

# 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. 44 anno XV del 27 nov.-3 dic. 2012 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

## La prevenzione prima arma anticontagio

di Emanuela Balocchini \*

L'Aids è un'epidemia sotto controllo? Forse sarebbe meglio dire un'epidemia che ha cambiato tanti volti e che di conseguenza impone di mettere in campo azioni diverse secondo l'aspetto e la forma che assume, cercando di prevedere necessità e conseguenti programmi e azioni di intervento.

Da quando alla fine degli anni Novanta il virus è stato riconosciuto e associato alla terribile immunodeficienza che mieteva vittime - soprattutto fra tossicodipendenti e omosessuali e che costringeva i malati a passare lunghi mesi in ospedale per curare, quando questo era possibile, un'infezione dopo l'altra - siamo passati alla situazione odierna di malattia cronica ormai diffusa nella popolazione generale, che permette lunghissimi periodi di vita praticamente normale per altro al prezzo di terapie molto pesanti.

Negli anni Novanta si costruivano reparti ospedalieri pensando di dover ricoverare migliaia di malati, si isolavano i pazienti, spesso rifiutati dalla famiglia e stigmatizzati dalla società, in strutture dedicate di lungodegenza. Oggi le nuove terapie consentono al sieropositivo e anche al malato in fase di Aids proclamato di condurre una vita attiva, di costruirsi una famiglia, di progettare il

CONTINUA A PAG. 2

## ALLARME AIDS

L'Agenzia regionale di Sanità fa il punto su dati e comportamenti

# Guardia alta contro l'Hiv

Prevale la diffusione tra gli eterosessuali e cresce l'età della diagnosi

In Toscana il registro regionale alimentato dai medici attivi presso le Unità operative di Malattie infettive delle aziende sanitarie segnalava - dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2011 - 4.125 casi di Aids relativi a soggetti residenti, ovunque diagnosticati, il 78% dei quali di genere maschile. I casi pediatrici (età alla diagnosi inferiore a 13 anni) risultavano quarantotto: 47 registrati prima del 2001, uno nel 2011. Questi sono alcuni dei dati aggiornati che saranno illustrati il 29 novembre presso l'Auditorium dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze, al convegno organizzato dall'Agenzia regionale di Sanità della Toscana dal titolo "Hiv e Aids in Toscana: un'epidemia sotto controllo?"

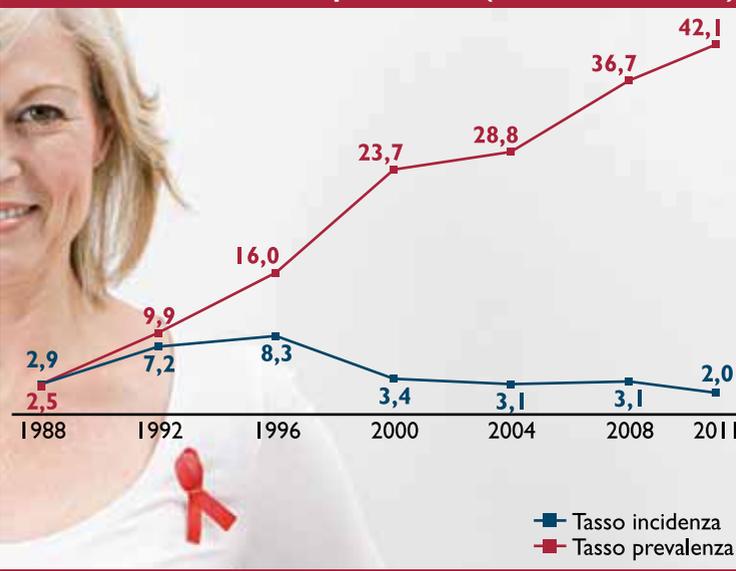
Secondo le ultime informazioni a disposizione ci si ammala di Aids in età sempre più avanzata: l'età mediana alla diagnosi presenta, nel corso degli anni, un aumento progressivo sia per i maschi che per le femmine sino a raggiungere 45,5 anni nei primi e 42 nelle seconde, con un rapporto maschi/femmine di 4 a uno. Il trend in Toscana è analogo a quello nazionale: dal 1995 si registra una progressiva diminuzione, che si è stabilizzata nell'ultimo decennio a circa 100 nuovi casi l'anno. L'asestamento delle nuove diagnosi è una conseguenza dell'allungamento del tempo di incubazione dell'Aids dovuto all'effetto della terapia antiretrovirale combinata.

Le Ausl di Prato, Viareggio e Pisa presentano, nell'ultimo triennio, tassi di incidenza superiori a 3 casi ogni 100.000 residenti, mentre Arezzo registra il tasso di incidenza aziendale più basso (2 per 100.000 residenti).

Nel contesto nazionale la Toscana - secondo i dati dell'Istituto superiore di Sanità - si colloca per tasso di incidenza al quinto posto (2,0 per 100.000 ab.) preceduta da Lazio (2,8), Lombardia (2,8), Emilia Romagna (2,6) e Liguria (2,2). Le persone malate di Aids attualmente viventi in Toscana sono 1.580. Il tasso di letalità dell'intero periodo è di 62,3% (2.480 decessi).

Tra i casi di Aids, la modalità di trasmissione del virus Hiv ha subito nel corso degli anni un'inversione di tendenza: il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi dell'epide-

Aids: tassi di incidenza e prevalenza (x100.000 residenti)



mia, per la tossicodipendenza ma è attribuibile a trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale. Questo dato sottolinea l'abbassamento del livello di guardia nella popolazione generale: gli eterosessuali non si ritengono soggetti a rischio e invece sono la categoria che più ha bisogno di informazione.

Dall'istituzione del nuovo registro regionale e nazionale Hiv (2008), cioè in 3 anni di sorveglianza, sono state notificate 813 nuove diagnosi di infezione da Hiv in soggetti non pediatrici di cui 744 (91,5%) relative a cittadini residenti in Regione. Il tasso di incidenza è pari a 7,3 casi ogni 100.000 residenti. Il 79% dei casi riguarda il genere maschile (rapporto maschi/femmine pari a 3,77:1) e il 55,0% si concentra nella fascia d'età 35-59 anni.

Le donne scoprono più precocemente degli uomini l'infezione: l'età mediana è di 32 anni rispetto ai 40 anni dei maschi.

I pazienti stranieri a cui viene diagnosticata un'infezione da Hiv sono 201 (il 24,8% del totale); di questi il 57,7% è di sesso maschile. I maschi provengono principalmente dall'America Centro Sud e le femmine dall'Africa Centro Sud, origine più legata al mondo della prostituzione. La maggioranza delle infezioni da Hiv è attribuibile a contatti sessuali non protetti, che costituiscono l'86,3% di tutte le segnalazioni. I rapporti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione nettamente più frequente per le donne (89,9%). Nei maschi il contagio è sia omosessuale che eterosessuale: 48,3% e 37,1% rispettivamente.

Le persone che si sono infettate a causa dell'uso di droghe iniettive sono intorno al 7 per cento.

La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento molto importante, in quanto permette di accedere tempestivamente alla terapia antiretrovirale e di ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione legata a comportamenti a rischio.

Fabio Voller, Monica Da Frè  
Agenzia regionale di Sanità della Toscana

ALTRI SERVIZI A PAG. 2

## CONVEGNO IN VISTA DELLA GIORNATA MONDIALE

### Quelle nuove sfide poste dalla malattia

Sotto la lente anche le altre patologie infettive e a trasmissione sessuale

In corrispondenza con la celebrazione della giornata mondiale per la lotta all'Aids che si celebrerà come ogni anno il primo di dicembre, nel convegno del 29 novembre (presso la Sala Convegni dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze (via Folco Portinari, n. 12, Firenze) si farà il punto della situazione relativamente alla diffusione dell'Hiv e dell'Aids nella Regione Toscana, collocandola all'interno del quadro epidemiologico di queste patologie nazionali e internazionali.

Il convegno rappresenterà anche l'occasione per presentare alcuni dati, unici nel panorama nazionale, relativi alla diffusione di altre malattie a trasmissione sessuale e di malattie infettive non soggette a notifica obbligatoria, ai comportamenti a rischio nella fascia d'età più giovanile e agli interventi di prevenzione di provata efficacia effettuati in ambito scolastico. Sarà posta l'attenzione sulla sorveglianza dell'Hiv, sui comportamenti a rischio in età giovanile, ma anche sottolineata la situazione delle malattie infettive nella popolazione carceraria in Toscana.

Sarà inoltre presentata la nuova modalità di rilevazione via web del registro regionale Hiv che andrà a sostituire e integrare la notifica cartacea.

Il convegno si concluderà con una tavola rotonda che cercherà di rispondere alla domanda posta nel titolo: "Hiv e Aids in Toscana: un'epidemia sotto controllo?".

## CONTROCANTO

### «Diventi routine il test dal Mmg»

Dario Bartolozzi e Sergio Lo Caputo \*

A trent'anni dalla descrizione dei primi casi di Aids cosa è cambiato nell'opinione pubblica su questa pandemia? Le sigle Hiv e Aids non sono più associate al concetto di malattia letale bensì a una infezione "curabile", che quindi non fa più paura come in passato. Questo in gran parte conseguenza dei successi ottenuti nel campo dei farma-

ci antiretrovirali, anche se a fronte di questi importantissimi successi - si continua a osservare un numero costante di nuove infezioni.

