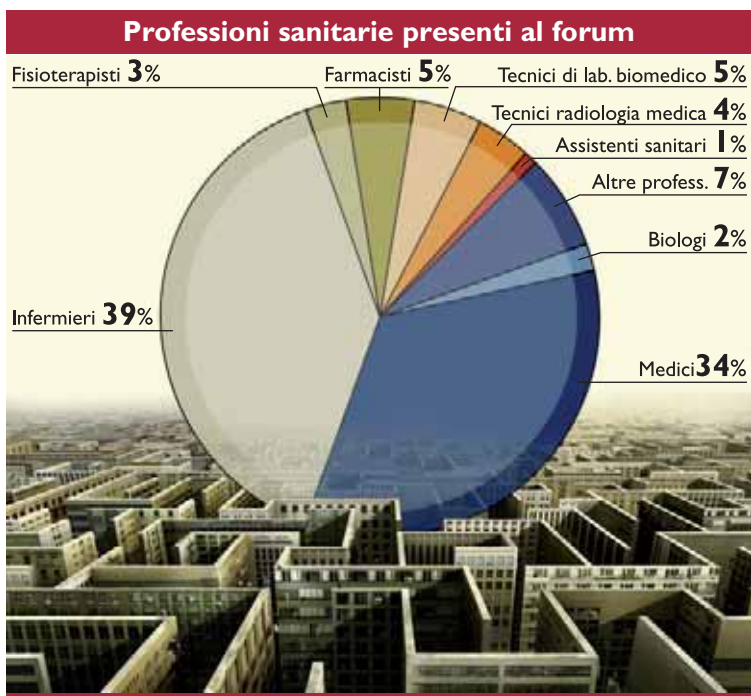
Tra i temi: formazione, integrazione ospedale-territorio e alimentazione

Anche quest'anno Arezzo, dal 23 al 26 novembre, diventerà la città della "Salute in sicurezza", sarà infatti la sede del V Forum nazionale sul Risk management in Sanità. I temi di quest'edizione saranno la formazione, la comunicazione, l'integrazione tra ospedale e territorio e la sicurezza alimentare. Numerosi quest'anno gli ospiti italiani e stranieri, oltre alle autorità politiche nazionali e regionali (il ministro della Salute Fazio e l'Assessore regionale della Toscana Scaramuccia), intervengono autorevoli rappresentanti delle istituzioni e della ricerca: Ignazio Marino (presidente della Commissione sull'efficacia ed efficienza del Ssn), Stuart Rosenberg (Presidente Harvard Medical School), Charles Vincent del College of London e tanti altri autorevoli esperti e studiosi della materia.

Il Forum di Arezzo, ormai giunto al quinto anno, si pone nel panorama italiano come una delle iniziative più importanti nel campo della qualità e sicurezza delle cure e in generale del healthcare management, in particolare per la sua capacità di aggregare oltre 5.000 operatori del Servizio sanitario appartenenti a tutti i ruoli professionali. I temi di quest'anno si svilupperanno attraverso una serie di sessioni e workshop organizzati dalle varie istituzioni.

Si parlerà di sicurezza nelle sale operatorie nella prima assemblea nazionale degli ospedali, di empowerment del cittadino, di umanizzazione delle cure, di comunicazione difficile, di sistemi di valutazione della performance. Saranno affrontate inoltre le questioni più attuali correlate alle tecnologie: la sicurezza dei sistemi informatici, la chirurgia robotica, la sicurezza dei dispositivi biomedicali. La farmaceutica sarà al centro di numerosi dibattiti.

Il Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza delle cure organizzerà delle sessioni dedicate alle esperienze regionali e aziendali. Quest'anno sarà trattata la qualità e sicurezza nella gestione del trauma grave, l'evidence based design nella costruzione dei nuovi ospedali, con la presentazione delle esperienze dei direttori sanitari di alcuni degli ospedali italiani



di più recente realizzazione, la sicurezza dei dispositivi biomedicali. Ma anche l'area amministrativa avrà dedicati dei temi di interesse specifico, come la conciliazione, i piani di rientro, le professioni sanitarie.

Sebbene il Forum sia organizzato dal ministero della Salute, dall'Istituto superiore di Sanità, dalla Fondazione sicurezza in Sanità in collaborazione con l'Agenzia nazionale dei Servizi sanitari regionali, ha nella Toscana e in Arezzo non solo la sua sede logistica, ma anche la sua origine storica, essendo la Regione Toscana una delle prime ad aver introdotto la gestione del rischio clinico nel servizio sanitario nazionale.

Il Servizio sanitario toscano e in particolare l'Azienda sanitaria di Arezzo, impegnata anche quest'anno nella sua organizzazione, daranno un importante contributo all'evento mediante proprie iniziative. L'azienda sanitaria aretina terrà una sessione sulle migliori esperienze sulla medicina d'iniziativa, sulla cardiologia e sulla gestione del paziente cronico.

I tradizionalisti più convinti, pensavano che il tema della gestione del rischio fosse una delle tante mode della medicina d'oggi, in realtà i fatti stanno smentendo da anni che si tratti di una tendenza d'interessi determinata dall'incremento del contenzioso o dai costi assicurativi. È ormai chiaro che il nuovo modo di concepire la sicurezza delle cure rappresenta un cambiamento culturale più vasto, un modo nuovo di operare e di concepire la medicina stessa, non più come arte ma come scienza, non più come attività individuale ma di un team. Tutti questi cambiamenti hanno bisogno di una nuova etica e metodologia clinica e oggi, molti degli strumenti del clinical risk management stanno cambiando il modo di lavorare: audit clinici, rassegne di mortalità e morbilità, checklist, scale di valutazione ecc.. La strada verso un sistema sanitario più sicuro è ormai tracciata.

Riccardo Tartaglia

Direttore
del Centro gestione rischio clinico
e sicurezza del paziente
della Regione Toscana

IL PROGRAMMA ARETINO

Una tre giorni centrata sulla qualità

Dalla progettazione degli ospedali all'empowerment organizzativo

Molti gli argomenti che verranno toccati al V Forum Risk Management in Sanità dal titolo "La salute in sicurezza. Le Regioni protagoniste". Il Forum si terrà ad Arezzo tra martedì 23 e venerdì 26 novembre 2010 e verrà aperto dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio. Nella prima giornata (martedì 23 novembre) i temi che verranno discussi saranno la sicurezza e affidabilità nella progettazione e costruzione degli ospedali e la qualità e sicurezza nella gestione del trauma. Gli argomenti che invece si tratteranno nella seconda giornata (mercoledì 24 novembre) riguarderanno la prevenzione del rischio nelle sindromi coronariche acute, l'Empowerment organizzativo per un coinvolgimento attivo degli attori e la mediazione trasformativa e infine la definizione stragiudiziale del contenzioso e la conciliazione prevista dal Dlgs n. 28/2010.

