RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE

AZIENDA USL 2

Dati Attività Anno 2006

Deliberazione n. 351 del 26 Giugno 2007

I N D I C E

RELAZIONE SANITARIA AZIENDALE 1

I N D I C E 2

SEZIONE I ILQUADRO EPIDEMIOLOGICO 5

1.1 LA STRUTTURA DEMOGRAFICA 6
1.2 LO STATO DI SALUTE ED I BISOGNI SANITARI DELLA POPOLAZIONE (CON RIFERIMENTO AI FLUSSI CODIFICATI E AD EVENTUALI ESPERIENZE LOCALI E STUDI AD HOC) 9
1.2.1 Comportamenti importanti per la salute (con particolare riferimento ad alimentazione, fumo, alcol, consumo sostanze illecite e tossicodipendenze) *9*
1.2.1.1 Disturbi del comportamento alimentare 9
1.2.1.2 Alcool 12
1.2.1.3 Fumo e tabagismo 14
1.2.2 Utilizzo dell'ospedale da parte dei residenti *18*
1.2.2.1 Attività di degenza presso le strutture ospedaliere aziendali 19
1.2.2.2 Tipologia della patologia trattata 20
1.2.2.3 Nascite, aborti e IVG 20
1.2.2.4 Attrazioni – Fughe 21
1.2.2.5 Attività ambulatoriale 21
1.2.3 Mortalità generale, per cause e mortalità evitabile *22*
1.2.3.1 Mortalità generale e per cause 22
1.2.3.2 La mortalità evitabile 25
1.2.4 Malattie infettive *30*
1.2.4.1 Le Malattie Infettive 30
1.2.4.2 Campagna di vaccinazione anti-Morbilllo, Parotite, Rosolia 33
1.2.4.3 Vaccinazioni dell'Infanzia 34
1.2.4.4 Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale 2005-2006 36
1.2.4.5 Tubercolosi e Micobatteriosi 36
1.2.4.6 AIDS, incidenza e mortalità 38
1.2.5 Infortuni sul lavoro *41*
1.2.6 Handicap *43*
1.2.7 Patologia psichiatrica *46*
1.2.8 La non autosufficienza dell'anziano *47*
1.3 ELEMENTI SIGNIFICATIVI VERIFICATISI NELL'ANNO CHE HANNO MODIFICATO LO STATO DI SALUTE 51
1.3.1 Rapporti tra eventuali problemi emergenti a livello ambientale e stato di salute *51*
1.3.2 Modificazioni della struttura economica, della struttura demografica e ripercussioni sullo stato di salute *53*

SEZIONE II GLI OBIETTIVI STRATEGICI PERSEGUITI ED I RISULTATI RAGGIUNTI 54

2.1 IL QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI PERSEGUITI E DEI RISULTATI RAGGIUNTI: 55
2.2 LE AREE DI CRITICITÀ E GLI ELEMENTI SIGNIFICATIVI VERIFICATISI NELL'ANNO: 70

SEZIONE III IL PROFILO GESTIONALE-ORGANIZZATIVO ED ECONOMICO- FINANZIARIO 72

3.1 L'ORGANIZZAZIONE 73
3.1.1 Principali adempimenti (L.R. 40/05, L.R. 41/05, PSR 2005/2007): *73*
3.1.2 L'articolazione distrettuale *73*
3.1.3 Gli accordi interaziendali *74*
3.2 I LIVELLI DI ASSISTENZA 74
3.2.1 I servizi ospedalieri in rete *74*
3.2.2 I servizi sanitari territoriali ed il loro sviluppo *76*
3.2.3 La prevenzione collettiva *79*
3.3 LA GESTIONE DEI SERVIZI 80
3.3.1 La gestione diretta *80*
3.3.2 La gestione esterna (sanità privata, volontariato, onlus) *80*
3.3.3 La gestione associata *81*
3.3.4 Gli scambi interaziendali *81*
3.4 L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO 81
3.4.1 La struttura della spesa per livelli di assistenza (tabelle n. 6, 7, 7a) *81*
3.4.2 Azioni intraprese per la razionalizzazione dell'uso delle risorse: *82*
3.5 LO SVILUPPO DELLA RETE DEI PRESIDI 89

3.5.1 Stato di avanzamento alla data del 31/12/2006 del programma triennale per gli interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale di strutture esistenti ... *89*
3.5.1.1 Interventi finanziati (tabella n. 8 – sezione VI - corredo documentale): ... 89
3.5.1.2 Programma di realizzazione del nuovo ospedale a Lucca ... 90
3.5.2 Stato di avanzamento del programma di interventi di mantenimento del patrimonio strutturale e strumentale ... *91*

SEZIONE IV LE POLITICHE AZIENDALI PER LA QUALITA' ... 92

4.1 QUALITÀ AZIENDALE ... 93
4.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE ... 94
4.3 LA COMUNICAZIONE ... 94
4.4 LA CARTA DEI SERVIZI ... 95
4.5 LA PARTECIPAZIONE E LA TUTELA ... 95
4.6 I TEMPI DI ATTESA ... 96
4.7 LA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE ... 97
4.8 LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA SALUTE ... 97
4.9 LA BIOETICA ... 97
4.10 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE ... 99
4.11 L'ACCREDITAMENTO ... 100
4.12 LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI ... 101
4.13 LE POLITICHE PER L'INNOVAZIONE ... 101
4.14 I PROGRAMMI INTERAZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE PROPOSTI DALLE AZIENDE SANITARIE ... 106
4.15 LA VALORIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA NELLE ZONE INSULARI E MONTANE ... 106