Per ottenere una riduzione delle nuove infezioni un ruolo fondamentale spetta alla prevenzione, ma in periodi di crisi economica purtroppo non proprio le cam-

CONTINUA A PAG. 2

## LEGGI&DELIBERE

### Trapianti, focus diabete per l'Ott

La Giunta regionale ha deciso di istituire, nell'ambito dell'Organizzazione toscana trapianti, tra le aree tecnico-scientifiche per la ricerca orientata all'innovazione e sviluppo delle attività trapiantologiche, l'area denominata "Diabete e Trapianto" avente come finalità studio e valutazione su: impatto del diabete pre e post-trapianto sulla sopravvivenza del paziente e dell'organo trapiantato; prevalenza della sindrome metabolica post-trapianto; valutazione della terapia più appropriata nel diabete post-trapianto; studio della ricorrenza del diabete autoimmune dopo trapianto di pancreas. (Delibera n. 821 del 17/09/2012)

### Riabilitazione termale per gli arti

Approvato il progetto "Percorso preventivo e riabilitativo in ambiente termale in pazienti con artropatie arti inferiori" presentato dall'Azienda ospedaliera Careggi. La Giunta ha deciso di destinare circa 226mila euro al progetto che ha come finalità la gestione del percorso dei pazienti affetti da artropatie e artrosi, al fine di dare una congrua risposta assistenziale in ambito riabilitativo correlata a tre moduli d'intervento: preventivo (azioni dirette a impedire l'aggravamento della situazione); fisioterapico/termale (per i casi clinici di modesta gravità); azioni a sostegno di interventi di chirurgia ortopedica. (Delibera n. 838 del 24/09/2012)

## ALL'INTERNO

### Così Siena cura i neurinomi

A PAG. 3

### Corsi Doc per gli «Oss»

A PAG. 4-5

### Aiuti ai nuclei familiari

A PAG. 6

**ALLARME AIDS** Il 21,2% dei pazienti si scopre sieropositivo a malattia conclamata



# La piaga «diagnosi tardiva»

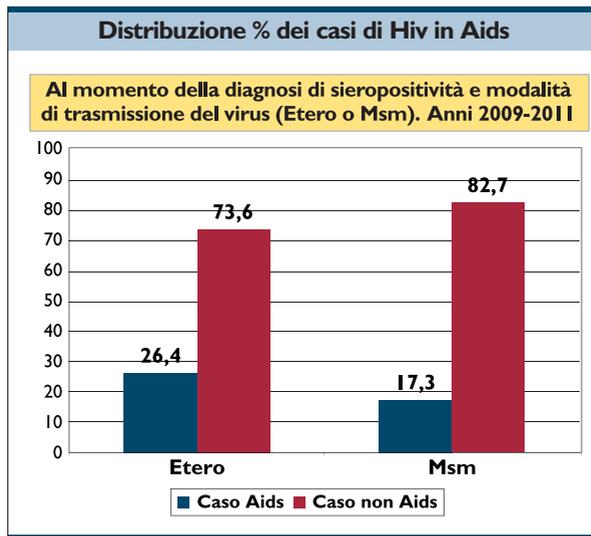
Il 37,2% effettua il test quando si sospetta una patologia Hiv correlata

Molte persone Hiv positive scoprono di essere infette dopo vari anni e pertanto non possono usufruire dei benefici delle terapie antiretrovirali prima della diagnosi di Aids: dal 1999 a oggi ben il 71% delle persone diagnosticate con Aids non ha effettuato alcuna terapia antiretrovirale. Una diagnosi tardiva dell'infezione Hiv comporta, oltre a un conseguente ritardo dell'inizio del percorso terapeutico, un peggioramento dell'efficacia della terapia, in quanto è più probabile che il paziente presenti infezioni opportunistiche che rischiano di compromettere l'effetto della terapia. Inoltre nei pazienti con infezione avanzata, il virus tende a replicarsi più velocemente, determinando un aumento della carica virale e un conseguente rischio di infezione.

Secondo i dati del sistema

di sorveglianza delle nuove infezioni da Hiv, in Toscana, il 21,2% dei pazienti scopre di essere sieropositivo in concomitanza alla diagnosi di Aids. Se si distingue per le principali modalità di trasmissione del virus (eterosessuale e "Msm": maschi che fanno sesso con maschi), emerge una proporzione maggiore di casi dovuti alla trasmissione eterosessuale a indicare come in questo sottogruppo sia più bassa la percezione del rischio, che comporta maggior ritardo alla diagnosi.

A livello internazionale sono stati definiti alcuni indicatori per descrivere il ritardo diagnostico: la presenza o l'assenza di infezioni opportunistiche definiti l'Aids e il numero di linfociti CD4 presenti nell'unità di volume di sangue. Più è basso il numero di linfociti CD4 in un paziente Hiv, più è alto il rischio di comparsa di



infezioni opportunistiche, dalle quali l'organismo non è più in grado di difendersi.

Il 40,5% dei pazienti viene diagnosticato in fase avanzata di malattia con una rilevante

compromissione del sistema immunitario. Queste persone che scoprono di essere Hiv positive in ritardo hanno un'età più avanzata (il 67,7% degli ultrasessantenni rispetto al

47,8% dei 35-39enni e al 25,0% dei pazienti di 17-34 anni) e hanno contratto l'infezione prevalentemente attraverso contatti eterosessuali (il 46,2% degli eterosessuali rispetto al 29,7% degli "Msm" hanno un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL).

Il 37,2% dei pazienti effettua il test nel momento in cui vi è il sospetto di una patologia Hiv correlata e solo il 24,9% lo effettua spontaneamente per percezione di rischio. Nelle femmine oltre a queste due motivazioni si aggiunge una quota importante di donne che ha eseguito il test durante un controllo ginecologico in gravidanza (21,4%). Si conferma che per gli uomini omosessuali una maggior percezione del rischio rispetto agli eterosessuali, effettuando il test spontaneamente per percezione del rischio nel 41,0% dei casi (21,5% negli etero).

La consapevolezza da parte del paziente del proprio stato di sieropositività è un elemento molto importante in quanto non solo permette di accedere tempestivamente alla terapia antiretrovirale, ma anche di ridurre la probabilità di trasmissione dell'infezione legata a comportamenti a rischio. Vi è una scarsa consapevolezza della possibilità di contagio da parte della popolazione, soprattutto eterosessuale che viene a conoscenza della propria sieropositività in fase avanzata di malattia. Emerge la necessità di sensibilizzare la popolazione sull'infezione Hiv attraverso una maggiore comunicazione, incrementare e facilitare l'accesso ai test.

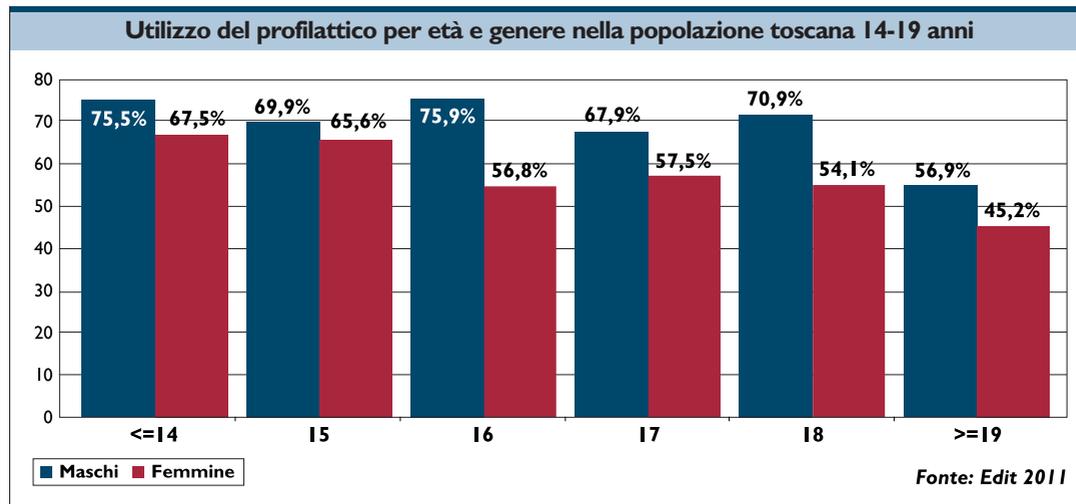
**Monia Puglia, Monica Da Frè e Fabio Voller**  
Settore Epidemiologia dei Servizi sociali integrati  
Ars Toscana

## LE RILEVAZIONI DELL'ARS SULL'USO DEL CONDOM

### Rischio-contagio sottostimato tra i giovani

Dall'indagine condotta nel 2011 dall'Ars della Toscana, emerge che fra i giovani 14-19enni soltanto il 60,1% dei sessualmente attivi utilizza il profilattico. Valore, questo, sovrapponibile a quanto osservato, nel 2009, fra i ragazzi statunitensi (61,1%) confermando l'uniformazione dei comportamenti nei Paesi occidentali. La prevalenza d'uso è maggiore nel genere maschile e, al crescere dell'età, tende ad attenuarsi soprattutto fra le femmine che iniziano a utilizzare anticoncezionali orali (15,9% ne fa uso a 14 anni vs 33,8% delle 19enni). Queste informazioni mostrano il rischio al quale i ragazzi si sottopongono ma anche quanto, ancora oggi, il profilattico venga utilizzato come metodo anticoncezionale piuttosto che di prevenzione nei confronti delle malattie a trasmissione sessuale (Mts).

In uno studio svolto da Ars in collaborazione con l'Unità di Malattie a trasmissione sessuale di Firenze, si osserva che su 469 utenti intervistati solo il 15,7% dichiara di utilizzare sempre il profilattico. Questa percentuale, vista in base alla classe di età



corrispondente, appare ancora più allarmante con valori che, ai due estremi, si attestano sul 13,8% nei giovani di 15-24 anni scendendo all'11,1% fra gli ultra 55enni. Il 59,7% ha dichiara-

to di avere una relazione stabile ma, di questi, il 20% afferma di aver avuto 5 o più partner sessuali nel corso degli ultimi 12 mesi con elevato rischio, non solo per la propria salute,

ma anche per la diffusione della "Mts".

Trattandosi di un'indagine condotta in un centro specialistico, non meraviglia il fatto che il 50% degli intervisti

abbia già contratto una Mts nel corso della propria vita, in particolare sifilide (39,3%), papilloma virus (64,6%), chlamydia trachomatis (42,9%), gonorrea (39,6%), herpes simplex di tipo 2 (32,7%) e Hiv (24,4%) ma ciò che risulta molto difficile da comprendere è che di questi, il 32,4% continua a non usare il profilattico.

Il comportamento sessuale dei giovani toscani sembra uniformarsi sempre di più a quello in altri Paesi. Secondo i dati presentati dal Centers for disease control and prevention - Cdc, infatti, nel 2009 il 46% dei giovani statunitensi ha dichiarato di aver già avuto un rapporto sessuale; valore che in Toscana si attesta sul 43,5%. Anche l'utilizzo del profilattico segue lo stesso andamento (65,8% toscani vs 61,1% statunitensi) con una prevalenza d'uso maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

**Caterina Silvestri**  
Agenzia regionale di Sanità  
**Barbara Giomi**  
Uoc "Centro Mts" Asl 10 Firenze

## CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

pagne di prevenzione a essere fortemente penalizzate dai tagli, perché si tende a utilizzare le risorse disponibili solo per tamponare situazioni di emergenza e non a pianificare interventi che sul medio-lungo periodo possono risultare efficaci sia dal punto di vista della salute pubblica che da quello economico-sociale. L'assenza nelle scuole di una vera educazione sanitaria contribuisce a creare una società non a conoscenza di elementi, ma fondamentali, misure di prevenzione.