Sulle varie finalità del sistema di valutazione della qualità e sicurezza delle cure, le buone pratiche e indicatori di valutazione e sulla I Assemblea annuale degli ospedali per la sicurezza in sala operatoria sarà incentrata invece la terza giornata (giovedì 25 novembre). L'ultima giornata, venerdì 26 novembre, sarà invece incentrata su federalismo e Sanità: strategie e politiche del farmaco.

CONTROCANTO

Le sedie vuote di accademici e cittadini

di Ada Macchiarini *

Mi preme sottolineare come, tra gli autorevoli protagonisti del Forum, la componente Accademica non abbia la presenza auspicata, quasi che non fosse prevista la possibilità di intervenire e innovare anche i percorsi universitari, quelli a cui viene affidata la "costruzione" del medico di domani.

L'Università è l'unico sog-

getto che potrebbe introdurre nel percorso di studio di medici, infermieri e altre figure professionali, quel bagaglio di conoscenze oggi richiesta per migliorare la qualità e sicurezza delle cure per consentire di superare la criticità della comunicazione medico/paziente, la difficoltà di stabilire una relazione em-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Il piano regionale della prevenzione

La Giunta regionale ha recepito l'Intesa di Conferenza Stato-Regioni concernente il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 e ha approvato l'istituzione del coordinamento regionale per il Piano regionale della prevenzione. Il piano considera i programmi di prevenzione collettiva, finalizzati ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio (urbanistica, piano del traffico, orientamento dei consumi ecc.), sia con programmi di promozione della salute o di Sanità pubblica (es. programmi di sorve-

glianza e controllo delle malattie infettive), sia, infine con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali). Poiché gli eventi riguardano la prevenzione di rischi o patologie possibili - e non malattie che vanno diagnosticate e curate - è chiaro che l'azione sarà focalizzata sugli eventi più frequenti e più gravi nella popolazione considerata e comunque quelli per cui ci sia la disponibilità di strumenti efficaci. (Delibera n. 817 del 13/09/2010)

IL TESTO A PAG. 4-6

ALL'INTERNO

Le Uti aperte ai familiari

A PAG. 2

Pisa, un robot per il pancreas

A PAG. 3

Foiano, centro polivalente

A PAG. 7

UMANIZZAZIONE Gli effetti della presenza dei familiari nelle Unità di terapia intensiva



Le Uti si aprono ai parenti

Dopo un corso di un anno 4 su 5 hanno deciso di aumentare le visite

Una inchiesta pubblicata su questo giornale ha evidenziato un atteggiamento critico (ma talora anche contrario) degli operatori sanitari nei confronti dell'apertura delle Unità di terapia intensiva (Uti) ai parenti. Per contro, sono oggi disponibili varie evidenze scientifiche che indicano come una maggiore presenza in Uti di parenti e amici dei malati critici non solo non arrechi danni ma possa incidere favorevolmente su vari aspetti relazionali e psicologici. Sulla base di due recenti esperienze, è possibile aggiungere qualche considerazione.

Nel 2009 abbiamo inviato a tutte le Uti regionali un questionario internazionalmente validato basato su 33 quesiti che anonimamente indagavano l'opinione e l'atteggiamento di medici e infermieri sull'apertura

ra delle Uti. All'indagine hanno risposto 377 infermieri e 230 medici. L'indagine ha rivelato una maggiore disponibilità dei medici verso la presenza dei parenti all'interno del reparto mentre molti dubbi sono stati sollevati dagli infermieri circa l'utilità dell'apertura delle Uti ai parenti. Un risultato particolarmente interessante è stato quello secondo il quale oltre un quarto degli intervistati ha dichiarato di non possedere una opinione definita sull'apertura delle Uti mentre il 53% degli infermieri e il 34% dei medici ha ammesso di avvertire la necessità di migliorare il proprio livello di conoscenza sull'argomento. Dati simili erano già emersi da una precedente indagine condotta nelle Uti dell'Azienda ospedaliera-universitaria Pisana. Di conseguenza è stato pianificato un programma formativo che

nell'arco di un anno, attraverso laboratori interattivi e seminari basati su tecniche di "role-playing", ha coinvolto tutto il personale sanitario impiegato presso le Uti aziendali. Dopo tale percorso formativo, 4 Uti su 5 hanno deciso di aprire le porte ai parenti o di aumentare drasticamente le occasioni quotidiane di visita e la durata della permanenza nel reparto dei parenti. Una sesta, la Uti dei Trapianti di Fegato, già da anni pratica il modello "aperto".

Aprire le porte delle Uti non è impresa semplice anche perché richiede agli operatori di rivisitare criticamente le proprie abitudini e conoscenze nonché di cambiare mentalità. Da questo punto di vista, come l'esperienza pisana indica, offrire buona informazione attraverso iniziative specifiche diventa cruciale poiché un atteggiamento scetti-

co degli operatori rappresenta la maggiore barriera per l'apertura delle Uti. Pertanto, tutte le istituzioni, non solo quelle sanitarie locali e regionali ma anche l'Università, responsabile della formazione degli operatori del futuro, sono chiamate a svolgere una azione specifica mirata sull'argomento. Rimane il fatto comunque che tutti noi, nella nostra qualità di "care givers" e indipendentemente dal ruolo rivestito, siamo chiamati a fare il primo passo, abbandonando pregiudizi, aprendoci alla moderna evidenza scientifica e rendendoci sempre più disponibili alle necessità umane di pazienti e parenti.

Gianni Biancofiore

Responsabile della Sezione dipartimentale anestesia e rianimazione, Azienda ospedaliera-universitaria Pisana

In diretta dalla ricerca

NEI PAZIENTI DIABETICI LA DEPRESSIONE AUMENTA IL RISCHIO DI PIEDE DIABETICO

Bibliografia: LH. Williams, CM. Rutter, WJ. Katon et al. Depression and incident diabetic foot ulcers: a prospective cohort study. Am J Med. 2010 Aug;123(8):748-754.e3.