SEZIONE V LE POLITICHE DI SETTORE ... 111

5.1 PREVENZIONE COLLETTIVA ... 112
5.1.1 Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro ... *112*
5.1.2 Igiene e sanità pubblica ... *119*
5.1.3 UCAP (Ufficio Coordinamento Attività Produttive) ... *123*
5.1.4 Igiene degli Alimenti e Nutrizione ... *125*
5.1.5 Sanità Pubblica Veterinaria ... *142*
5.1.5.1 UO Sanità Animale - UO Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche ... 142
5.1.5.2 U.O. Igiene degli Alimenti di Origine Animale ... 146
5.1.6 Medicina legale ... *149*
5.1.7 Laboratorio di Sanità Pubblica ... *154*
5.2 PROGETTI OBIETTIVO ... 160
5.2.1 La tutela della salute mentale ... *160*
5.2.1.1 Le Unità Funzionali di Salute Mentale Adulti ... 160
5.2.1.2 U.F. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza ... 169
5.2.2 Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza ... *174*
5.2.3 Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze ... *178*
5.2.4 Handicap ... *188*
5.2.5 Tutela della salute degli anziani ... *197*
5.3 AZIONI PROGRAMMATE ... 202
5.3.1 Miglioramento delle condizioni di vita dei nefropatici cronici ... *202*
5.3.2 Lotta contro i tumori e l'assistenza oncologica ... *205*
5.3.3 Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule ... *211*
5.3.4 Lotta alle malattie metaboliche (diabete, fibrosi cistica) ... *212*
5.3.5 Prevenzione delle malattie cardiovascolari ... *215*
5.3.6 Organizzazione dei servizi alcologici ... *217*
5.4 IL PIANO SANGUE E PLASMA ... 218
5.5 IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA ... 221
5.5.1 Attività Centrale Operativa 118 ... *221*
5.5.2 U.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza – PS Lucca ... *228*
5.5.3 Attività di Pronto Soccorso – PO Valle del Serchio ... *230*
5.6 LA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA ... 234
5.7 ASSISTENZA PROTESICA ... 236
5.8 INTEGRAZIONE DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI NEGLI INTERVENTI PER LA SALUTE ... 237
5.9 LA POLITICA DEL FARMACO ... 240

SEZIONE VI CORREDO DOCUMENTALE ... 244

6.1 TABELLE: 245
Tabella n. 1 - L'articolazione distrettuale: l'assetto a fine anno rispetto a quello programmato nel PAL. 245
Tabella n. 2 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri. 246
Tabella n. 3 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri dei residenti per tipologia di struttura e confronto con l'anno precedente. 247
Tabella n. 4 - I servizi ospedalieri in rete: posti letto in esercizio 247
Tabella n. 5 - I servizi sanitari territoriali e il loro sviluppo: assistenza domiciliare integrata, cure domiciliari, strutture e modalità assistenziali innovative 248
Tabella n. 5 - I servizi sanitari territoriali e il loro sviluppo: assistenza domiciliare integrata, cure domiciliari, strutture e modalità assistenziali innovative 248
Tabella n. 6 - La struttura della spesa per livelli di assistenza: anno 2006 e confronto con l'anno precedente. 249
Tabella n. 7 - La struttura della spesa per le convenzioni nazionali . Anno 2006. 250
Tabella n. 7/a - La struttura della spesa per i trasporti sanitari 250
Tabella n. 8 - Lo sviluppo della rete dei presidi: il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) - dato aziendale 251
Tabella n. 9 - Il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) - dato aziendale 252
Tabella n. 10 - Il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) - dato aziendale 253
Tabella n. 11 - Qualità aziendale: i progetti di miglioramento più significativi (max 5) portati a conclusione nell'anno 254
*Tabella n. 12 - La comunicazione: Iniziative di comunicazione interna ** 255
*Tabella n. 13 - La comunicazione: Iniziative di comunicazione esterna ** 257
Tabella n. 14 - La comunicazione: costi aziendali 260
Tabella n. 15 - La carta dei servizi: gli impegni dichiarati 261
Tabella n. 16 - La promozione della cultura della salute: interventi realizzati nell'anno. 266
Tabella n. 17 - La promozione della cultura della salute: dati di spesa 272
Tabella n. 18 - La formazione del personale: tematiche e ambiti formativi dell'azienda 273
Tabella n. 19 - La formazione del personale: esperienze significative portate a conclusione nell'anno 274
Tabella n. 20 - La formazione del personale: investimento aziendale 276
Tabella n. 21 - L'accreditamento: elenco dei presidi del "Programma accreditamento" accreditati nell'anno di riferimento 277
ALLEGATO Tab. 21 - L'accreditamento 281
6.2 INDICATORI SPECIFICI PER LIVELLO DI ASSISTENZA (CALCOLATI PER AZIENDA E PER ZONA) 282