In Italia, con pesante ritardo rispetto agli altri Paesi europei, è stato istituito un registro dei nuovi casi di infezione da Hiv che permetterà di monitorare l'andamento dell'epidemia e soprattutto di identificare le caratteristiche epi-

demologiche dei soggetti che si infettano e che possono variare a seconda delle aree geografiche considerate. Queste informazioni potrebbero guidare interventi di prevenzione mirati in alcuni ambiti territoriali e su cluster di popolazione ben definiti.

Si stima che circa 1/3 della popolazione sieropositiva italiana non sia a conoscenza del suo stato di malattia ed è quindi importante cercare di identificarle per garantire sia una cura efficace che informazioni atte a ridurre il rischio di trasmissione.

Incentivare l'esecuzione del test Hiv è la misura più efficace per identificare una persona sieropositiva e il medico di famiglia potrebbe svolgere un ruolo cardine e di grande utilità inserendo il test nel-

l'ambito dei controlli di routine ai suoi assistiti. Inoltre, la consolidata collaborazione esistente tra le Uo di Malattie infettive e le Agenzie regionali di Sanità pubblica può rappresentare una carta vincente, non solo nella raccolta del semplice dato epidemiologico ma nell'organizzazione di un piano operativo che includa interventi di prevenzione, assistenza e cura.

La strada verso l'eradicazione completa del virus è ancora molto lunga, quindi è doveroso che le autorità regionali garantiscano un maggiore impegno nella prevenzione e informazione/educazione sull'infezione da Hiv.

\* Direttivo Società italiana di Malattie infettive e tropicali (Simit) Toscana

## La prevenzione prima arma... (segue dalla prima pagina)

proprio futuro. Ma questo ha portato a nuovi problemi e a difficoltà silenziose.

La paura dell'Aids è stata dimenticata, molti ignorano che non esistono più le classiche categorie di rischio, e che ormai la malattia incide molto più negli eterosessuali, la positività viene sempre più spesso scoperta tardi, quando già si manifestano le patologie caratteristiche ma nel frattempo si è avuto la possibilità di diffondere il virus ai propri partner, anche solo e soprattutto inconsapevolmente.

In questa situazione la prevenzione deve essere rivolta alla popolazione generale, guardando innanzitutto ai più giovani e giovanissimi che ancora oggi, nella nostra società, dove regna sovrana la comunicazione e do-

ve i più vari mezzi di informazione sono alla portata immediata di tutti, ignorano l'utilizzo del preservativo. Deve essere incentivato l'utilizzo del test per la ricerca dell'Hiv per l'individuazione precoce dei soggetti infetti, uno strumento e una pratica che consente di aumentare la sopravvivenza e la qualità di vita utilizzando le cure adeguate, ma anche di limitare la circolazione del virus.

Soprattutto, è necessario far capire che ancora oggi l'Aids è un problema che riguarda tutti, nessuno escluso, che potrebbe colpire chiunque se non si adottano comportamenti adeguati.

\* Responsabile Settore Servizi di prevenzione in Sanità pubblica e Veterinaria

**SSR AI RAGGI X** Al Santa Maria alle Scotte di Siena operati i primi due pazienti

# Nuova tecnica per i neurinomi

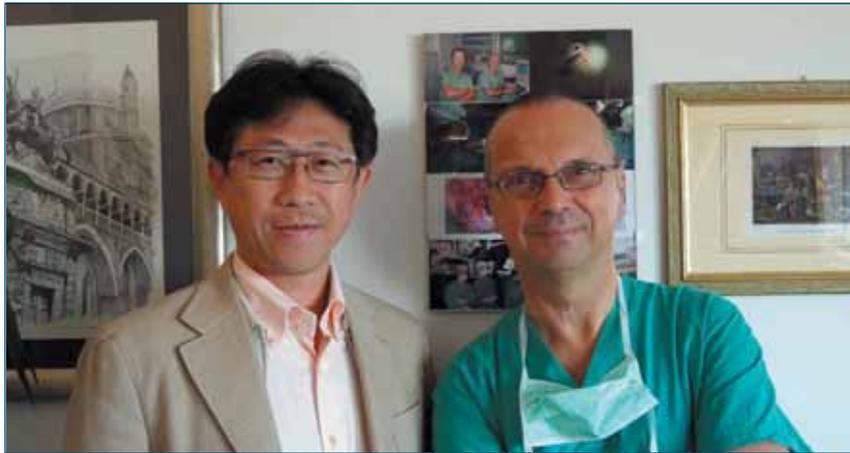


Il metodo contro il tumore del nervo acustico è stato inventato a Tokio

**P**er la prima volta in un ospedale pubblico in Europa è stata utilizzata a Siena una nuova tecnica per rimuovere il tumore del nervo acustico e preservare l'udito. L'importante risultato è stato messo a punto dalla Chirurgia Otológica e della Base Cranica del policlinico Santa Maria alle Scotte, diretta da Franco Trabalzini, in sinergia con la Neurochirurgia Ospedaliera, diretta da Giuseppe Oliveri, l'Anestesia e Terapia Intensiva Neurochirurgica, diretta da Ettore Zei, la Nint - Neuroimmagini e neurointerventistica, diretta da Alfonso Cerase, all'interno del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Neurosensoriali, diretto da Alessandro Rossi.

«Abbiamo operato i primi due pazienti con i nuovi metodi - spiega Trabalzini - messi a punto da un gruppo di ingegneri di Tokio, venuti appositamente alle Scotte dal Giappone. Attraverso un nuovo sistema di monitoraggio intraoperatorio del nervo acustico riusciamo ad aumentare significativamente la possibilità di preservare un buon livello uditivo, sino a 85-90% dei casi operati. Sino a pochi decenni fa la rimozione chirurgica di questi tumori, detti neurinomi, era associata a un non trascurabile tasso di mortalità, il risultato funzionale rispetto alla conservazione dell'udito non era preso in considerazione se non in casi estremamente selezionati. Oggi, a Siena, lo possiamo fare». I neurinomi si sviluppano a livello intracranico in una sede anatomica estremamente delicata, mettendo a repentaglio non solo la funzione uditiva, ma anche quella dell'equilibrio, nonché i nervi che determinano i movimenti della faccia e regolano l'emissione della parola e la deglutizione.

«Il neurinoma del nervo acustico - prosegue Trabalzini - è un tumore benigno che nasce dalla guaina mielinica del nervo stesso. Consiste nel 6% di tutti i tumori intracranici, con una incidenza nella popolazione di 1 su 100mila per anno. La sede anatomica di insorgenza è il condotto uditivo interno e l'angolo ponto-cerebellare, ovvero la parte tra il cervelletto e il tronco encefalico. In tale distretto passano arterie vitali e i nervi cranici che regolano i movimenti e la sensibilità della faccia, la deglutizione, l'emissione della parola». Il primo nervo solitamente interessato è quello uditivo e, per questo motivo, il primo sintomo è rappresentato, in genere, da una progressiva perdita uditiva, spesso asso-



Hidemi Miyazaki, dell'Università di Tokio, e Franco Trabalzini

ciata ad acufeni. «Naturalmente - aggiunge Trabalzini - il nervo acustico è anche il primo a poter perdere la sua funzione dopo un intervento chirurgico tradizionale. L'altro nervo, cui bisogna prestare particolare attenzione in sede di rimozione chirurgica, è il nervo facciale, deputato al movimento dei muscoli della faccia. La preservazione della funzione uditiva con la chirurgia tradizionale è, in letteratura, globalmente di non oltre il 10-15%. Con questo nuovo monitoraggio si può arrivare all'80-90% dei casi operati, in relazione anche alle dimensioni del tumore stesso».

Il monitoraggio intraoperatorio avanzato per la funzionalità uditiva utilizzato a Siena consente, rispetto alle metodiche convenzionali di registrazione dei potenziali evocati uditivi intraoperatori, o di elettromiografia dei muscoli facciali, un feedback più preciso, rapido ed efficace per il chirurgo. Tale metodica, che si avvale della registrazione del potenziale del nervo acustico e facciale in prossimità del tronco encefalico, permette di ampliare le indicazioni all'intervento di rimozione del neurinoma del nervo acustico, nei casi con ottima funzionalità uditiva preoperatoria associati a neoformazioni di medio-piccole dimensioni, offrendo risultati eccellenti in termini di qualità di vita del paziente.

«Grazie al nostro lavoro d'équipe e all'alta specializzazione - aggiunge Oliveri - il nostro centro è punto di riferimento nazionale per queste patologie, che richiedono moderne tecniche chirurgiche e un alto livello

tecnologico, in modo da ridurre al minimo le complicanze post-operatorie. Gli interventi sono durati circa 5-6 ore e i pazienti stanno bene». Siena quindi è diventato un centro di eccellenza con un elevato indice di attrazione, grazie a superspecialità e innovazione tecnologica: circa l'80% dei pazienti, per queste patologie, vengono da fuori regione, un po' da tutta Italia. «Si tratta di una vera rivoluzione - aggiunge Alessandro Rossi - che cambierà radicalmente la qualità della vita nei pazienti operati di questo tipo di tumori. Salvaguardare le capacità neurosensoriali e poter preservare l'udito, in patologie così complesse, è ormai una realtà per il nostro policlinico».

Oggi lo sviluppo e l'innovazione si configurano soprattutto come una questione di metodo e di relazioni. «Si riesce a produrre sviluppo - conclude Alessandro Rossi - se si riesce a fare sistema, cioè se le strategie di progetto e di attuazione sono realmente condivise. La reale forza propulsiva del Dipartimento di Scienze neurologiche e neurosensoriali si basa infatti, oltre che sulla elevata professionalità dei singoli attori, sulla loro "intelligenza di gruppo" e quindi sulla loro capacità di tradurre un concetto apparentemente astratto quale è il "concetto di sistema", nella pratica quotidiana del fare le cose insieme».

A cura di  
**Ines Ricciato**  
Ufficio stampa Au di Siena

MEETING INTERNAZIONALE

## Focus endometriosi

**S**iena capitale europea per lo studio dell'endometriosi. Oltre 500 medici si ritroveranno nella città del Palio per il 1° Congresso europeo sull'endometriosi, un importante appuntamento scientifico che si svolgerà all'Hotel Garden, dal 29 novembre al 1° dicembre. Il meeting è organizzato da Felice Petraglia, direttore dell'Ostetricia e Ginecologia del policlinico Santa Maria alle Scotte, dove ha sede il Centro studi endometriosi, struttura di rilievo nazionale per diagnosi, terapia e chirurgia di questa patologia sempre più diffusa tra le donne. «Ogni anno - spiega Petraglia - vediamo circa 200 nuovi casi. La malattia è in aumento e colpisce una donna su 10. In particolare, tre fattori sembrano favorire l'insorgenza della malattia, la prima gravidanza ritardata, l'esposizione a contaminanti ambientali e le irritazioni dei recettori ormonali».