■ In letteratura è stato mostrato che uno stato depressivo aumenta il rischio di retinopatia, proteinuria, di complicanze micro e macrovascolari, e di morte nei pazienti con diabete di tipo 2. Recentemente su American Journal of Medicine è stato pubblicato uno studio che ha valutato i rapporti fra depressione e incidenza di ulcere da piede diabetico. Lo studio Pathways epidemiologic study è uno studio di coorte prospettico di 4.839 pazienti con diabete condotto dal 2000 al 2007. Di questi 3.474 erano adulti con diabete di tipo 2 senza ulcere da piede diabetico e senza amputazioni; 401 pazienti (11,5%) avevano una depressione maggiore valutata attraverso il Patient health questionnaire, 290 (8,3%) avevano una depressione minore e 2.783 (80,1%) non avevano depressione. Il follow-up medio era di 4,1 anni. È stata calcolata l'incidenza di ulcere da piede diabetico mediante il calcolo del rischio relativo e degli intervalli fiduciali confrontando pazienti con depressione maggiore e minore con quelli senza depressione e correggendo l'analisi per le caratteristiche socio-demografiche, le comorbidità, l'emoglobina glicosilata, la durata del diabete, l'uso di insulina, il numero delle complicanze del diabete, l'indice di massa corporea, l'abitudine al fumo, e l'autogestione del piede. I pazienti con depressione maggiore erano più giovani. I pazienti con depressione maggiore o minore erano di solito fumatori, donne, "single", con scarso livello di istruzione e indice di massa corporea più elevato, maggiori comorbidità, e diabete più grave (livelli più elevati di emoglobina glicosilata, dosaggi più elevati di insulina e maggiori complicanze del diabete). L'incidenza di ulcere da piede diabetico era di 8,4/1.000 persone-anno nell'intero campione, 16,2/1.000

persone-anno nel gruppo con depressione maggiore, e 12,1/1.000 persone-anno nel gruppo con depressione minore e 7/1.000 persone-anno nei partecipanti non depressi. In confronto ai pazienti senza depressione, i pazienti con depressione maggiore avevano un rischio doppio di incidenza di ulcere da piede diabetico (intervalli fiduciali 1,24-3,25), mentre non esisteva associazione statisticamente significativa fra depressione minore e ulcere da piede diabetico (intervalli fiduciali 0,77-2,44). I medici dovrebbero stare attenti all'elevata prevalenza della depressione in pazienti diabetici e alla sua associazione con la comparsa del piede diabetico. Secondo gli Autori i potenziali mediatori di una relazione fra depressione e ulcere da piede diabetico sono l'alterato controllo glicemico, la scarsa autogestione, la non aderenza alla terapia, una dieta non sana, la vita sedentaria, l'obesità, e il fumo.

LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI DEGENZA NEI PAZIENTI CON INFARTO MIocardICO NON È ASSOCIATA A UN AUMENTO DEL RISCHIO DI MORTALITÀ E RIOSPEDALIZZAZIONE

Bibliografia: JS. Saczynski, D. Lessard, FA. Spencer, et al. Declining Length of Stay for Patients Hospitalized with AMI: Impact on Mortality and Readmissions Am J Med vol. 123, 11, nov. 2010 pag. 1.007-1.015

■ La degenza ospedaliera per Infarto miocardico acuto (Ima) si è ridotta in modo significativo dagli anni '80 agli anni '90. Mentre il beneficio economico e la sicurezza di una dimissione precoce dei pazienti con Ima non complicato sono già stati dimostrati in letteratura negli anni '90, rimane ancora incerto il "timing" ottimale della dimissione. In un recente studio pubblicato sull'American Journal of Medicine è stata analizzata la degenza di pazienti ospedalizzati per Ima in un periodo di 10 anni (1995-2005) e valutato se la riduzione della degenza avesse impatto sulla riospedalizzazione precoce e sulla mortalità generale. In un'area metropolitana del New

England in 6 anni diversi (1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005) sono stati arruolati 4184 pazienti con Ima, con età media di 71 anni, di cui il 54% era di sesso maschile. Nel periodo in studio la degenza media si riduceva di un terzo, da 7,2 giorni del 1995 a 5 giorni del 2005 ($p < 0,001$). Pazienti più giovani, maschi e con decorso ospedaliero non complicato avevano una degenza significativamente più breve rispetto agli altri gruppi. La durata di degenza più breve rispetto alla durata mediana non era associata in modo significativo a un rischio più elevato di riospedalizzazione precoce a 7 e a 30 giorni o di mortalità nell'anno dopo la dimissione. È stato dimostrato che periodi di degenza più lunghi (10 giorni) erano associati a un rischio significativamente più elevato di mortalità a 30 giorni (rischio relativo 4,33, limiti fiduciali 1,2-15,9) e a 90 giorni (rischio relativo 4,01, limiti fiduciali 1,7-9,6).

Gli Autori concludono che fra il 1995 e il 2005 la degenza dei pazienti con Ima si è ridotta in modo statisticamente significativo senza associarsi a un aumento del rischio di riospedalizzazione precoce o della mortalità generale. Secondo questo studio esistono numerosi fattori che possono contribuire alla riduzione della degenza dei pazienti ospedalizzati per Ima (miglioramento della gestione medica, le preferenze del paziente, e la pressione economica per migliorare l'efficienza del ricovero ospedaliero).

L'uso di alcune terapie in cardiologia si è associato a una significativa riduzione della degenza. In particolare la diffusione dell'utilizzo dell'angioplastica coronarica in pazienti con Ima permette la rivascolarizzazione immediata, identifica altre lesioni coronariche e può eliminare la necessità di ulteriore stratificazione del rischio ospedaliero che sarebbe necessario nell'ottica di ridurre la durata della degenza.

a cura di **Gian Franco Gensini, Giuliano Mariani, Mauro Galeazzi** con la collaborazione di **Andrea Alberto Conti, Beatrice Dilaghi e Martina Minelli**

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

patica per arrivare a definire insieme un percorso terapeutico, la carenza di competenze nella capacità di controllo e gestione delle situazioni difficili. La formazione, potrebbe invece insistere sull'opportunità di lavorare in gruppo, di riconoscere e valorizzare le varie esperienze e saldarle insieme, per garantire la migliore qualità possibile delle cure e continuità al percorso assistenziale.

L'integrazione tra Ospedale e territorio dovrebbe essere riconosciuta come una priorità assoluta perché il gesto medico non rimanga isolato e fine a se stesso ma sia realizzato nell'ambito di un sistema di relazioni e collaborazioni. Questo investimento sulla formazione di base, potrebbe portare a una generazione nuova di operatori sanitari, con un'attenzione e una sensibilità che

potrebbe consentirci di poter contare su una certa dose di automatismi nel trasferimento delle buone pratiche dai Forum e dai Convegni alla quotidianità dei nostri Ospedali, dove è ancora possibile riscontrare talvolta una chiusura delle aziende sanitarie quando sono chiamate a confrontarsi con gli eventi avversi e l'organizzazione degli audit. Un atteggiamento che non aiuta a comprendere l'origine degli errori né tanto meno ad adottare le contromisure necessarie.

Direi che su questo fronte si sente il bisogno di un maggiore investimento per arrivare al consolidamento delle Buone pratiche che va visto soprattutto come un cambiamento culturale che, in quanto tale, necessita anche di tempi lunghi e di un lavoro dedicato per diventare routi-

ne. Ancora troppo limitata è inoltre la presenza delle Associazioni di cittadini che vorremmo invece che fossero chiamate a lavorare insieme agli operatori per il miglioramento della qualità e della sicurezza nelle cure e che spesso si trovano a fianco di pazienti in un clima non sereno e che, in alcuni casi, vengono ancora viste da parte del personale sanitario come una controparte invece che come un alleato disponibile a collaborare nella maniera più proficua e con un forte orientamento a diventare uno dei tramite grazie al quale il cittadino possa compiere delle scelte orientate e consapevoli in Sanità.