SEZIONE I ILQUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.1 LA STRUTTURA DEMOGRAFICA
1.2 LO STATO DI SALUTE ED I BISOGNI SANITARI DELLA POPOLAZIONE (CON RIFERIMENTO AI FLUSSI CODIFICATI E AD EVENTUALI ESPERIENZE LOCALI E STUDI AD HOC)
1.2.1 Comportamenti importanti per la salute (con particolare riferimento ad alimentazione, fumo, alcol, consumo sostanze illecite e tossicodipendenze)
1.2.2 Utilizzo dell'ospedale da parte dei residenti
1.2.3 Mortalità generale, per cause e mortalità evitabile
1.2.4 Malattie infettive
1.2.5 Infortuni sul lavoro
1.2.6 Handicap
1.2.7 Patologia psichiatrica
1.2.8 La non autosufficienza dell'anziano
1.3 ELEMENTI SIGNIFICATIVI VERIFICATISI NELL'ANNO CHE HANNO MODIFICATO LO STATO DI SALUTE
1.3.1 Rapporti tra eventuali problemi emergenti a livello ambientale e stato di salute
1.3.2 Modificazioni della struttura economica, della struttura demografica e ripercussioni sullo stato di salute

1.1 LA STRUTTURA DEMOGRAFICA

Il quadro demografico della popolazione residente nel territorio della ASL 2 di Lucca è rappresentato dall'andamento dei principali indicatori della dinamica demografica.
Tra questi, il *bilancio demografico* è basato sul rapporto tra gli incrementi legati ai nuovi nati e agli immigrati e le riduzioni conseguenti alle morti ed alle emigrazioni.
Nella ***Tabella 1*** vengono riportati alcuni indici demografici per singolo comune presente nel territorio dell'ASL; i dati presenti nella tabella sono stati forniti dagli Uffici Anagrafi dei relativi Comuni.

Sulla base di tali dati si rileva che la popolazione del territorio di competenza dell'ASL 2, al 31/12/06, risulta di ***221.170*** abitanti (784 persone in più rispetto al 2005), di cui 107.345 maschi (48,5%) e 113.825 femmine (51,5%), percentuali invariate rispetto all'anno precedente.

L'ulteriore suddivisione del territorio dell'ASL nella due Zone-Distretto evidenzia che nella Zona Piana di Lucca risiedono 162.551 abitanti, rappresentanti il 73,5% dell'intera popolazione della ASL, mentre il restante 26,5% (58.619) risiede nella Zona Valle del Serchio.

Si confema ancora, come negli anni precedenti, una forte presenza di anziani (soggetti di età superiore ai 65 anni) nella popolazione, con il ***23,2%*** sul totale; la presenza di anziani è più elevata nella Zona Val di Serchio (25,8%) rispetto alla Piana di Lucca (22,4%).
Continua l'andamento in aumento, seppure in modo lieve, della quota dei soggetti giovani al di sotto dei 14 anni: 12,3%, contro il 12,2% del 2004.

L'*indice di vecchiaia*, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 14 anni) risulta in diminuzione rispetto allo scorso anno: **188,9%** nel 2006 contro 189,9% nel 2005.

L'*indice di dipendenza* (rapporto tra la popolazione improduttiva dal punto di vista economico rispetto a quella potenzialmente produttiva), mostra ancora un trend in aumento, con un valore del **55,3%** nel 2006 contro il 54,7% nel 2004 e il 53,8% nel 2003.

La valutazione di questi indici all'interno del territorio di competenza della ASL evidenzia una diversa ripartizione fra le due Zone, con caratteristiche che confermano la presenza di una popolazione tendente ad un maggiore invecchiamento nella Valle del Serchio.

Gli indicatori demografici rappresentati in ***Tabella 2*** e forniti dall'Agenzia Regionale di Sanità risultano aggiornati al 2005; questi permettono un inquadramento ed un confronto della situazione demografica dell'ASL 2 nell'ambito dell'Area Vasta di appartenenza e della Regione Toscana:

- Il *quoziente di incremento totale* della popolazione risulta positivo (2,33‰) anche se nettamente inferiore sia alla media regionale (5,97‰) che al dato medio di Area Vasta (7,04‰).

- Il *quoziente di incremento migratorio*, pari a **6,31** x 1000, è inferiore sia al valore medio di Area Vasta (10,50 x 1000) che a quello regionale (8,54 x 1000).

- Il *quoziente di incremento naturale* (il rapporto tra natalità e mortalità rispetto alla popolazione residente) risulta negativo, come in tutte le ASL della regione Toscana ad eccezione della ASL 4 di Prato.