L'endometriosi è un'infiammazione cronica dell'endometrio al di fuori dell'utero e provoca forte dolore durante la mestruazione, infertilità, e può causare seri danni all'apparato digerente e urinario per le aderenze interne alle pelvi.

«A Siena abbiamo sviluppato due filoni di ricerca specifici - continua Petraglia - le diagnosi non invasive, attraverso particolari studi ecografici e l'analisi di alcuni marker nel sangue, e l'approccio chirurgico per via endoscopica, fortemente aumentato grazie all'arrivo nella nostra équipe di Errico Zupi».

Durante il meeting, organizzato in collaborazione anche con Hans Rudolf Tinneberg (Giessen, Germania) e Charles Chapron (Parigi, Francia), in particolare, si punterà l'attenzione sulle nuove terapie sia per controllare il dolore, basate soprattutto sugli antinfiammatori, sia per tenere sotto controllo le recidive dopo un intervento chirurgico. «Saranno presentate le più importanti novità terapeutiche - conclude Petraglia - anche per quelle donne che, non tollerando le tradizionali terapie ormonali, hanno difficoltà a curarsi. Si tratta di dispositivi intrauterini a rilascio controllato di ormoni, di ovuli, e di un nuovo farmaco ormonale frutto della ricerca europea».

L'aver avuto a Siena il primo Congresso europeo è anche legato alla recente nomina di Petraglia - primo italiano - a direttore della prestigiosa rivista scientifica "Human Reproduction Update", con il più alto Impact Factor nel campo dell'Ostetricia e Ginecologia.

**Priorità a diagnosi non invasive e approccio endoscopico**

SALVATO UN NEONATO CON UNA GRAVE MALFORMAZIONE

## Chirurgia pediatrica in toracosopia

**E**ffettuato a Siena un intervento unico in Toscana su un bambino nato con gli organi digerenti nel torace, accanto al cuore, anziché nella pancia. L'eccezionale operazione è stata realizzata con dei piccolissimi fori sul torace, in toracosopia, da Mario Messina, direttore della Chirurgia pediatrica, con la fondamentale collaborazione dei chirurghi Giovanni Di Maggio e Francesco Molinaro, dell'anestesista Laura Giuntini e della Terapia intensiva neonatale, diretta da Barbara Tomasini, che ha permesso di stabilizzare il bambino, operandolo 24 ore dopo la nascita, e di non avere complicanze nel post-operatorio. Si tratta di uno dei pochissimi casi fatti in Italia.

«Abbiamo effettuato sul torace - spiega Messina - un foro da 5 mm per inserire la telecamera e due forellini da 3 mm per inserire le pinze operatorie, in modo da spingere l'ileo, la milza e il colon fuori posto dalla cavità toracica a quella addominale, attraverso il buco anomalo dell'ernia diaframmatica. È stato un intervento

particolarmente complesso, durato circa due ore. Dopo aver risistemato gli organi nella giusta posizione, facendo attenzione alla particolare fragilità della milza, abbiamo chiuso l'ernia dal torace. Si tratta di un vero e proprio salto di qualità della chirurgia pediatrica senese che si attesta tra i migliori centri europei».

Questa malformazione era stata individuata con la diagnosi prenatale e, al momento del parto, la mamma è stata trasferita d'urgenza da Grosseto a Siena, con il supporto dell'équipe di Ostetricia e Ginecologia diretta da Felice Petraglia.

«Questo tipo di malformazioni - aggiunge Messina - ha una mortalità nel 30-40% dei casi perché durante la vita fetale i visceri premono sul polmone e non gli consentono di svilupparsi quindi, appena nato, il bambino può avere forti difficoltà respiratorie, nel nostro caso tenute sotto controllo dalla competenza ed esperienza della dottoressa Tomasini. Ora il piccolo è fuori pericolo, mangia il latte ed è tornato a casa».

DAL 2009 AL 2012 EFFETTUATI 297 TRAPIANTI DI CORNEA

## L'eccellenza dell'oculistica senese

**L'**Oculistica senese è al top in Toscana per i trapianti di cornea. Il risultato è frutto dell'ottimo lavoro portato avanti dall'équipe diretta da Aldo Caporossi e dalla collaborazione con la Banca delle Cornee della Regione Toscana, che ha sede a Lucca. Tra il 1° gennaio 2009 e il 30 giugno 2012 sono ben 297 i trapianti di cornea effettuati dall'Oculistica del policlinico Santa Maria alle Scotte, merito anche delle numerose donazioni di cornea effettuate da tante persone sensibili e generose. «Abbiamo a disposizione tre diversi tipi di trapianto di cornea - spiega Caporossi - e ne stiamo sperimentando una quarta tipologia, grazie a un ottimo mix tra professionalità, esperienze, competenze e alta tecnologia».

Circa il 60% dei trapianti vengono effettuati sostituendo tutta la cornea, grazie all'ottimo lavoro chirurgico che viene effettuato con un laser di ultima generazione, il femtosecond. «Con questa tecnica tagliamo la cornea a zig zag - aggiunge Caporossi - e la adattiamo perfettamente all'occhio, come se fosse l'incastro di una finestra. La seconda metodologia di trapianto, detta cheratoplastica lamellare posteriore, permette di trapianta-

re solo un velo sottile di cornea, la parte dell'endotelio che ha uno spessore di 100-120 micron, soprattutto per quei pazienti con problemi legati al post-operatorio della chirurgia di cataratta o glaucoma». L'endotelio è infatti una parte fondamentale dell'occhio perché, quando non funziona, le acque presenti nell'occhio gonfiano il tessuto corneale che si ispessisce e causa nebbia nella visione. L'acqua, inoltre, crea delle bolle nell'occhio, molto dolorose.

«Il terzo tipo di trapianto che effettuiamo - prosegue Caporossi - chiamato cheratoplastica lamellare profonda, prevede invece la possibilità di trapiantare tutta la cornea tranne la parte dell'endotelio e, quindi, una superficie di 480-520 micron, soprattutto per pazienti con malattia del cheratocoma e opacità della cornea». La quarta via per il trapianto di cornea è attualmente in sperimentazione e si chiama Dmek. «Con questo sistema - conclude Caporossi - riusciremo a trapiantare un velo sottilissimo della cornea, di circa 16 micron, solo una piccola parte endoteliale. Stiamo lavorando sodo per affinare questa tecnica, molto complessa perché è come dover impiantare un velo di cipolla senza farlo sgretolare».

**DOCUMENTI** Ecco la delibera che ripartisce tra le aziende sanitarie 24 corsi di addestramento degli Oss - In palio 725 posti per l'anno 2012-2013



# Operatori socio-sanitari, le regole per la formazione

Il provvedimento elenca nel dettaglio i requisiti per l'accesso e i profili di docenti e tutor - Moduli da 400, 450 o mille ore di lezione

**IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO**

**Pubblichiamo la delibera n. 943 del 29 ottobre 2012 su "Programmazione dei corsi per operatore socio sanitario - Auto-organizzazione alle aziende sanitarie della Toscana ad attivare i corsi per l'anno 2012/2013"**

**LA GIUNTA REGIONALE**

**DELIBERA**

1. di attivare per l'anno 2012/2013 n. 24 corsi per operatore socio sanitario per complessivi 725 posti presso le sotto elencate aziende sanitarie della Toscana per il numero di corsi a fianco di ciascuna riportato (vedi tabella 1).

2. di dare indicazioni alle aziende sanitarie toscane circa l'attuazione dei corsi tramite gli indirizzi per l'organizzazione e realizzazione del percorso formativo per Oss, allegato A) al presente provvedimento per costituire parte integrante e sostanziale;

3. di prevedere, nei suddetti corsi, una riserva di posti pari al 75% per:  
- dipendenti delle aziende ed enti del "Comparto del personale del Ssn" (art. 10 del contratto collettivo quadro per la definizione dei comparti di contrattazione per il quadriennio 2006/2009 stipulato in data 11/06/2007) inquadrati nella posizione funzionale di ausiliario specializzato a tempo indeterminato/determinato;

- personale dipendente di strutture sanitarie private, strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari e assistenziali, con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato;

4. di dover specificare che qualora non venga ricoperta interamente la quota complessiva del 75% riservata al personale dipendente, la rimanente quota viene destinata ai candidati esterni;

5. di rinviare a successivi atti della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", eventuali modifiche al curriculum formativo e l'approvazione del fac-simile dell'attestato finale da lasciare agli studenti;

6. di stabilire che le aziende possono ammettere in soprannumero operatori in possesso di titoli professionali dell'area sanitaria conseguiti all'estero e non

riconosciuti dal ministero della Salute, per i quali è previsto un monte ore complessivo minimo di 200 ore secondo le indicazioni della conferenza dei Presidenti delle Regioni del 24/12/2006 e le modalità previste all'art. 18 degli indirizzi alle aziende;

7. di dare indicazioni alle aziende affinché siano adottate idonee procedure atte a favorire la partecipazione dei dipendenti ai percorsi formativi anche tramite specifici accordi aziendali;

8. di determinare in euro 1.000,00 esente Iva ai sensi dell'art. 10 comma 20 del Dpr 633/1972, la quota di iscrizione per la partecipazione al corso di operatore socio sanitario per l'intera durata di 1.000 ore e in euro 500,00 esente Iva la quota di iscrizione per i percorsi abbreviati;

9. di concorrere alle spese di organizzazione dei corsi per operatore socio sanitario, comprensive del pagamento dei compensi spettanti ai componenti le commissioni sia di selezione che finali nella misura di euro 14.000,00 per corso di 1.000 ore e di euro 10.000,00 per corso integrativo abbreviato, per un importo complessivo di euro 264.000,00 da assegnare alle aziende sanitarie quale contributo per l'attuazione dei 24 corsi Oss;

10. di approvare la programmazione entro l'anno 2012 in modo da svolgere i corsi nei tempi opportuni per l'attività formativa, dando alle aziende sanitarie la possibilità di approvare l'attività e, pur effettuando le spese effettive nel corso del prossimo esercizio, di svolgere le selezioni e iniziare l'attività didattica già dal mese di gennaio 2013, evitando disagio agli utenti e svolgendo l'attività formativa secondo i canoni consueti;

11. di prenotare a tal fine la somma di euro 264.000,00 al capitolo 24013 "Formazione di base e formazione manageriale" (fondo sanitario vincolato) del bilancio pluriennale 2012/2014 annualità 2013 che presenta la necessaria disponibilità.