* Associazione Semi per la Sids Onlus (Sindrome della morte improvvisa)

Decifrare la complessità... (segue dalla prima pagina)

Fa poi particolarmente piacere che a ospitare il Forum sia la nostra città, Arezzo, la cui Asl tra l'altro è stata individuata nell'ambito della Regione come punto di riferimento per la formazione nell'ambito del Risk management.

La nostra Azienda, inoltre, sempre su indicazione regionale, sta promuovendo un importante progetto di collaborazione con la Fondazione Iss (di cui sono fondatori l'Istituto superiore di Sanità e Gutenberg), con l'obiettivo di affrontare i temi del rischio clinico ispirandosi ad alcuni concetti fondamentali (formazione, innovazione) da cui non possono prescindere programmi professionali moderni, soprattutto in materie di alta specializzazione e in continua, rapida evoluzione. Uti-

lizzare tecnologie innovative, evolute e di alto impatto; proporre programmi di training ai professionisti; realizzare pacchetti di formazione e progetti di ricerca; stimolare più in genere una cultura della sicurezza, dell'educazione sanitaria e della promozione della salute: questo è l'impegno comune dell'Azienda Usl 8 e della Fondazione Iss, un impegno da noi vissuto come fonte di maggiori responsabilità, ma anche di nuovi, importanti stimoli. E l'evento del Forum si propone, in questo contesto, come un ulteriore momento in cui confrontarsi con le esperienze nazionali e internazionali, scambiare opinioni, lavorare e crescere insieme.

* Direttore Generale dell'Asl 8 di Arezzo

SSR AI RAGGI X Primo intervento al mondo all'azienda ospedaliero universitaria di Pisa

Pancreas, trapianto robotico



Con il «Da Vinci» minima invasività e tempi di intervento ridotti

Lo chiamano il robot dei miracoli. E a Pisa ne sta facendo tanti. Consente di operare con la minima invasività e senza sanguinamento e permette il trapianto di organi interni. In medicina si chiamano traguardi. E l'ospedale pisano ha strappato da qualche settimana quello del primo trapianto di pancreas al mondo con tecnica robotica. Finora non l'aveva fatto nessuno. A Pisa l'ha fatto, con successo, l'équipe chirurgica guidata da Ugo Boggi.

La paziente, una 43enne di Pescara, madre di due figli, affetta da diabete tipo 1 dall'età di 24 anni, già sottoposta a trapianto renale e con danni alla vista e al sistema nervoso periferico a causa del diabete, è stata dimessa e sta bene. Ora la tecnica chirurgica attende di essere validata dall'Hta - Health technology assessment della Regione Toscana per stabilire una procedura standard, ma intanto il chirurgo vola a Pittsburgh a un consesso mondiale, per discutere dell'opportunità di utilizzare la chirurgia robotica per il pancreas.

Ma perché questo intervento rappresenta uno spartiacque? Partiamo da lontano: il trapianto di pancreas è una terapia riservata ai pazienti affetti da diabete tipo 1, cioè quel diabete che tipicamente insorge in età giovanile, richiede insulina ed è spesso associato a complicanze metaboliche (iperglicemia, ipoglicemia, chetoacidosi). Questo tipo di diabete costituisce circa il 10% di tutti i tipi di diabete e, in alcuni di questi pazienti, dopo molti anni di malattia, causa danni ai reni rendendo necessario anche il trapianto di rene (trapianto di rene-pancreas). In altri pazienti, nei quali la funzione renale è normale o quasi normale, il diabete tipo 1 può causare comunque gravi problemi agli occhi (fino alla cecità), al sistema cardiovascolare (maggiore incidenza di infarto, di ictus, di amputazione di arti) e al sistema nervoso. Queste complicanze possono associarsi a un grado variabile di difficoltà a mantenere il livello di zucchero nel sangue accettabile, nonostante la terapia insulinica somministrata in 4 iniezioni giornaliere o mediante un'infusione continua, guidata da



Le fasi dell'intervento all'azienda ospedaliero universitaria di Pisa

Le caratteristiche dell'operazione e l'équipe che l'ha eseguita

Il prelievo del pancreas è avvenuto da donatore cadavere. Il trapianto è stato eseguito la mattina del 27 settembre scorso all'azienda ospedaliero-universitaria pisana da un'équipe chirurgica coordinata da Ugo Boggi e composta dai chirurghi Stefano Signori, Fabio Vistoli, Chiara Croce, Mario Belluomini, Fabio Caniglia e Sonia Meli; dagli anestesisti Fabio Guarracino, Gabriella Amorese e Giovanni Consani. Infine, dagli infermieri professionali Antonio Carlino, Marilise Ibba, Valeria Martelli, Massimiliano Marchetti, Francesco Antoni, Federica Ambrosini, Antonietta Trotta, Letizia Cecconi, Patrizia di Vecchio, Iginio Gronchi.

L'intervento è durato complessivamente circa tre ore. La fase "cruciale", cioè quella di collegamento dei vasi dell'organo con quelli del-

la paziente è durato complessivamente 28 minuti, ugualmente distribuiti tra arteria e vena. Il decorso intraoperatorio è stato regolare. Non si è assistito ad alcun sanguinamento. Il decorso post-operatorio è stato altrettanto regolare.

La paziente è rimasta ricoverata fino al 30 ottobre, sia per doverosa precauzione sia perché, nei pazienti diabetici con grave neuropatia autonoma, la normalizzazione dei livelli di glucosio nel sangue può comportare, transitoriamente, un rallentamento del transito intestinale (elemento già tipico della neuropatia diabetica). Si tratta di una sorta di "black out" elettrico per cui le cellule nervose abituate a lavorare con livelli troppo alti di glucosio, il loro unico carburante, hanno una transitoria difficoltà a riabituarsi ad una situazione normale.

una piccola pompa programmabile.

Nei gradi estremi, la difficoltà a controllare il livello di zucchero nel sangue può essere tale da risultare invalidante. Nei pazienti con diabete tipo 1 e danno renale grave, anche prima della dialisi, i benefici del trapianto di rene-pancreas sono tali che è considerato salvavita (come uno di fegato o di cuore). Di conseguenza l'entità dell'intervento ha un'importanza secondaria rispetto all'enorme

beneficio terapeutico e soprattutto all'assenza di reali alternative terapeutiche. Nei pazienti con diabete tipo 1 e funzione renale normale, o quasi, i benefici del trapianto del solo pancreas (trapianto isolato di pancreas) sono tangibili, ma non così clamorosi come in coloro che hanno già un danno renale grave. In questo caso il peso dell'intervento chirurgico diventa un elemento di maggior importanza nel decidere se e quando il trapianto

è opportuno.