Tabella 1 – Popolazione totale e per classi di età - Indici demografici totali e per comune di residenza del territorio di competenza dell' ASL 2 Lucca.
Dati di popolazione al 31-12-2006 forniti dagli Uffici Anagrafi Comunali

COMUNI	**POP. TOTALE**	**0-14 %**	**15-64 %**	**65+ %**	***Indice dipendenza***	***Indice vecchiaia***
Barga	10.027	12,2	62,1	25,7	61,2	210,9
Bagni di Lucca	6.547	10,8	62,5	26,6	59,9	246,3
Borgo a Mozzano	7.291	12,0	64,7	23,2	54,5	193,5
Coreglia Antelminelli	5.083	13,6	62,8	23,6	59,3	173,6
Fabbriche di Vallico	528	10,6	57,0	32,4	75,4	305,4
TOTALE MEDIA VALLE	*29.476*	*12,1*	*62,9*	*25,1*	*59,1*	*207,9*
Camporgiano	2.311	11,1	61,4	27,5	62,7	248,0
Careggine	627	7,5	61,9	30,6	61,6	408,5
Castelnuovo G.	6.010	12,1	65,1	22,7	53,5	187,4
Castiglione G.	1.886	11,6	62,6	25,8	59,7	223,4
Fosciandora	651	10,0	59,1	30,9	69,1	309,2
Gallicano	3.858	11,5	64,0	24,5	56,3	213,8
Giuncugnano	501	8,8	56,3	34,9	77,7	397,7
Minucciano	2.363	9,6	59,0	31,4	69,5	326,9
Molazzana	1.155	10,3	59,2	30,5	68,9	295,8
Piazza al Serchio	2.504	11,5	64,7	23,8	54,7	207,3
Pieve Fosciana	2.371	11,6	62,5	25,9	60,0	223,3
S. Romano	1.415	11,7	61,1	27,1	63,6	231,3
Sillano	739	11,0	59,8	29,2	67,2	266,7
Vagli Sotto	1.039	9,5	62,6	27,9	59,8	292,9
Vergemoli	347	4,9	59,9	35,2	66,8	717,6
Villa Collemandina	1.366	11,4	60,3	28,3	65,8	247,4
TOTALE GARFAGNANA	*29.143*	*11,1*	*62,5*	*26,4*	*60,1*	*238,6*
TOTALE VAL DI SERCHIO	**58.619**	**11,6**	**62,7**	**25,8**	**59,6**	**222,5**
Altopascio	13.277	14,3	67,2	18,5	48,8	129,1
Capannori	44.767	12,6	65,2	22,2	53,4	175,9
Lucca	86.375	12,2	64,4	23,4	55,4	190,9
Montecarlo	4.447	13,5	66,6	19,9	50,1	147,7
Pescaglia	3.787	12,3	63,4	24,4	57,8	198,9
Porcari	8.121	13,5	67,2	19,3	48,9	142,7
Villa Basilica	1.777	10,8	64,4	24,8	55,3	229,7
TOTALE PIANA DI LUCCA	**162.551**	**12,6**	**65,0**	**22,4**	**53,8**	**177,7**
TOTALE ASL 2	**221.170**	**12,3**	**64,4**	**23,3**	**55,3**	**188,9**

$I_{dipendenza} = [((65+)+(0-14)) / (15-64)] \times 100$ $I_{vecchiaia} = [(65+) / (0-14)] \times 100$

- Il *tasso di natalità* (8,41 x 1000) risulta superiore al dato medio di Area Vasta (8,16 x 1000), ma leggermente inferiore al valore medio regionale (8,67x1000).

- Il *tasso di fecondità totale* (1,21 x 1000), che esprime il numero medio di figli per donna in età fertile (15-49 anni) risulta leggermente superiore al dato medio di Area Vasta (1,18 x 1000) ma inferiore al valore medio regionale (1,26x1000), anche se di poco. E' da tenere presente che un tasso di 2,1 figli per donna corrisponde al

numero di figli che ciascuna donna dovrebbe avere per sostituire nella generazione successiva se stessa e il proprio partner.

Tabella 2 – Indicatori demografici di movimento naturale e migratorio: Confronto ASL 2 (totale e per zona) con i valori della Toscana e dell'Area Vasta Nord Ovest: - Anno 2005.
(fonte: Elaborazione Agenzia Regionale di Sanità)

Zone Socio-Sanitarie e ASL di residenza	Quoziente di incremento migratorio	Quoziente di incremento naturale	Quoziente di incremento totale	Nuovi iscritti all´anagrafe dall´estero per 1.000 abitanti	Tasso di natalità	Tasso di fecondità totale	Tasso di mortalità generale
	dati x 1.000 residenti						
ASL 2 - Lucca	*6,31*	*-3,98*	*2,33*	*6,31*	*8,41*	*1,21*	*12,39*
Valle del serchio	4,66	-6,12	-1,46	5,19	7,48	1,14	13,60
Piana di lucca	6,93	-3,17	3,76	6,73	8,76	1,23	11,93
Area Vasta NORD-OVEST	*10,50*	*-3,46*	*7,04*	*5,1*	*8,16*	*1,18*	*11,62*
REGIONE TOSCANA	***8,54***	***-2,57***	***5,97***	***6,82***	***8,67***	***1,26***	***11,24***
valore inferiore	ASL 10 Firenze: 3,01	ASL 9 Grosseto: -5,08	ASL 1 Massa e Carrara: 0,74	ASL 1 Massa e Carrara: 4,06	ASL 1 Massa Carrara: 7,53	ASL 1 Massa Carrara: 1,16	ASL 4 Prato: 8,86
valore superiore	ASL 6 Livorno: 19,84	ASL 4 Prato: 1,72	ASL 6 Livorno: 16,31	ASL 4 Prato: 13,31	ASL 4 Prato: 10,57	ASL 4 Prato: 1,50	ASL 9 Grosseto: 12,68