**ALLEGATO A**

**Indirizzi per l'organizzazione e realizzazione del percorso formativo per operatore socio-sanitario e operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria**

**Profilo professionale**

**Articolo 1 - Principi generali e finalità**

Il corso per Operatore socio sanitario (Oss) è volto a fornire una formazione specifica di carattere teorico e tecnico-pratico per un profilo assistenziale polivalente, in grado di intervenire nelle situazioni caratterizzate dalla mancanza di autonomia psicofisica dell'assistito, con un approccio che privilegia l'attenzione alla persona, alle sue esigenze e alle potenzialità residue.

L'Oss è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata:

- a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;

- a favorire il benessere e l'autonomia dell'assistito.

L'Oss svolge la sua attività sia nel settore sociale sia in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'ass-

stuto, in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

L'Oss con formazione complementare in assistenza sanitaria (Oss Fc) è l'operatore in grado di assicurare l'assistenza di base in ambito sanitario, collaborando al processo assistenziale definito dall'infermiere/ostetrica anche con prestazioni sanitarie specifiche, assegnate sulla base del profilo, della pianificazione infermieristica/ostetrica e in relazione alla complessità assistenziale.

**Norme e modalità per la programmazione e l'attuazione dei percorsi formativi**

**Articolo 2 - Direttore del corso**  
Il direttore del corso è il garante della rispondenza del percorso formativo agli obiettivi indicati dal curriculum regionale e al profilo professionale dell'Oss e dell'Oss Fc. Ai fini dell'organizzazione del corso, il direttore:

1. promuove la progettazione, il coordinamento e la valutazione dell'apprendimento teorico e pratico in conformità agli indirizzi regionali, in collaborazione con formatori, tutor e docenti, nel rispetto dell'autonomia di insegnamento del corpo docente;

2. promuove l'introduzione del sistema qualità del corso e provvede al mantenimento dell'accreditamento istituzionale della struttura formativa;

3. affida l'insegnamento tecnico-pratico ai formatori e ai tutor e ne coordina e supervisiona l'attività;

4. garantisce il collegamento con la struttura amministrativa per l'efficace funzionamento dell'attività amministrativa e di segreteria;

5. promuove l'attività di sperimentazione formativa al fine di garantire l'adeguamento continuo del corso alle metodologie didattiche più avanzate, all'evoluzione dei servizi e al progresso tecnico-scientifico;

6. assicura processi di valutazione formativa e certificativa del tirocinio in collaborazione con i formatori e i tutor;

7. coordina il collegio dei docenti;

8. gestisce la procedura per l'ammissione definitiva al corso degli studenti;

9. vigila sull'applicazione delle disposizioni riguardanti sia la frequenza degli studenti, sia le modalità di svolgimento dell'attività teorico-pratica;

10. adotta le sanzioni e i provvedimenti disciplinari di competenza.

**Articolo 3 - Formatori e tutor del corso**

A ogni sede formativa, su proposta del direttore del corso, sono assegnati dei formatori e/o dei tutor in rapporto di 1:30. Il formatore è il professionista che pianifica le attività didattiche, gestisce i percorsi di apprendimento pratico (laboratorio e tirocinio), assicura i processi di valutazione formativa e certificativa dell'apprendimento degli studenti. In casi specifici individua modalità e strategie per la predisposizione di piani di recupero individualizzati nei riguardi degli studenti in difficoltà nell'apprendimento teorico e/o pratico.

In particolare il formatore collabora con il direttore al fine di:

1. promuovere l'integrazione tra i docenti per garantire uno sviluppo interdisciplinare dei contenuti teorico-pratici e il raggiungimento degli obiettivi;

2. coordinare la valutazione delle unità didattiche, dei laboratori e del tirocinio per la valutazione certificativa indivi-

duale dello studente;

3. costruire il catalogo dell'offerta formativa in relazione alle esperienze di apprendimento pratico da svolgere da parte degli studenti nei servizi socio-sanitari.

Il formatore è componente del collegio dei docenti.

Il tutor è la figura del profilo specifico che partecipa al processo formativo, al fine di:

- promuovere l'identificazione nel ruolo dello studente;

- collaborare nella gestione del progetto globale di apprendimento pratico e per la conduzione di esperienze di apprendimento sul campo e laboratori didattici specifici;

Il tutor è componente del collegio dei docenti.

**Articolo 4 - Docenti**

Il personale docente, formalmente incaricato dal legale rappresentante dell'ente titolare del corso, è individuato in base a:

- curriculum formativo;

- esperienza professionale.

Per l'accesso all'elenco dei docenti è indetto presso ogni ente e/o area vasta un avviso di selezione.

Il personale docente è tenuto in particolare a:

- partecipare alle riunioni di programmazione dell'attività didattica, nonché a corsi di formazione sul profilo a cui è dedicato il corso;

- programmare e svolgere il proprio programma di insegnamento in maniera coerente con il curriculum regionale e con il percorso formativo globale;

- proporre la bibliografia di riferimento e/o il materiale didattico relativo al proprio insegnamento;

- favorire il sostegno e il recupero dello studente qualora si riscontrino difficoltà di apprendimento;

- concorrere a delineare il profilo dello studente in merito all'apprendimento e all'attività professionale.

**Articolo 5 - Requisiti di accesso e modalità di ammissione**

Per l'accesso ai corsi di formazione per operatore socio sanitario sono richiesti i seguenti requisiti alla data di presentazione della domanda di ammissione alla selezione per il corso:

- possesso del diploma di scuola dell'obbligo;

- compimento del diciassettesimo anno di età.

I candidati possono dimostrare il possesso dei requisiti mediante le forme di semplificazione delle certificazioni amministrative consentite dalla normativa vigente.

Per essere ammessi al corso è previsto il superamento di una prova scritta, con successiva formulazione di una specifica graduatoria. A parità di punteggio l'ammissione al corso avviene in base al criterio dell'età, dando precedenza all'aspirante più giovane (art. 2 della legge 16 giugno 1998 n. 191).

La prova di selezione per i corsi di 1.000 ore si svolgerà in data unica per tutte le aziende sanitarie e verrà comunicata con nota di Regione Toscana. Al fine di garantire equità tra i candidati nell'ambito del territorio regionale, la prova dovrà avere strutturazione omogenea per tutti i centri di formazione sia dal punto di vista quantitativo (n. 60 domande attitudinali con 4 risposte di cui solo una esatta), che qualitativo (livello di difficoltà omogeneo), da sottoporre ai

candidati per un tempo di compilazione di 1 ora, con i seguenti criteri:

- risposta positiva = 1 punto;

- non risposta o risposta errata = 0 punti.

Superano la prova, e quindi risultano inseribili in graduatoria, i candidati che raggiungono la votazione di almeno 31/60.

La prova di selezione per i corsi abbreviati si svolgerà in data unica per tutte le aziende sanitarie e verrà comunicata con nota di Regione Toscana. Al fine di garantire equità tra i candidati nell'ambito del territorio regionale, la prova dovrà avere strutturazione omogenea per tutti i centri di formazione sia dal punto di vista quantitativo (n. 60 items con 4 risposte di cui solo una esatta), che qualitativo (livello di difficoltà omogeneo), da sottoporre ai candidati per un tempo di compilazione di 1 ora, con i seguenti criteri:

- risposta positiva = 1 punto;

- non risposta o risposta errata = 0 punti.

Superano la prova, e quindi risultano inseribili in graduatoria, i candidati che raggiungono la votazione di almeno 31/60.

La prova, per l'accesso al corso abbreviato, sarà incentrata sulle seguenti aree di competenza:

- area socio-culturale (legislazione sociale, organizzazione e metodologia del lavoro sociale, sociologia);

- area operativa di assistenza alla persona (interventi sociali minori/famiglia, anziani, disagio psichico, disabilità, igiene, dietetica);

- area socio-psicologica e relazionale.

Ciascuna azienda sanitaria sede di corso, ai fini del recepimento delle domande, provvede all'emissione di un bando al quale dovrà essere data idonea pubblicità. Si invitano le aziende sanitarie a individuare adeguate modalità di collaborazione per favorire l'informazione e l'incontro delle domande di iscrizione per corsi presso altre aziende, in particolare per i corsi di 1.000 ore della propria area vasta.

Per la selezione sarà costituita una apposita commissione di esame, nominata dal legale rappresentante dell'ente titolare sede del corso e così composta:

- il direttore del corso con funzioni di presidente;

- un esperto del profilo sociale;

- un esperto del profilo infermieristico.

Per l'espletamento delle proprie attività, la commissione si avvale di un segretario formalmente incaricato.

La stessa commissione provvede anche all'accertamento della conoscenza della lingua italiana per i cittadini stranieri che non abbiano conseguito in Italia titoli di studio pari o superiori alla scuola media inferiore. Nella prova di conoscenza della lingua italiana si dovranno accertare e valutare abilità linguistiche quali comprensione, lettura e linguaggio verbale. L'esito positivo di tale accertamento non ha effetto sulla graduatoria finale. L'eventuale esito negativo è motivo di esclusione dalla stessa.

Per l'accesso ai corsi di formazione per operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria sono richiesti i seguenti requisiti alla data di presentazione della domanda di ammissione alla selezione per il corso:

- possesso dell'attestato di Oss.

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

I candidati possono dimostrare il possesso dei requisiti mediante le forme di semplificazione delle certificazioni amministrative consentite dalla normativa vigente.

Per l'ammissione ai corsi Oss Fc sono previste le seguenti modalità:

1. una prova scritta che consiste nella soluzione di un test di 60 domande a risposta multipla teso ad accertare le competenze acquisite nell'ambito del modulo professionalizzante previsto dal curriculum formativo dell'Oss e in particolare:

- legislazione sanitaria e aspetti giuridici;

- anatomia e fisiologia;

- elementi di igiene;

- assistenza di base, con particolare riferimento all'ambito sanitario;

- organizzazione dei servizi sanitari.

Si invitano tutte le aziende sanitarie a programmare la selezione in una data unica a livello regionale o almeno di area vasta. Al fine di garantire equità tra i candidati nell'ambito del territorio regionale, la prova dovrà avere strutturazione omogenea per tutti i centri di formazione sia dal punto di vista quantitativo (n. 60 domande con 4 risposte di cui solo una esatta), che qualitativo (livello di difficoltà omogeneo), da sottoporre ai candidati per un tempo di compilazione di 1 ora, con i seguenti criteri:

- risposta positiva = 1 punto;

- non risposta o risposta errata = 0 punti.

Superano la prova, e quindi risultano inseribili in graduatoria, i candidati che raggiungono la votazione di almeno 31/60.