A questo punto si inserisce il salto di qualità del robot rispetto alla chirurgia tradizionale, perché il trapianto di pancreas con tecnica tradizionale (con lunga incisione dell'addome) è un po' il prototipo della maxi-invasività chirurgica. In sostanza, le peculiarità dell'organo, la complessità intrinseca dell'intervento e la fragilità dei pazienti diabetici fanno sì che il trapianto di pancreas sia quello gra-

vato dal maggior tasso di complicanze rispetto a qualsiasi altro organo solido che sia possibile trapiantare.

Parlando di cifre, circa il 50% dei pazienti operati sviluppa almeno una complicanza post-chirurgica. Tra il 15 e il 30% richiede almeno un secondo intervento dopo il trapianto. Tra il 5 e il 10% dei pazienti perde precocemente la funzione dell'organo trapiantato per trombosi vascolare. Il peso di una chirurgia così impegnativa è amplificato dall'essere eseguita in pazienti diabetici che, in quanto tali, sono maggiormente suscettibili alle infezioni, hanno un ritardo di guarigione delle ferite, hanno un sistema cardio-vascolare particolarmente fragile e riflessi nervosi vegetativi anomali o addirittura opposti a quanto atteso. Ecco perché la mini-invasività del robot (solo tre piccoli fori di entrata e un'incisione di soli 7 centimetri) e una durata assai inferiore (tre ore rispetto alle 4-5 della durata media di un intervento tradizionale) hanno finalmente tracciato una strada nuova. Essendo il primo caso in assoluto, non è possibile valutare in quale misura il nuovo metodo ridurrà l'incidenza delle complicanze che contraddistinguono questo tipo di trapianto.

È chiaro però che questo primo caso dimostra che è possibile trapiantare un pancreas in modo mini-invasivo, stimolando i chirurghi trapiantologi a valutarne il valore in casistiche di ampie dimensioni.

Non è un caso poi che questo ennesimo risultato sia stato raggiunto a Pisa, dove esiste una cultura dei trapianti ultratrentennale, su cui si sono innestate le nuove potenzialità connesse all'utilizzo del sistema robotico, e dove esiste un Centro di chirurgia robotica multidisciplinare all'avanguardia con l'ultima versione del "Da Vinci SHDi", in dotazione al dipartimento Cardiotoracico dal 2001, che viene utilizzato per la chirurgia ad alta complessità toracica, addominale e colon-rettale, urologica, ginecologica e bariatrica.

pagina a cura di
Emanuela del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

LE PROSPETTIVE

Le terapie innovative all'orizzonte

Aver ridotto il trauma dell'intervento chirurgico di trapianto, rendendolo mini-invasivo (paragonabile a quello provocato dall'asportazione della colecisti), rende più favorevole il rapporto rischio-beneficio del trapianto solitario di pancreas. In ambito medico, la valutazione di questo rapporto è oggetto di un dibattito molto animato da quando, nel 1989, Piero Marchetti (anch'egli in servizio all'Aou) contribuì a far ottenere a Saint Louis (Missouri, Usa) il primo caso ben descritto di insulino-indipendenza nell'uomo con il trapianto delle isole pancreatiche (*Diabetes 1990; 39 (4):515-8. Insulin independence after islet transplantation into type 1 diabetic patient*). Da allora non si è ancora riusciti a definire con certezza se

per un paziente con diabete tipo 1, ma funzione renale conservata, e difficoltà a controllare la malattia con la terapia insulinica (con danni a occhi, sistema nervoso, cuore e vasi) sia preferibile il trapianto di isole pancreatiche o il trapianto isolato di pancreas. In questo dibattito si innesta il tema del trapianto delle cellule staminali concettualmente interessante e teoricamente promettente ma, per ora, assolutamente sperimentale e solo futuribile.

Nello specifico, il trapianto di isole pancreatiche e il trapianto isolato di pancreas hanno alcuni punti in comune ma anche importanti differenze. Il principale punto in comune è la finalità, cioè far sì che il



Il campo operatorio del robot «Da Vinci»

paziente non debba più dipendere dalle iniezioni di insulina per avere un controllo glicemico normale, evitando quindi anche la comparsa dei danni

che il diabete causa nei vari organi. Ancora comune alle due terapie è la necessità di una terapia antirigetto, solitamente costituita da più farma-

ci, che deve essere assunta fino a che le cellule o l'organo funzionano, e quindi in modo cronico.

La terapia antirigetto, cui sono legati rischi specifici, è identica per le cellule e per l'organo anche se, in verità, la maggior fragilità delle cellule e l'assoluta mancanza di markers di rigetto suggeriscono la necessità di una intensità di trattamento immunosoppressivo tendenzialmente superiore per il trapianto di isole. Esistono anche importanti differenze. La prima è che l'insulino-indipendenza, cioè la non dipendenza dalle iniezioni di insulina, considerata indice di "guarigione" dal diabete, è ottenuta sporadicamente con il trapianto di isole e

regolarmente con quello di pancreas. Inoltre, la durata nel tempo di questo risultato, possibilmente pregiudicata da vari fattori tra cui il principale resta il rigetto, è assolutamente maggiore per il pancreas rispetto alle isole.

La seconda differenza è il peso dell'intervento di trapianto, sicuramente molto inferiore per le isole rispetto all'organo. Quindi la principale novità di questa nuova tecnica per il trapianto di pancreas è quella di mettere in dubbio una delle certezze su cui per decenni si sono basate le decisioni terapeutiche in ambito trapiantologico: la grande invasività del trapianto di pancreas. Questo intervento dimostra infatti che anche un trapianto di pancreas come organo può essere mini-invasivo.

(segue da pagina 5)

IV. Risorse

L'impostazione adottata nella compilazione della voce "Budget" deriva dalla considerazione generale che l'azione centrale è una azione della quale il ministero si assume la responsabilità politica e manageriale (su indicazione del Pnp, ratificata dall'Intesa Stato-Regioni).

A tale responsabilità segue generalmente anche una responsabilità operativa in misura più o meno totale. Pertanto, ai fini della definizione delle risorse necessarie alla conduzione dell'Azione centrale si individuano i casi descritti nel Box 2.

Rapporti con il Ccm per quanto attiene al supporto al Pnp

L'obbligo istituzionale del Ccm di destinare parte dei propri finanziamenti a supporto del Pnp è esercitato nel rispetto dell'autonomia decisionale dei suoi organi (Comitato strategico e scientifico). Pertanto, il Ccm può autonomamente finanziare iniziative atte ad aumentare il ba-

gaglio di conoscenze a supporto della programmazione in prevenzione e/o a definire prototipi di intervento col medesimo fine. Talune di tali attività hanno in passato permesso di mettere a punto strumenti innovativi (per es. Passi) che proprio per essersi dimostrate valide sono per il triennio 2010-12 considerate tra le attività organiche del Pnp.