Tabella 3 **-** Speranza di vita per sesso e fasce di età - ASL 2 e Toscana - Anno 2005.
(fonte: Elaborazione Agenzia Regionale di Sanità)

ASL di residenza	Speranza di vita alla nascita *Maschi*	Speranza di vita alla nascita *Femmine*	Speranza di vita a 65 anni *Maschi*	Speranza di vita a 65 anni *Femmine*
	(anni)			
ASL 2 - Lucca	*78,00*	*83,50*	*17,10*	*21,20*
Area Vasta NORD-OVEST	*78,30*	*83,90*	*17,40*	*21,50*
REGIONE TOSCANA	***78,90***	***84,20***	***17,80***	***21,70***
valore inferiore	ASL 1 Massa Carrara: 77,40	ASL 2 Lucca: 83,50	ASL 1 Massa Carrara: 16,80	ASL 2 Lucca: 21,20
valore superiore	ASL 11 Empoli: 79,80	ASL 4 Prato: 84,80	ASL 11 Empoli: 18,30	ASL 4 Prato: 22,20

- Il *tasso di mortalità generale,* relativo al periodo 2003-2005 e al totale della popolazione (maschi+femmine), è pari a 1165,22x100.000 (standardizzato sulla popolazione Toscana al 2000 – *fonte ARS*); insieme a quello delle ASL di Viareggio, Massa Carrara, Pisa, Livorno e Grosseto identifica una fascia costiera tirrenica caratterizzata da valori di mortalità superiori (quasi sempre in modo statisticamente significativo) ai livelli medi regionali. Il tasso di mortalità dell'Area Vasta Nord Ovest, pari a 1126,81x100.000, risulta infatti il più alto delle 3 aree vaste ed è significativamente superiore al dato medio regionale.

- La speranza di vita alla nascita nel 2005 (***Tabella 3***) che nella ASL 2 è di 78,00 anni nei maschi e 83,50 anni nelle femmine, risulta in aumento in entrambi i sessi rispetto al dato relativo all'anno 2003, ma evidenzia valori leggermente più bassi rispetto alla media regionale, comuni a tutte le ASL della fascia costiera. Anche in questo caso i valori per l'Area Vasta Nord Ovest (78,30 nei maschi e 83,90 nelle femmine) risultano i più bassi fra le tre aree vaste e sono inferiori al dato medio regionale (78,90 e 84,20 rispettivamente nei maschi e nelle femmine).

1.2 LO STATO DI SALUTE ED I BISOGNI SANITARI DELLA POPOLAZIONE (CON RIFERIMENTO AI FLUSSI CODIFICATI E AD EVENTUALI ESPERIENZE LOCALI E STUDI AD HOC)

1.2.1 Comportamenti importanti per la salute (con particolare riferimento ad alimentazione, fumo, alcol, consumo sostanze illecite e tossicodipendenze)

Nel presente capitolo vengono descritti i comportamenti importanti per la salute sopra indicati e le soluzioni organizzative di prevenzione e di controllo di tali fattori di rischio attivate presso l'Azienda.

1.2.1.1 Disturbi del comportamento alimentare

L'alimentazione e la nutrizione rappresentano fattori molto importanti nel determinismo dello stato di salute, per l'ormai dimostrato legame tra abitudini alimentari e varie patologie.

Dati epidemiologici

Uno dei più frequenti disturbi del comportamento alimentare è rappresentato dall*'obesità,* un importante fattore di rischio per la salute per le frequenti complicanze cardiovascolari e muscolo-scheletriche, e per la stretta associazione con diabete ed ipertensione.

Nel rapporto sulla salute in Europa del 2002, l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS definisce l'obesità come una "epidemia estesa a tutta la regione europea"; infatti circa la metà della popolazione adulta è soprappeso e il 20-30% degli individui è definibile clinicamente obeso.
Nella Conferenza Europea sull'obesità di Copenaghen del 2002 si è evidenziato che l'incidenza dell'obesità è aumentata in Europa del 10-15% a seconda del Paese considerato e che circa il 4% di tutti i bambini europei è affetto da obesità.

Il sistema di misura dell'obesità è rappresentato dall'indice di massa corporea (BMI), che, secondo i criteri dell'OMS, prevede quattro classi (sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso) secondo i parametri riportati in tabella 4.

A livello nazionale, si nota un trend in aumento della percentuale di persone obese.
Infatti, l'indagine multiscopo ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – 1999 - 2000", condotta sulle famiglie italiane ha evidenziato che circa 16 milioni di italiani sono da classificare in sovrappeso, oltre 4 milioni sono obesi e 1,8 milioni sono in sottopeso.
La quota di soggetti in soprappeso tra i bambini e gli adolescenti, è pari a circa il 20%, mentre i francamente obesi raggiungono circa il 4%.
L'indagine ISTAT ha altresì evidenziato che un quarto della popolazione adulta (25,1%) ha uno stile di vita caratterizzato da sedentarietà.

A livello regionale toscano, la tabella 4 riporta i dati relativi alla quota di obesi estrapolati dall'Indagine Multiscopo ISTAT e dalle elaborazioni sui soggetti toscani effettuata dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) e sono aggiornati al 2003.
Tali elaborazioni confermano che, in Toscana, i soggetti sovrappeso e francamente obesi rappresentano quasi il 50% dei maschi e circa 1/3 delle femmine (tabella 4).