2. valutazione del servizio svolto presso strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella qualifica di Ota o Aab (ed equipollenti) in possesso dello specifico titolo, considerando punti 1,00 per ogni anno di servizio svolto. Il punteggio è attribuibile in frazione per periodi non inferiori ai 3 mesi;

3. valutazione del servizio svolto presso strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella qualifica di operatore socio sanitario in possesso dello specifico titolo, considerando punti 3,00 per ogni anno di servizio svolto. Il punteggio è attribuibile in frazione per periodi non inferiori ai 3 mesi.

Ai fini della formulazione della graduatoria di merito la commissione ha a disposizione 100 punti così ripartiti:

a) 60 per la prova scritta;

b) 40 punti per i titoli di servizio.

I 40 punti dei titoli di servizio sono così ripartiti:

a) fino a un massimo di 22 punti per il servizio di cui al punto 2);

b) fino a un massimo di 18 punti per il servizio di cui al punto 3).

Per la selezione sarà costituita una apposita commissione di esame, nominata dal legale rappresentante dell'ente titolare sede del corso e così composta:

- il direttore del corso con funzioni di presidente;

- un esperto del profilo infermieristico;

- un formatore/tutor dei corsi Oss del profilo infermieristico od ostetrico.

La commissione per l'espletamento delle proprie attività si avvale di un segretario formalmente incaricato.

**Articolo 6 - Riconoscimento crediti e percorsi formativi abbreviati per soggetti in possesso**

di specifici titoli di qualifica professionale

I soggetti in possesso di attestato di qualifica Ota (Operatore tecnico addetto all'assistenza) conseguito ai sensi del Dm 295/1991 e di qualifica Aab (Addetto all'assistenza di base) conseguito ai sensi della L. 845/1978, possono iscriversi a corsi per Oss usufruendo di un riconoscimento di crediti in ingresso di 550 ore.

I soggetti in possesso del titolo Ota potranno presentare domanda di ammissione in sovrannumero solo presso i centri di formazione che svolgono percorsi 1.000 ore.

Il direttore valuta l'eventuale integrazione del percorso formativo con competenze/conoscenze specifiche per le quali vengano riscontrate evidenti carenze nel curriculum formativo, fino a un massimo di 50 ore.

Le qualifiche di Osa (Operatore socio assistenziale), di Ada (Addetto all'assistenza domiciliare), rilasciate ai sensi della L. 845/1978, e di tecnico dei servizi sociali in possesso del diploma quinquennale rilasciato dagli istituti professionali di Stato, sono equiparate a quella di Aab.

Ai fini della valutazione dei titoli di qualifica conseguiti nelle altre Regioni o Province autonome, dell'equipollenza alla qualifica di Aab/Osa/Tecnico dei servizi sociali, e del conseguente riconoscimento di crediti in ingresso per il percorso di Oss il candidato dovrà produrre documentazione relativa al percorso formativo svolto, completa di materie, contenuti, ore (se non specificati nell'attestato stesso).

Potranno essere riconosciuti crediti formativi in ingresso al corso Oss 1.000 ore anche nei casi di seguito descritti:

**A.** Laureati nelle discipline dell'area sanitaria e psico-sociale. Tali crediti sono riconosciuti anche ai non laureati che abbiano ottenuto Cfu nelle stesse aree nell'ultimo biennio;

**B.** Diplomatici con maturità quinquennale nelle aree dei servizi socio-sanitari.

La valutazione di tali crediti verrà effettuata da un'apposita commissione di area vasta, costituita dai direttori dei corsi.

Potranno essere riconosciuti crediti formativi in ingresso al corso Oss Fc nei casi di seguito descritti:

**A.** Laureati nelle discipline dell'area sanitaria e psico-sociale. Tali crediti sono riconosciuti anche ai non laureati che abbiano ottenuto Cfu nelle stesse aree nell'ultimo biennio.

**B.** Diplomatici con maturità quinquennale nelle aree dei servizi socio-sanitari.

La valutazione di tali crediti verrà effettuata da un'apposita commissione di area vasta, costituita dai direttori dei corsi.

Potranno essere riconosciuti crediti formativi in ingresso al corso Oss Fc nei casi di seguito descritti:

**A.** Laureati nelle discipline dell'area sanitaria e psico-sociale. Tali crediti sono riconosciuti anche ai non laureati che abbiano ottenuto Cfu nelle stesse aree nell'ultimo biennio.

**B.** Diplomatici con maturità quinquennale nelle aree dei servizi socio-sanitari.

La valutazione di tali crediti verrà effettuata da un'apposita commissione di area vasta, costituita dai direttori dei corsi.

Potranno essere riconosciuti crediti formativi in ingresso al corso Oss Fc nei casi di seguito descritti:

**A.** Laureati nelle discipline dell'area sanitaria e psico-sociale. Tali crediti sono riconosciuti anche ai non laureati che abbiano ottenuto Cfu nelle stesse aree nell'ultimo biennio.

**B.** Diplomatici con maturità quinquennale nelle aree dei servizi socio-sanitari.

La valutazione di tali crediti verrà effettuata da un'apposita commissione di area vasta, costituita dai direttori dei corsi.

**Articolo 7 - Idoneità al tirocinio**

In base al Dlgs 81/2008, gli studenti sono equiparati ai lavoratori e pertanto sono soggetti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente aziendale, il quale deve esprimere il giudizio di idoneità al tirocinio, previa visita medica e accertamenti sanitari preventivi, informando per iscritto, tramite certificazione, lo studente stesso e il direttore del corso. L'eventuale non idoneità al tirocinio comporta l'esclusione dal corso dello studente.

**Articolo 8 - Assicurazione**  
L'azienda sanitaria assicura agli studenti la copertura assicurativa Inail e assume direttamente i rischi connessi alla responsabilità civile contro terzi, ai sensi della delibera Grt 1203/2009 per la frequenza alle attività teorico-pratiche previste dal

corso, ivi comprese quelle svolte in luoghi diversi dalla sede di corso, equiparabili ai dipendenti delle aziende sanitarie. La struttura formativa dell'azienda sanitaria non può, a termine di legge, porre a proprio carico danni provocati con colpa grave o dolo.

**Articolo 9 - Riammissione al corso**

Gli studenti che, nel corso degli scrutini sono stati dichiarati non ammessi all'esame finale oppure non sono risultati idonei durante lo stesso esame, possono richiedere, tramite domanda scritta al direttore, la riammissione in sovrannumero nel successivo corso. Tale possibilità è consentita per una sola volta.

**Articolo 10 - Numero studenti per corso**

Il numero degli studenti da ammettere ai corsi non può essere inferiore a 20 unità per ciascun corso, né può superare il numero massimo di 30 unità, salvo l'ammissione in sovrannumero degli studenti.

L'ammissione in sovrannumero non potrà far superare il numero massimo di studenti per classe di 35 unità, al fine di salvaguardare l'apprendimento tramite il rapporto docente-studenti. In caso di eccedenza di richieste di sovrannumero per il corso Oss e Oss abbreviato dovrà essere data precedenza di ammissione secondo i seguenti criteri:

1. precedenti iscritti al corso;

2. Ota;

3. titoli esteri.

Per tutti vale inoltre il criterio generale del:

- titolo acquisito in data più recente;

- a parità di data al più giovane anagraficamente.

Il direttore valuterà la quota di iscrizione da richiedere, commisurata al numero di ore da effettuare e comunque correlata alle tariffe stabilite dalla Regione Toscana per i corsi Oss. I candidati in eccesso verranno assegnati alla sede di corso più vicina a quella richiesta che ne presenti la capienza, in caso di impossibilità di riassegnazione in ambito regionale i richiedenti acquisiscono la priorità per l'ammissione in sovrannumero nell'anno successivo.

**Articolo 11 - Calendario delle attività formative**

I corsi devono concludersi entro 12 mesi dalla data di inizio del corso, compreso l'esame finale. La Regione può autorizzare tempi d'inizio diversi da quelli indicati in via generale per coordinare interventi formativi della stessa tipologia all'interno delle aree vaste.

**Articolazione del percorso formativo**

**Articolo 12 - Curriculum formativo dei corsi**

I corsi hanno diversa durata:

- corso Oss 1000 ore;

- corso Oss abbreviato 450 ore;

- corso Oss Fc 400 ore.

I corsi sono articolati in Unità formative capitalizzabili (Ufc), ovvero aggregazioni omogenee di obiettivi formativi affini tra loro che concorrono all'apprendimento di aree di competenza necessarie per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e/o ai problemi dei servizi. Ciascuna Ufc è articolata in unità didattiche secondo il principio dell'affinità degli obiettivi e dei contenuti cui afferiscono.

Le attività di didattica frontale, laboratorio e tirocinio sono così ripartite (tabella 2).

**Articolo 13 - Frequenza al corso**

La frequenza è obbligatoria. Non sono ammessi agli esami finali gli studenti

**Tabella 1 - La ripartizione dei posti**

	Corso 1.000 ore	Corso abbreviato
Az. Usl 1 di Massa e Carrara	1 corso	—
Az. Usl 2 di Lucca	—	2 corso
Az. Usl 3 di Pistoia	—	—
Az. Usl 4 di Prato	1 corso	1 corso
Az. Usl 5 di Pisa	1 corso	—
Az. Usl 6 di Livorno	—	2 corso
Az. Usl 7 di Siena	—	2 corso
Az. Usl 8 di Arezzo	—	2 corso
Az. Usl 9 di Gros		

WELFARE

Al via un progetto per censire l'assistenza ai nuclei con molti figli



# Aiuti per oltre 2mila famiglie

## Uno strumento web consente la rendicontazione di tutti gli interventi

Il sostegno alla famiglia è regolamentato dalla legge regionale 41/2005 «Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale» che prevede la valorizzazione e il sostegno del ruolo essenziale delle famiglie nella formazione e cura della persona durante tutto l'arco della vita e il sostegno alle famiglie nei momenti di difficoltà e disagio legati a specifici compiti di cura nei confronti di minori, disabili o anziani.

Uno degli obiettivi che persegue la Regione Toscana è quello di fornire maggiori sostegni all'economia domestica delle giovani famiglie con figli che sono più esposte alle difficoltà economiche. In Toscana è povero il 12% delle famiglie, ma sale al 21% nel caso di due o più minori. A tal fine gli interventi regionali sono finalizzati al sostegno economico attraverso agevolazioni tariffarie e/o erogazioni di contributi a favore delle famiglie in difficoltà con particolare riguardo a quelle numerose (con quattro o più figli), monogenitoriali, con presenza di figli minori. Nel corso del 2011 è stato approvato il progetto regionale «Famiglia numerosa, servizi più leggeri» con il sostegno del Dipartimento per le politiche della famiglia presso la Presidenza del

Consiglio dei ministri che promuove iniziative a favore delle famiglie residenti in Toscana con quattro o più figli che usufruiscono di servizi e prestazioni erogate dai Comuni (decreto 3595/2011).