Con la medesima prospettiva, il Pnp può individuare azioni centrali per le quali è necessario acquisire strumenti innovativi talché è dato mandato al Ccm di attuarle, nel rispetto dei meccanismi operativi (bando, approvazione delle progettualità operative ecc.) di quest'ultimo.

Pertanto, ai fini del finanziamento delle azioni centrali, si possono individuare i seguenti casi:

- l'azione centrale è basata su un progetto già finanziato dal Ccm; se la conclusione del progetto in questione produce un risultato considerabile definitivo,

Box 2	
Tipologie di contributo operativo alle azioni centrali ai fini del loro finanziamento	
Azione centrale	Finanziamento
1. Azione operativamente a carico solo del ministero	Azione isorisorsa realizzata mediante le risorse interne del ministero
2. Azione operativamente a carico del ministero e di altri enti che conferiscono risorse umane	Azione isorisorsa realizzata mediante le risorse interne del ministero e degli enti coinvolti
3. Azione che necessita di apporti operativi esterni, già definiti da un progetto in corso	Azione di tipo progettuale già finanziata, che non necessita di ulteriore finanziamento, realizzata anche mediante le risorse interne del ministero
4. Azione che necessita di apporti operativi di uno o più dei seguenti attori: a. ministero b. servizi regionali c. enti tecnici centrali	Azione da finanziare parzialmente coi fondi: a. risorse interne del ministero b. risorse interne delle regioni c. fondi del Pnp

tale da potere essere inserito nella programmazione routinaria del Pnp, il finanziamento va previsto sulla base di quanto articolato nel Box 2.

- l'azione centrale necessita della messa a punto di uno strumento operativo (piano; prototipo ecc.) riconducibile alle finalità del Ccm. Al Ccm viene dato

mandato di realizzare quanto opportuno per l'attuazione dell'azione centrale in questione, nel rispetto dell'autonomia istituzionale.

Risultati del presente progetto operativo

I risultati dell'attività progettuale a supporto del Pnp

2010-12 sono costituiti dalle Azioni, di seguito riportate nelle tabelle sinottiche riassuntive delle varie Linee di Supporto previste dal Pnp.

Le schede progettuali relative alle azioni centrali identificate sono riportate in altro documento, da sottoporre al confronto con il Cip.

Azioni centrali sinergiche

LINEA DI SUPPORTO - Azioni sinergiche

L'insieme delle azioni di supporto previste dal Pnp ha margini di ottimizzazione e sinergizzazione laddove elementi comuni a più linee di supporto possano giovare di un approccio unico. Pertanto, dopo l'analisi delle varie azioni sono emersi alcuni ambiti nei quali appare ragionevole ed efficiente proporre delle "azioni sinergiche".

Obiettivo del supporto massimizzare l'efficacia e l'efficienza degli interventi previsti come azioni centrali

Risultato atteso

Predisposizione di strumenti di supporto all'insieme del Pnp o di un sottoinsieme di linee di supporto

Tabella riassuntiva

	Azioni sinergiche	Linee/azioni di supporto interessate
Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)	AC 1 .I Supporto legislativo al Pnp	B) Prevenzione eventi infortunistici stradali Pnp paragrafo 3.2.a - B 1.1 predisposizione di proposta di modifica al Codice della strada H) Prevenzione malattie determinate da alimenti e acqua Pnp paragrafo 3.3.c - H 1.1 Adeguamento della normativa specifica per celiachia, includendo i benefici nel quadro complessivo dei Lea I) Sorveglianza e monitoraggio Pnp paragrafo 3.4.a - I 1.1 Razionalizzazione dei sistemi di sorveglianza e dei flussi informativi mediante la predisposizione di un atto normativo K) Screening e prevenzione oncologica Pnp paragrafo 4.2 - K 1.1 - Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso la regolamentazione della rete dei registri tumori M) Diabete Pnp paragrafo 4.4 - M 4.1 Definizione di strumenti utili ed efficaci per una corretta comunicazione
Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)	AC 2.1 Piano di formazione dell'Iss a supporto della programmazione regionale	Tutte
Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership		
Garantire la responsabilità (accountability, responsabilizzare gli operatori)	AC 4.1 Piano di comunicazione nazionale a supporto della promozione	B) Prevenzione eventi infortunistici stradali Pnp paragrafo 3.2.a - B 4.1 Predisposizione di campagne di comunicazione G) Prevenzione patologie da esposizione agenti chimici, fisici, biologici Pnp paragrafo 3.3.b - G 4.1 - Definizione dei contenuti delle attività informative, da delineare in relazione alle esigenze regionali, per la comunicazione sul rischio J) Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari (sostegno a Guadagnare salute); Pnp paragrafo 3.4.b - J 4.1 Attuazione della legge n. 55/2005 promuovendo il consumo di sale iodato attraverso la sensibilizzazione della popolazione - J 4.2 - Realizzazione di interventi di educazione e di campagne di informazione sulle aree di Guadagnare salute con metodologie di provata efficacia - J 4.3 Orientare la popolazione per la promozione della salute nei primi anni di vita mediante scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti di salute interconnessi
Gestione basata sulla conoscenza	- AC 5.2 Azione conoscitiva sull'assetto e le attività delle strutture deputate alla prevenzione	Tutte
	- AC 5 .I Integrazione delle fonti informative secondo la metodologia del Burden of disease	- K) Screening e prevenzione oncologica Pnp paragrafo 4.2 - L) Malattie cardio cerebro-vascolari Pnp paragrafo 4.3 - M) Diabete Pnp paragrafo 4.4
	- AC 5.3 Sistema di sorveglianza dei fattori di rischio legati agli stili di vita e sulle patologie non trasmissibili	- I) Sorveglianza e monitoraggio Pnp paragrafo 3.4.a - J) Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari (sostegno a Guadagnare salute) Pnp paragrafo 3.4.b

Allegato 3

VALUTAZIONE E CERTIFICAZIONE DEL PIANO

La valutazione ai fini della certificazione annuale del Piano, a cura del Ccm con il supporto tecnico del Cnesps, si articola essenzialmente in due fasi:

- **valutazione propedeutica:** viene effettuata ex-ante, sui

documenti di progetto, prima della esecuzione dei piani regionali. È finalizzata a una valutazione metodologica e contenutistica dei progetti presentati;

- **valutazione certificativa:** viene effettuata in corso d'opera (annualmente). È finalizzata a monitorare il processo di svolgimento dei piani regionali e lo stato di avanzamento nella attuazione de-

gli interventi programmati rispetto agli obiettivi e al piano di valutazione definiti in ciascun piano.

La prima fase è propedeutica alla seconda: la messa in atto del piano regionale, e quindi il monitoraggio della realizzazione degli interventi, sono possibili solo a seguito di un esito positivo della valutazione propedeutica.