Tabella 4 **-** Indagine multiscopo (ISTAT) - Salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2003 - Alcuni stili di vita in Toscana.
(BMI = body mass index, indice di massa corporea) (fonte: Agenzia Regionale di Sanità)

Distribuzione della popolazione per tipologie di peso (≥ 18 anni)				
	% Sottopeso (BMI< 18,5)	*% Normopeso (BMI:18,5-24,9)*	*% Sovrappeso (BMI:25,0-29,9)*	*% Obesi (BMI>= 30,0)*
Maschi	0,4	51,7	38,7	9,2
Femmine	5,7	62,3	22,8	9,3

Nella ASL 2, dall'indagine dello studio PASSI (soggetti in età 18-69 anni) è risultato che il 31,5% degli intervistati è in sovrappeso, l'8,0% è obeso, mentre il 3,0% risulta sottopeso. Complessivamente quindi, quasi il 40% dei soggetti risulta in eccesso ponderale.
Differenziando per età, nei soggetti di 50 anni o più la percentuale di persone in sovrappeso o obese sale al 56,8%.
L'analisi per sesso fa rilevare che nei maschi i soggetti in sovrappeso o obesi risultano il 50,5% degli intervistati, mentre nelle femmine tale gruppo rappresenta il 28,7%.

Un'indagine effettuata in tutte le ASL della Regione Toscana nel 2003 su un campione rappresentativo di bambini dell'età di 8 anni, ha messo in luce che il 67,7% è risultato normopeso, il 22,5% sovrappeso e quasi il 9% francamente obeso.

A livello di abitudini alimentari, è ormai riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è infatti consolidato.
Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Nella ASL 2, sempre all'interno dello studio PASSI, è risultato che il 24,0% dei soggetti ha dichiarato di aderire alla regola del "5 a day", con una quota maggiore nella popolazione femminile: 31,7% contro il 16,2% nei maschi.

Azioni di controllo

L'azienda ASL 2 ha attivato, già da diversi anni, alcuni gruppi interdisciplinari per il controllo dei disturbi del comportamento alimentare. Tra questi si rilevano:

1) Il Gruppo Interdisciplinare per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Il gruppo interdisciplinare è stato istituito, fin dal marzo 1999 (Delibera n° 471), all'interno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) ed attualmente opera in un'area che comprende le due UU.FF. Adulti e Infanzia/Adolescenza, l'U.O. di Pediatria e l'U.O. di Medicina ad indirizzo gastroenterologico.

Obiettivi:
Il gruppo si è proposto di intervenire sui D.C.A. anche nelle loro manifestazioni più complesse e di rivolgere una particolare attenzione alle fasi di esordio di questa patologia che si manifesta, nella maggioranza dei casi, nell'età adolescenziale.
Il disturbo del comportamento alimentare va considerato un disturbo complesso che può sottendere diversi quadri psicopatologici e che si configura come un arresto del percorso evolutivo individuale; ne consegue pertanto che tale patologia richiede un approccio articolato e una presa in carico prolungata nel tempo da parte di diversi operatori.
La funzionalità del gruppo di lavoro, richiede un continuo lavoro di formazione e aggiornamento che il gruppo conduce con sistematicità ed in forma permanente.

Essendo tale gruppo inserito all'inteno del Dipartimento di Salute Mentale, si fa riferimento al rispettivo paragrafo per i dati e le azioni conseguite nel 2006.

2) Il Gruppo N.A.D.

Il gruppo multidisciplinare aziendale ospedaliero e territoriale per la NAD e per la Nutrizione Parenterale, di cui è responsabile coordinatore il dott. Mauro Marchioro, ha svolto nell'anno 2006 un'attività integrata tra ospedale e servizi territoriali per garantire l'assistenza nutrizionale continua dei pazienti inseriti in protocolli di Nutrizione Artificiale, secondo le Linee Guida aggiornate dalla S.I.N.P.E.
Tutti i pazienti sono stati inseriti in regime di A.D.I. su proposta e in accordo con i medici di Medicina Generale, in collaborazione con le figure specialistiche di volta in volta coinvolte (Otorino, Chirurgo, Pneumologo, Neurologo, ecc), raccogliendo il consenso informato dei pazienti e ottenendo la collaborazione delle famiglie.
L'equipe domiciliare, dopo un primo training, che viene curato a livello ospedaliero, direttamente a livello del domicilio del paziente, si occupa dell'educazione sanitaria, del rapporto con la famiglia e con il medico MMG, nonché del materiale per la nutrizione.
Gli infermieri dell'ADI seguono dal punto di vista infermieristico questi pazienti che spesso necessitano di medicazioni accurate sia nel caso di Cateterismo Venoso Centrale che di PEG.
I casi pediatrici sono seguiti in collaborazione con le Unità Operative dell'ospedale Meyer di Firenze, di Lucca, e di Pisa; nell'anno 2006 sono stati n° 6.