In precedenza, con delibera 1168/2010, è stato approvato lo schema di protocollo di Intesa tra Regione Toscana e Anci Toscana per la progettazione e realizzazione di azioni di sostegno a valere sui servizi e interventi erogati dai Comuni nei confronti delle famiglie numerose. Destinatari degli interventi sono i nuclei familiari, anche monogenitoriali, con quattro o più figli, anche maggiorenni, compresi i bambini e i ragazzi accolti in affidamento familiare e intra-familiare e in adozione, purché conviventi nel medesimo nucleo anagrafico. Gli interventi riguardano vari ambiti di riferimento quali il trasporto scolastico, la mensa scolastica, il nido d'infanzia, altri servizi integrativi ai nidi d'infanzia, i corsi comunali sportivi, di svago e tempo libero, i buoni acquisto testi scolastici e universitari, i sostegni economici per nuclei in difficoltà e altri interventi o servizi rivolti a nuclei familiari con figli. Il progetto, che si integra con le attività previste dall'accordo siglato con il Dipartimento per le Politiche della famiglia, pre-



vede il raccordo a livello territoriale dei Comuni e delle Sds/Zone Distretto di competenza per la gestione degli interventi da effettuare sul territorio.

Nel 2011 il progetto ha previsto il censimento delle famiglie numerose da parte dei Comuni gestito da Anci Toscana secondo quanto previsto dalla delibera 1168/2010 e la rilevazione degli interventi (servizi-contributi) a favore delle famiglie, erogati dai Comuni/Sds/Zone distretto e da altre forme associate all'interno della procedura web «Rifan». Più di 5.300 sono le famiglie numerose presenti sul territorio toscano, censite dai Comuni, potenzialmente destinatarie delle risorse previste dal progetto. L'applicativo web «Rifan» pre-

vede la rendicontazione degli interventi (servizi-contributi) erogati sul territorio. Dopo una prima fase sperimentale dell'applicativo con alcuni enti aderenti, dal 16 maggio 2012 è stato reso disponibile a tutti gli enti del territorio toscano che hanno aderito al progetto. Il sistema web «Rifan» di rendicontazione dei contributi-servizi erogati fa riferimento al nomenclatore regionale approvato con delibera di Giunta n. 580/2009 che ha come target le famiglie numerose e quelle in difficoltà a cui vengono attribuiti finanziamenti regionali e nazionali.

L'applicativo «Rifan» consente di comunicare tutte le informazioni necessarie sia con modalità interattiva sia attraverso

l'invio di archivi tramite tracciato record. Per accedere all'applicazione web i soggetti si sono registrati con nome utente e password. Nella homepage dell'applicativo sono presenti icone che consentono di visualizzare il manuale utente consultabile on line e comprensivo del tracciato record contenente le caratteristiche di dettaglio. Si può inoltre accedere ai link in cui visualizzare la documentazione attinente al progetto ed è possibile dialogare con l'assistenza tecnica attraverso il numero verde 800-182780 o tramite un indirizzo mail attivato ad hoc per l'applicativo. La rendicontazione Rifan ha coperto il periodo che va dal 1° settembre 2011 al 31 luglio 2012 con scadenza 1° ottobre 2012. La rendicontazione da parte degli enti (Comuni singoli/forme associate) riguarda tutti gli interventi (contributi-servizi) erogati con l'indicazione dell'instestataro scheda anagrafica/beneficiario, dei dati familiari, del periodo di riferimento e della spesa relativa alle date sopra indicate.

Le informazioni inserite garantiscono l'anonimato ai soggetti in quanto l'applicativo crea un «ID famiglia» a cui sono abbinati tutti gli interventi relativi a quella famiglia. Inoltre è richiesto l'inserimento dei seguenti dati famiglia:

monogenitorialità, numero figli in età prescolare (0-6 anni), numero figli minorenni (6-18 anni), numero figli maggiorenni, numero figli in affido conviventi, numero altri familiari conviventi, presenza di familiare non autosufficiente o con handicap.

Nel corso del mese di ottobre si è proceduto alla rendicontazione del progetto regionale che ha visto la partecipazione delle Sds/Zone distretto, dei Comuni e di altre forme associate che hanno garantito la copertura di oltre 240 Comuni del territorio toscano. Le famiglie numerose raggiunte dagli interventi attivati sono oltre 2.000. Il totale erogato dalla Regione Toscana agli enti per i contributi a favore delle famiglie numerose è pari a oltre 1,8 milioni di euro.

Attualmente il territorio attraverso la procedura web «Rifan» accede alla reportistica, aggiornata in tempo reale, relativa agli inserimenti suddivisa per ente, categoria, territorio, numero di figli. È in corso di predisposizione un atto amministrativo sugli esiti del progetto regionale.

A cura di  
**Paola Morelli**  
Settore politiche per le famiglie e tutela dei minori  
Regione Toscana

## Tariffe soft e contributi: sbloccati 2,3 milioni

Nel corso del 2011 la Giunta regionale ha approvato la delibera n. 875 relativa all'accordo tra Regione Toscana e il Dipartimento per le Politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, in attuazione dell'intesa sancita in Conferenza unificata il 7 ottobre 2010, per la ripartizione della quota del fondo delle politiche della famiglia a favore dei servizi socio-educativi della prima infanzia e di altri interventi a sostegno delle famiglie.

L'accordo siglato in data 7 novembre 2011 prevede la realizzazione di interventi di sostegno riguardanti agevolazioni tariffarie ed erogazioni di contributi a favore delle famiglie in difficoltà con particolare riguardo a quelle numerose (con 4 o più figli), monogenitoriali e con presenza di figli minori. Per queste azioni sono previste risorse pari a 2,3 milioni di euro.

Con l'applicativo «Rifan» gli enti stanno rendicontando i contributi/servizi erogati sul territorio per le famiglie in difficoltà coprendo attualmente i periodi compresi tra il 1° settembre 2011-30 giugno 2012 con scadenza di rendicontazione il 1° ottobre 2012 e il 1° luglio 2012-31 dicembre 2012 con scadenza a fine gennaio 2013. Alla rendicontazione attraverso la procedura «Rifan» possono partecipare tutti gli enti del territorio toscano che erogano tali servizi.

È in fase di predisposizione un atto amministrativo di ricognizione di tutte le risorse disponibili, comprese quelle sopra indicate, per il sostegno alle famiglie in difficoltà da destinare alle Sds/Zone distretto, comuni e altre forme associate che partecipano alla rendicontazione «Rifan».

### COME FUNZIONA IL CENSIMENTO

## Servizi monitorati con il nomenclatore sociale

Per la rendicontazione delle famiglie in difficoltà o numerose sono state utilizzate alcune categorie del nomenclatore degli interventi e servizi sociali della Regione Toscana di cui alla Dgr 580/2009. In particolare: Categoria G «Interventi volti a favorire la domiciliarità» con ulteriore focus sulla categoria G relativa ai livelli di prestazione (tabella 1 «Codifica livello di prestazione - categoria G5»); Categoria H «Servizi di supporto» e Categoria I «Trasferimen-

ti in denaro» suddivisa in IA «Trasferimenti per il pagamento di rette», IB «Trasferimenti per attivazione di servizi», IC «Integrazioni al reddito» con ulteriore focus su IC4 «Contributi economici per alloggio» relativa al livello di prestazione (tabella 2 «Codifica livello di prestazione - categoria IC4»).

All'interno della categoria del livello di prestazione G5 è stato richiesto alle Sds e Zone distretto di rendicontare anche gli in-

terventi aggiuntivi relativi ai contributi erogati per l'assunzione di un assistente familiare, di cui alla legge regionale 66/2008 «Fondo regionale per la non autosufficienza» e ai contributi erogati per la sostituzione dell'assistente familiare, di cui alle Dgr nn. 466/2010 e 1204/2011. Tali informazioni sono da ricondurre al progetto regionale «Sistema integrato dei servizi per le famiglie e gli assistenti familiari» di cui alle delibere sopra richiamate.

### Come funziona la rendicontazione

#### Codifica livello di prestazione - Categoria G5

Valori codifiche	
• G5-1:	Interventi domiciliari sociali e sanitari forniti in forma diretta
• G5-2:	Interventi di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia (persone non autosufficienti con gravi forme di demenza senile)
• G5-3:	Buoni servizio o titoli per l'acquisto di servizi
• G5-4:	Sostegno alla persona e alla famiglia - contributi per l'assistenza familiare (care-giver familiare)
• G5-5:	Sostegno alla persona e alla famiglia - contributi per assistente familiare
• G5-6:	Sostegno alla persona e alla famiglia - contributi per sostituzione assistente familiare
• G5-7:	Contributo per ospitalità in struttura semiresidenziale
• G5-8:	Contributo per retta in struttura residenziale
• G5-9:	Altri interventi rivolti a persone disabili
• G5-99:	Altre spese non ricomprese in quelle precedenti

#### Codifica livello di prestazione - Categoria IC4

Valori codifiche	
• IC4-1:	Spese affitto
• IC4-2:	Spesa utenze
• IC4-3:	Spesa per imposte/tasse relative alla casa
• IC4-99:	Altre spese per alloggio

**LUCCA** Corsi di formazione «tra pari» nelle scuole per la prevenzione stradale

# Peer education sugli incidenti



Nell'anno scolastico lezioni su bicicletta e auto per superiori ed elementari

**P**romuovere l'uso del casco in bicicletta e dei mezzi di sicurezza in auto. È l'obiettivo principale del progetto «I Tutor della salute per la sicurezza dei bambini in bicicletta e in auto», coordinato dalla Regione Toscana e che vede come capofila l'azienda ospedaliera Meyer di Firenze, alla quale l'Asl 2 di Lucca partecipa attivamente tramite l'unità operativa Educazione e promozione della salute e la Centrale operativa 118.

Si tratta di una delle iniziative collaterali organizzate dalla Regione Toscana in vista dei mondiali di ciclismo che si svolgeranno in Toscana nel settembre del 2013 e che rappresenteranno una vetrina eccezionale per tutta la Regione e in maniera particolare proprio per Lucca. È già iniziata nei giorni scorsi la formazione, che durerà tutto l'anno scolastico 2012-2013, di gruppi di studenti di due scuole superiori, i quali a loro volta sensibilizzeranno bambini del-

le scuole primarie all'uso corretto dei dispositivi di protezione sulla strada.

Gli incontri nelle scuole superiori sono tenuti da operatori dell'Educazione e Promozione della salute e del 118 ed è utilizzata la metodologia della peer education (educazione tra pari), che sta fornendo risultati importanti nel raggiungimento di consapevolezza e responsabilità tra i giovani.