La seconda fase esita nella certificazione annuale del Piano, cui è vincolata la destinazione, per ogni anno di certificazione, delle somme premianti di cui all'articolo 1, comma 4, della presente Intesa.

I criteri in base ai quali, a seguito della valutazione certificativa, la Regione risulta adempiente per il Piano nazionale della prevenzione verranno definiti in se-

no al gruppo tecnico incaricato della valutazione del Piano. ●

Il testo dell'intero provvedimento - la delibera n. 817/2010 relativa all'attuazione regionale del «Piano nazionale della prevenzione 2010-2012» - si può trovare all'indirizzo Internet: <http://web.rete.toscana.it/>

AREZZO Conclusi i lavori di ristrutturazione nello storico edificio di San Francesco

A Foiano il centro polivalente



Oltre all'ospedale di comunità e all'hospice presto la Casa della salute

La struttura di base è quella di uno dei più antichi ospedali della Valdichiana ma, per i contenuti e il ruolo che va assumendo nell'assistenza sanitaria della zona, potremmo dire che è anche fra i più innovativi. Stiamo parlando dell'ex ospedale di Foiano, quello intitolato a San Francesco: una struttura "polivalente", presentata stamani ai cittadini e alla stampa, che sta assumendo un ruolo sempre più centrale nei servizi territoriali. Sempre nella sede del vecchio ospedale - stando ai programmi messi a punto da Asl e Conferenza dei Sindaci, come ha avuto modo di ribadire il direttore generale Enrico Desideri - troverà collocazione la

seconda Casa della Salute della Valdichiana. «Stiamo aspettando le necessarie autorizzazioni ministeriali - ha detto il direttore generale - ma a livello locale, amministratori, azienda sanitaria e medici di famiglia, hanno già deciso di duplicare l'esperienza di Castiglion Fiorentino».

Intanto, con la realizzazione del Centro polivalente (quasi 600mila euro per lavori di ristrutturazione e ammodernamento sia strutturale che tecnologico), si amplia ulteriormente la gamma di servizi presenti. I lavori hanno interessato sia l'area esterna (giardini, muro di contenimento dell'area con marciapiedi e recinzioni, nuova porta d'accesso con

apertura automatica e rifacimento facciate del chiosco con sostituzione della vetrata dello stesso) che, naturalmente, quella interna: dalla sede Cup (con una collocazione che garantisce la privacy molto meglio che in passato) agli uffici amministrativi collocati al primo piano, alla postazione dell'emergenza territoriale e alla continuità assistenziale, collocate al piano terra. Nei locali dell'ex cucina è stata realizzata una sala d'attesa per il punto di primo soccorso. Completamente rinnovata l'area del punto prelievi, con sale di attesa e ambulatori, oltre ai locali per il centralino. E dove c'erano fino a poco tempo fa le lavanderie saranno sistemati gli archivi.

Migliorati, grazie a una nuova e comprensibile cartellonistica, anche i percorsi di accesso agli ambulatori specialistici: medicina di comunità per vaccinazioni e certificazioni medico legali, cardiologia, diabetologia, geriatria, oculistica, odontoiatria, medicina dello sport, salute mentale, neurologia, servizi sociali, attività consultoriali e logopedia. Altri interventi hanno interessato i locali dell'Ospedale di comunità (tisaneria e cucinotto) e la rete telefonica per la trasmissione dei dati.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

EMPOLI

«Quanta strada nei miei sandali»: a lezione di mobilità sostenibile

Anche quest'anno l'Asl 11 ha partecipato alla quinta edizione della settimana di educazione allo sviluppo sostenibile promossa dall'Unesco, dall'8 al 14 novembre, con il progetto "Quanta strada nei miei sandali". Questa edizione, infatti, è stata dedicata alla mobilità sostenibile e ha avuto lo scopo di promuovere nuovi modi di interpretare e vivere gli spazi collettivi che riescano a soddisfare le esigenze di mobilità della società contemporanea senza compromettere la qualità della vita, la salute e le risorse vitali per l'umanità.

Il progetto "Quanta strada nei miei sandali" ha visto la collaborazione del gruppo di educazione alla salute dell'Unità operativa di igiene e Sanità pubblica, dell'Unità operativa ambiente e salute dell'Asl 11 con Legambiente Empolese-Valdelsa, Empolinbici-Ciclofficina, Fondazione Toscana Sostenibile e Publiambiente ed è rivolto a oltre 1.400 studenti delle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di primo e secondo grado del territorio che coinvolgeranno, a loro

Oltre 1.400 studenti coinvolti nel progetto

volta, anche la popolazione. Il progetto ha visto lo svolgimento di varie attività: l'elaborazione di un'indagine sugli spostamenti casa-scuola con la redazione di un apposito rapporto sulla mobilità scolastica, la misurazione dell'inquinamento atmosferico attraverso il lenzuolo di Legambiente, la realizzazione di modelli di bicicletta con materiali di recupero e riciclo, la produzione di un album sulla storia della mobilità che raccoglie immagini, foto e racconti dei genitori e dei nonni, la progettazione di percorsi sicuri casa-scuola a piedi o in bicicletta e lo svolgimento di laboratori per la manutenzione e cura della bicicletta.

Inoltre, in collaborazione con Publiambiente, sono state fatte attività aggiuntive quali la fornitura di contenitori per la raccolta differenziata alle scuole che ne fanno richiesta e la possibilità di effettuare visite guidate presso gli impianti di smaltimento dei rifiuti.

Maria Antonietta Cruciani
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

LUCCA

A fine mese «CardioLucca 2010»: ecco le sfide per un cuore sano

Parte dalla cardiologia di Lucca la moderna sfida assistenziale alle cardiopatie. Da giovedì 25 a sabato 27 novembre si svolgerà, nell'auditorium di San Romano a Lucca, la sesta edizione del meeting nazionale "CardioLucca".

«Gli enormi progressi verificatisi negli ultimi anni nella cardiologia di Lucca e il forte ritmo di crescita dell'offerta di salute per i cittadini - evidenzia Francesco Bovenzi, direttore della cardiologia dell'ospedale di Lucca e presidente dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri Anmco - richiedono grande sacrificio e costante aggiornamento professionale».

«CardioLucca 2010 - prosegue Bovenzi - raccoglie le grandi sfide della cardiologia. Il numero di cardiopatici che si rivolgono e hanno fiducia in noi, ogni anno è in costante crescita e lancia nuove sfide al nostro sistema in termini di accesso rapido alle cure, diritto all'assistenza senza bisogno di ricorrere ad altre strutture, corretto utilizzo delle risorse, efficace gestione degli aspetti socio-sanitari, grande rispetto dell'uomo». Il congresso, che registra ogni

anno un successo crescente, si presenta come una nuova tappa di un lungo viaggio culturale avviato dalla cardiologia di Lucca e giunto ormai alla sua sesta edizione.