In questi ultimi mesi si è assistito ad un incremento dei casi di portatori di PEG ed in Terapia Parenterale Totale, specie per i pazienti neurologici ed oncologici .
L'età media dei pazienti in nutrizione artificiale è di 70 anni, mentre la durata media del trattamento in Parenterale Totale è di circa 3 mesi.
Le patologie principali che hanno portato ad intraprendere la N.A., causa malnutrizione, sono state le seguenti:
- neoplasie del tratto gastroenterico e polmonari
- esiti di ictus cerebrali con associata disfagia
- malattie neurologiche evolutive come il Parkinson e la SLA
- demenze
- insufficienza renale
- insufficienza respiratoria.

E' attivo un numero telefonico aziendale per le consulenze telefoniche alle famiglie dei pazienti in nutrizione artificiale, anche se non esiste un vero e proprio servizio di reperibilità. Gli ambulatori di riferimento ospedalieri sono localizzati presso l'ambulatorio di gastroenterologia e malattie della nutrizione di Lucca, o presso l'ambulatorio di Medicina di Castelnuovo Garfagnana.
Per l'anno 2006 i pazienti in nutrizione enterale della zona di Lucca sono stati n° 192, mentre nella zona Valle del Serchio sono stati n° 146.
Il gruppo NAD si riunisce almeno a cadenza mensile per i protocolli, le linee guida, e i casi clinici più complessi con profitto per questo tipo di attività.

Per quanto riguarda la sorveglianza epidemiologica del comportamento alimentare e dei disturbi connessi si fa riferimento alla sezione specifica relativa all'attività dell'UO Igiene alimenti e nutrizione.

1.2.1.2 Alcool

Il consumo continuativo di bevande alcoliche costituisce un importante fattore di rischio per l'insorgenza di varie patologie croniche, tra cui la cirrosi epatica ed, in misura minore, alcune neoplasie maligne (soprattutto se combinato con il fumo di tabacco).

Dati epidemiologici

A livello nazionale, i dati sulle patologie legate all'alcool, relativi all'indagine multiscopo ISTAT del 2001, rielaborata ed integrata a livello toscano dall'ARS, evidenziano che negli ultimi anni vi è stato un significativo aumento del numero di consumatori di bevande alcoliche, che ha raggiunto proporzioni dell'86,6% tra i maschi e del 60,4% per le femmine.
Complessivamente, quindi, il 73% degli italiani è risultato consumatore di bevande alcoliche.
L'andamento dei consumi di alcool, nel periodo 1993-2001, fa registrare una aumento dei bevitori totali del 4,7%, soprattutto tra le femmine (+5,3%) rispetto ai maschi (+4%).
Relativamente al consumo di vino, i forti consumatori (1/2 l – 1l - secondo i limiti suggeriti dall'OMS) di sesso maschile rappresentano, nel 2001, il 12,4%, mentre solo l'1,% sono i bevitori ad alto rischio (> 1l); nel sesso femminile i valori sono, rispettivamente l'1,3% e lo 0,2%.

Rispetto alle fasce d'età, si rileva un aumento della prevalenza dei consumatori in tutte le fasce d'età, con particolare riferimento a quelle giovanili.

In particolare, nel sesso maschile, le variazioni più importanti si osservano nelle fasce d'età 14-17 (+13,3% contro l'8,2% a livello nazionale) e 18-24 (+12,2% contro il 9,2 in Italia). Tra le femmine addirittura l'incremento è del 28,6% (12,1% in Italia) nella fascia 14-17 e del 13% (15% in Italia) nella fascia 18-24.
Il consumo tra i giovani, in particolare nel fine settimana, mostra quindi un aumento preoccupante, venendosi a delineare un modello di consumo più tipico delle aree nord europee (abuso di superalcolici, consumo fuori pasto, abbassamento dell'età del primo approccio a tali sostanze).

In Toscana, le elaborazioni dell'ARS - Agenzia Regionale di Sanità, sempre basate sulle indagini multiscopo ISTAT, fanno rilevare che la percentuale di bevitori al di sopra dei 14 anni risulta, in totale, del 76%, con distribuzione differenziata tra i due sessi: 86,7% nei maschi e 66,3% nelle femmine, tutti valori superiori a quelli nazionali; un aggiornamento al 2003 evidenzia comunque valori più bassi (84,9% nei maschi e 59,8% nelle femmine con un totale del 71,9% - tabella 5)

I dati toscani confermano dunque una netta prevalenza del sesso maschile rispetto all'uso di bevande alcoliche ma un lieve e costante aumento della popolazione femminile che presenta una delle prevalenze più alta di bevitrici in Italia, sebbene il consumo superi assai raramente le quantità raccomandate.

A livello di ASL 2, sempre dalla stessa indagine descritta precedentemente (studio "PASSI"), risulta che il 29,0% degli intervistati (soggetti nella fascia di età 18-69 anni) non ha assunto alcuna bevanda alcolica nell'ultimo mese; differenziando per sesso, nei maschi la quota è pari al 18,2%, contro il 39,6% delle femmine.

I "bevitori a rischio", che includono le tre categorie di "forti bevitori", "binge" (ovvero coloro che hanno l'abitudine di consumare eccessive quantità in una sola occasione) e "bevitori fuori pasto", rappresentano il 18,5% del campione intervistato.