Contestualmente il gruppo di stu-

enti acquisirà maggiore responsabilità nella gestione della propria sicurezza in auto, in bicicletta e in motorino, grazie al ruolo di peer-educator (tutor) svolto con i bambini.

Al termine del progetto a ogni bambino delle scuole elementari verrà consegnato gratuitamente un casco. In questo ambito è importante promuovere azioni rivolte alla promozione del movimento e all'uso della bicicletta in sicurezza, anche perché l'Italia da questo punto di

vista evidenzia dei limiti preoccupanti. Grazie a questo progetto sarà possibile ridurre i traumi pediatrici causati dal mancato uso del casco e dei dispositivi di protezione nei percorsi in auto e aumentare le conoscenze sulla sicurezza stradale degli alunni della scuola primaria e degli stessi tutor, responsabilizzati rispetto al loro ruolo nei confronti dei bambini.

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

AREZZO

## San Donato, gastroscopie hi tech: più sicurezza e affidabilità diagnostica

«**P**er le gastroscopie e le colonscopie il San Donato si è dotato di una delle migliori attrezzature esistenti in Italia», ha affermato Fabrizio Magnolfi, direttore della Uo di gastroenterologia, in occasione dell'inaugurazione della nuova sala endoscopica ad alta tecnologia. Costata 270mila euro, l'opera è stata realizzata grazie al contributo versato dalla Chimet tramite il Calcit.

«Una opportunità - ha spiegato Magnolfi - nata un paio di anni fa dal desiderio espresso da Sergio Squarcialupi di fare una donazione al Calcit per la Uo Complessa di Gastroenterologia ed

strosopia che per la colonscopia, in grado di migliorare l'affidabilità diagnostica e di rendere la tecnica più sicura e più tollerabile da parte del paziente. Tali strumenti sono in dotazione finora solo in pochissimi altri Centri in Italia».

Per collocare le nuove apparecchiature si è resa necessaria una ristrutturazione edilizia che ha portato a un complessivo e significativo miglioramento del servizio di Endoscopia.

Si sono così realizzati percorsi separati per pazienti ricoverati e pazienti ambulatoriali, a tutela non solo della privacy, ma anche della stessa dignità umana. E per garantire

il miglior comfort e il rispetto della persona, la nuova sala endoscopica è stata collegata a un accogliente spogliatoio e a un bagno anche per disabili. La ristrutturazione ha anche consentito lo sviluppo di un supporto informatico più agile: si potrà avere a breve una referenziazione che comprenda anche le immagini più significative dell'esame con possibilità di consultazione on line.

**Pierluigi Amorini**  
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

**Imaging: a breve sarà possibile il consulto on line**

EMPOLI

## Giovani medici formati all'estero grazie alle donazioni dei cittadini

**F**ino al 27 dicembre prossimo, l'associazione no profit Mc Multicons Onlus porterà avanti un'iniziativa benefica denominata «Dona il resto. Uniti non ti lasceremo solo», il cui scopo è quello di sostenere il «Progetto Leonardo», promosso dall'Asl 11 di Empoli.

Destinatari del progetto sono giovani medici e operatori delle professioni sanitarie (infermieri e fisioterapisti) che potranno formarsi presso prestigiosi ospedali esteri.

Negli esercizi commerciali dei Comuni del circondario Empolese Valdelsa e del Valdarno Inferiore (bar, ristoranti, negozi di abbigliamento e altro) e negli sportelli Cup dell'Asl 11, saranno distribuiti alcuni contenitori in plexiglass trasparente con la dicitura del progetto a cui è destinata la raccolta fondi.

Anche grazie al ricavo dell'iniziativa sarà possibile promuovere questa esperienza a vantaggio delle competenze del professionista, ma anche dell'organizzazione cui appartiene. Gli ambiti di formazione riguarderanno malattie di significativo impatto epidemiologico o sociale. La prima

opportunità è previsto che sia offerta a un giovane neurologo presso l'ospedale «Sainte Anne» di Parigi, dove potrà approfondire gli aspetti innovativi nella cura della sclerosi laterale amiotrofica.

Trascorso il periodo di formazione, il medico rientrerà in Italia per proseguire la sua attività presso l'Unità operativa di neurologia diretta da Leonello Guidi. Con un piccolo, ma importantissimo gesto di

solidarietà sarà possibile contribuire alla qualificazione di professionisti della Sanità che lavoreranno nella struttura ospedaliera empolesse, trasferendo anche

ad altri le conoscenze acquisite.

La Mc Multicons Onlus, nata come consorzio di cooperative con la vocazione della solidarietà e della mutualità, non è nuova a iniziative benefiche.

Già negli anni passati si è dedicata a progetti di assistenza e di volontariato, sostenendo i meno fortunati.

**Maria Antonietta Cruciatu**  
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

**Al «Sainte Anne» di Parigi la prima opportunità**

SIENA

## Riparazioni a tessuti e cartilagini: arriva il gel piastrinico autoprodotta

**O**ttimi risultati al policlinico Santa Maria alle Scotte nell'impiego del gel piastrinico in Ortopedia per particolari patologie. La tecnica utilizzata dall'Ortopedia dell'azienda ospedaliera, ha permesso di trattare, dal 2009 al 2011, 53 pazienti con condropatie articolari, tendinopatie e lesioni della cuffia della spalla, per un totale di 224 prestazioni.

A seguito degli esiti positivi per l'utilizzo del gel piastrinico, è stata attivata un'agenda specifica per le prenotazioni di visite ortopediche per quei pazienti che presentano patologie trattabili con tale metodica d'intervento.

«Il gel - spiega l'ortopedico Enrico Bonci - viene preparato appositamente per il paziente, utilizzando il suo stesso sangue, ed è particolarmente indicato nelle riparazioni tissutali causate da patologie ossee, tendinee e legamentose. Il gel viene iniettato attraverso infiltrazioni intra-articolari che possono essere ripetute, a cicli, fino alla scomparsa del dolore e al pieno recupero funzionale».

Dopo i 40 anni i tendini sono soggetti a un fisiologico

invecchiamento con perdita di elasticità e resistenza, causato da basso turnover metabolico, scarsa vascolarizzazione, microtraumatismi ripetuti (sportivi o lavorativi), precedenti patologie tendinee e malattie metaboliche.

«Il ginocchio - conclude Bonci - è un'articolazione molto complessa, nella quale la cartilagine svolge una funzione fondamentale nell'assorbire sollecitazioni quali la torsione, la compressione e l'attrito. Si tratta quindi di forze ripetute, per cui non c'è da meravigliarsi se le lesioni degenerative o traumatiche siano un proble-

ma assai frequente e di non facile soluzione. Tuttavia la capacità dimostrata dal gel piastrinico di migliorare i meccanismi di riparazione tissutali, apre la strada a nuovi studi per sviluppare ulteriori applicazioni terapeutiche in Ortopedia».

L'approccio tradizionale nelle patologie artrosiche conclamate è comunque l'intervento protesico.

**Ines Ricciato**  
Ufficio Stampa Aou Senese

**Applicabile anche a patologie legate all'invecchiamento**

IN BREVE

▼ LIVORNO

Il reparto di Cure palliative di Livorno ha festeggiato con un convegno i suoi primi 10 anni. All'incontro, intitolato «Decennale Hospice Livorno», che si è svolto il 16 novembre, hanno partecipato alcuni dei più importanti medici del settore a livello nazionale. «Dieci anni fa il reparto livornese - dice Costanza Galli, direttore dell'Hospice che festeggia il suo decennale - era stato uno dei precursori a livello nazionale di un percorso che successivamente si sarebbe imposto come modello da imitare. Di questa struttura la città va giustamente fiera e con questo incontro vogliamo non solo celebrare quello che è stato fatto, ma soprattutto gettare le basi per un nuovo importante domani».

▼ EMPOLI

Forte attenzione alle tematiche che riguardano la propria salute e il corretto stile di vita nel corso di «In-forma», informarsi per stare in forma», iniziativa organizzata dal Centro\* Empoli in collaborazione con l'Asl 11, Unicoop Firenze (Sezione Soci Empoli), Società della Salute di Empoli e Valdarno Inferiore, Casa della Salute «Sant'Andrea» e Astro. Quasi 400 cittadini si sono rivolti al personale per il test di glicemia e per avere indicazioni su come prevenire e curare il diabete mellito. Un centinaio sono, invece, coloro per effettuare la misurazione della pressione arteriosa e la compilazione della carta del rischio cardiovascolare. Oltre 30 per avere indicazioni mirate sulle corrette abitudini alimentari.

▼ PRATO

Fino al 31 dicembre tutti i cittadini della provincia potranno dare un nome al nuovo ospedale che verrà. L'iniziativa, attiva da luglio, è stata lanciata dal direttore generale dell'Asl 4 per stimolare un sentimento di appartenenza e condivisione nei confronti del nuovo ospedale. A scegliere il nome della struttura, che sorgerà tra le zone di San Paolo e Galciana, saranno quindi i cittadini assieme a rappresentanti della direzione aziendale e a un gruppo di personalità del territorio. Una commissione composta da rappresentanti della direzione aziendale e da personalità del nostro territorio, selezionerà e valuterà le proposte, scegliendo il nome più adatto a interpretare ruolo e valore del nuovo ospedale.

CALENDARIO



FIRENZE

Presso l'Auditorium Gruppo Mps si terrà l'8° convegno di programmazione e verifica sul funzionamento dei servizi integrati per la Salute mentale dal titolo «Quanto la persona è al centro della sua cura?». L'appuntamento servirà per parlare della situazione dei servizi in Toscana nella Salute mentale. Info: 0583449600, e.marchi@usl2.toscana.it



PISA

«Agire in rete contrastando l'abuso» è il seminario che si terrà all'Auditorium Estav Nord-Ovest per favorire sinergie tra gli attori istituzionali coinvolti nel contrasto al fenomeno dell'abuso sessuale su minori e per un potenziamento delle azioni integrate di tutela e trattamento delle vittime. Info: 050954230, formazionepisa@usl5.toscana.it



FIRENZE/2

Alla sala riunioni dell'ospedale S.M. Annunziata si terrà il convegno «Il neonato, il bambino e l'adolescente: delizia e talvolta croce per il Pediatra e il Cardiologo». L'evento affronta con gli occhi del pediatra e del cardiologo le diverse problematiche che vengono quotidianamente affrontate. Info: 0556938423, laura.ammannati@asf.toscana.it

**Per tua figlia  
che cresce  
meglio  
il vaccino  
oggi  
che l'HPV  
domani.**



numero verde 800 556060  
[www.regione.toscana.it/iointantomivaccino](http://www.regione.toscana.it/iointantomivaccino)



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana



Regione Toscana