CardioLucca presenta quest'anno un singolare programma scientifico fatto di simposi tradizionali e di letture allo specchio. Le grandi sfide della cardiologia vengono rappresentate in un allegorico viaggio dantesco, che partendo dalle evidenze accompagna verso nuove conoscenze alla scoperta della verità. Proprio come per Dante nella Divina Commedia, nel suo cammino anche di scienza dove tutto ciò che si conosce, ciò che appare e accade, diventa premessa al fondamento di verità "nel ciel che più della sua luce prende". A partire dalle evidenze vengono approfondite le più attuali conoscenze cliniche: dalla prevenzione alle sindromi coronariche acute, alle aritmie, allo scompenso cardiaco, alla cardiologia interventistica non coronarica, alla cardiocirurgia.

Il meeting nazionale si terrà dal 25 al 27 novembre

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

LIVORNO

Medicina penitenziaria: firmata l'intesa tra Asl e casa circondariale

Firmato il nuovo protocollo di intesa tra Asl 6 e casa circondariale di Livorno per la gestione della Sanità penitenziaria all'interno del carcere livornese. «Questo documento - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'Asl 6 - conclude un percorso cominciato anni fa in base al quale l'azienda non si limita a prestare i propri professionisti, ma si assume la responsabilità dell'assistenza sanitaria. Il nostro compito, fuori e dentro dal carcere, è quello di assicurare cure efficienti al servizio delle persone a prescindere dalla loro condizione di reclusi o meno. Con questo protocollo estendiamo e radichiamo i nostri servizi anche all'interno delle realtà carcerarie del nostro territorio».

Il rapporto e la presenza di medici e servizi sarà costantemente controllata e ridefinita grazie alla creazione di un tavolo tecnico permanente con componenti misti provenienti dall'Asl e dalla Casa circondariale incaricati di controllare l'appropriatezza dei servizi erogati. «L'accordo sancisce definitivamente - dice Paolo Basco, direttore della casa circondariale di Livorno - il passaggio di competenze della Sanità penitenziaria alla Sanità loca-

le. Per noi si tratta di traguardo importante perché ci permette di fare un ulteriore passo in avanti nel nostro percorso di apertura della struttura alle articolazioni della società siano esse di tipo sanitario, culturale, sociale o altro ancora».

L'organizzazione sanitaria partirà dai servizi offerti fino ad oggi. «La situazione attuale - dice Domenico Tiso, responsabile della Sanità penitenziaria dell'Asl 6 - sconta alcuni problemi legati soprattutto al sovraffollamento delle strutture. Da Livorno, in un anno, passano circa 2.500 detenuti ai quali riusciamo a garantire un servizio di guardia medica 24 ore su 24 e servizi specialistici che vanno dalla psichiatria al dentista, dall'ortopedico al cardiologo. Le patologie principali sono legate alle dipendenze, alle malattie infettive e all'ortodonzia con tutta una serie di persone, stranieri senza documenti, che con noi trovano il primo punto sanitario. Ogni anno, a ogni modo, siamo costretti a ricorrere a circa 400 visite esterne e circa una decina di ricoveri».

La responsabilità dell'assistenza passa all'azienda

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

IN BREVE

LIVORNO

Si è svolta il 6 novembre la "Giornata del donatore" presso il centro Trasfusionale dell'ospedale di Livorno. L'iniziativa, promossa dal Gruppo giovani imprenditori di Livorno, in collaborazione con l'Asl 6, era rivolta a tutti gli associati di Confindustria Livorno. «La commissione Rapporti interni e partecipazione associativa del Gruppo - ha spiegato Francesca Marcucci, presidente del Gruppo giovani imprenditori - ha fortemente voluto questo evento, per creare consapevolezza sull'importanza della donazione di sangue volontaria e per incoraggiare sempre più persone a diventare donatori regolari. Un gesto di civiltà, visto che donare il sangue può davvero salvare una vita». Un accordo utile per far avvicinare nuovi donatori.

PISA

Saranno 18 i defibrillatori installati sul territorio provinciale di Pisa grazie alla battaglia cominciata a Calci, piccolo paese di provincia, dove sono stati installati i primi impianti in grado di prevenire tanti decessi grazie alla tempestività dell'intervento. Maurizio Cecchini, cardiologo dell'AouP, sta infatti portando avanti in ogni sede la sua crociata per promuovere la diffusione capillare, sul territorio, di impianti defibrillatori automatici pubblici, in particolare nei centri di aggregazione, e di addestrare all'uso di questo strumento salvavita un numero sempre maggiore di persone. A Natale verrà installato il 18 Aed (Automated external defibrillator) al campo sportivo di Madonna dell'Acqua grazie ai fondi raccolti dalla famiglia dell'ex-sindaco di Calci Rino Loggi.

PRATO

Sono iniziati i lavori di ristrutturazione del pronto soccorso per rendere più accoglienti gli spazi riservati ai cittadini. Saranno differenziati i percorsi tra pazienti deambulanti e barellati. Sarà ampliata l'area riservata all'accoglienza e accettazione. Aumenteranno i posti di seduta. Fino al termine dei lavori, che dureranno fino a metà dicembre, sarà attrezzata una sala d'attesa temporanea con il servizio di accoglienza e la disponibilità di macchine erogatrici di bevande. Al Ps si accede direttamente, con mezzo proprio o con ambulanza. L'accesso non avviene per ordine di arrivo (neppure per chi accede in ambulanza) ma sulla base di codici di priorità (rosso, giallo, verde, azzurro, bianco) assegnati secondo il sistema di triage.

CALENDARIO



FIRENZE / 1

I comitati "Ospedale senza dolore" dell'Area vasta Centro e il Formas, Laboratorio regionale per la formazione sanitaria, organizzano una giornata sul tema «Alleanza operatori e cittadini nella gestione del dolore» presso Villa La Quiete alle Montalve. Per informazioni: www.formas.toscana.it



FIRENZE / 2

«Lezioni intorno al pianeta salute. IIª edizione» è il titolo del percorso formativo sulla cultura della salute nel terzo millennio che partirà il 19 novembre. Obiettivo: esplorare le nuove dimensioni del concetto di salute e delineare l'evoluzione storica dei sistemi sanitari. Per info: 055/496522, relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it



FIRENZE / 3

Presso il Grand Hotel Mediterraneo in Lungarno del Tempio 44 si terrà il convegno sul tema: «Le condotte suicidarie e la responsabilità dello psichiatra». Il convegno sarà articolato in due sessioni: la mattina («Il suicidio e i servizi territoriali»), il pomeriggio («Il suicidio nelle istituzioni penitenziarie»). Per info: 055/4633701

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

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN
GR
LIB

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

GIOR
NALI
E
RIVISTE

INTER
NET
PER
TUTTI

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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