Considerando separatamente le tre categorie (e tenendo presente che un soggetto può essere incluso in più di una categoria), risulta che i "forti bevitori" (definiti come coloro che bevono più di 3 unità di bevanda alcolica al giorno per i maschi, e più di 2 unità al giorno per le femmine) sono il 5,5% degli intervistati, i bevitori "binge" rappresentano l'8,5% e i "bevitori fuori pasto" il 9,0%.

Tabella 5 **-** Indagine multiscopo (ISTAT) - Salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2003 - Alcuni stili di vita in Toscana – Consumo di alcol.

Sesso	*Percentuale di non bevitori Anno 2003*	*Percentuale di bevitori di più di mezzo litro di vino al giorno Anno 2003*
Femmine	40,20	2,50
Maschi	15,10	10,40
TOTALE	*28,10*	*6,30*

(fonte: Elaborazione Agenzia Regionale di Sanità)

La stima dei decessi attribuibili all'alcol risulta molto complessa: nel 1991 la stima del numero totale di morti in Italia attribuibili all'alcol è stata di quasi 16.000 decessi (circa il 2,8% dei decessi totali nello stesso anno).

Un dato puramente indicativo elaborato dalla Società Italiana di Alcologia, suggerisce una proporzione di decessi attribuibili all'alcol (rispetto ai decessi totali del 1994) compresa fra il 6,6% ed il 7,9%, con una quota maggiore nel sesso maschile (11,1% contro il 4,5%).

Azioni di controllo

Le azioni per il controllo di tale fattore di rischio sono di competenza del SerT e descritte nel relativo capitolo.

1.2.1.3 Fumo e tabagismo

L'uso e/o l'esposizione a fumo di tabacco è uno dei fattori di rischio più conosciuto e studiato per lo sviluppo di varie patologie tra cui i tumori, da solo o in associazione con altri cofattori.

Dati epidemiologici

In Italia i dati relativi alle patologie legate al fumo, estrapolati dall'indagine multiscopo ISTAT, hanno messo in luce una prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni, pari al *24,4%* (31,9% nei maschi e 17,4% nelle femmine), più concentrati nelle classi di età centrali 35-64 anni.
L'analisi per fasce di età ha evidenziato, in confronto con la precedente indagine del 1994, un aumento considerevole dei fumatori nella classe di età 15-24 anni *(aumento pari al 50% nei maschi e al 70% nelle femmine).*
E' da sottolineare però che, secondo un'indagine campionaria condotta dalla DOXA, la percentuale di fumatori in Italia si è dimezzata nel corso degli ultimi 40 anni.

Utilizzando i dati delle indagini ISTAT è stata analizzata l'abitudine al fumo per condizione socio-economica da cui è risultato che, nel periodo 1980-1999, il rischio di essere fumatore, nel sesso maschile, è maggiore tra chi ha un livello di istruzione più basso; nelle donne invece l'associazione è opposta, anche se, alla fine del periodo di osservazione, si è notato un certo appiattimento delle differenze tra i due sessi.

Per quanto riguarda l'esposizione a fumo passivo è importante rilevare che la prevalenza di esposti è elevata sia in ambito domestico che in ambito lavorativo.
L'ISTAT ha stimato che circa il 25% degli italiani convivono con fumatori e sono quindi esposti a fumo passivo in ambito domestico e che la percentuale di esposti nelle fasce giovanili è assai più elevata ed è intorno al 50% per le fasce di età 0-14 anni.

In Regione Toscana, i dati dell'indagine aggiornati al 2003 (tabella 6) fanno rilevare che,:
- la quota di popolazione dei fumatori correnti è rappresentata dal 29% nei maschi e dal 18% nelle femmine
- i forti fumatori sono 3 volte più frequenti tra i maschi rispetto alle femmine.

Tabella 6 - Indagine multiscopo (ISTAT) - Salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2003. Abitudine al fumo in Toscana.

Distribuzione della popolazione per abitudine al fumo (≥ 14 Anni)				
Sesso	*Percentuale non fumatori Anno 2003*	*Percentuale ex fumatori Anno 2003*	*Percentuale fumatori Anno 2003*	*Percentuale forti fumatori (oltre 20 sigarette al giorno)*

				Anno 2003
Femmine	66,30	15,80	17,90	4,40
Maschi	39,90	31,30	28,80	14,60
TOTALE	*53,60*	*23,20*	*23,10*	*10,40*

(fonte: Elaborazione Agenzia Regionale di Sanità)

Nell' ASL 2, dall'indagine condotta nell'ambito dello studio "PASSI", risulta che il 25,0% degli intervistati (soggetti nella fascia di età 18-69 anni) ha dichiarato di essere fumatore; anche qui la quota più elevata si registra nei maschi (30,3%) rispetto alle femmine (19,8%).
I non fumatori rappresentano il 51,5% del totale degli intervistati, mentre gli ex-fumatori sono il 23,5%.

Il fumo, come è stato già detto, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte patologie tumorali, cardiovascolari e dell'apparato respiratorio.

In Italia le stime sulle morti dovute al fumo sono di circa 85.000 decessi all'anno, ovvero uno su sei-sette decessi è dovuto al tabacco.

Il Registro di Mortalità Regionale (RMR) ha fornito una stima delle morti attribuibili al fumo nel triennio 1998 - 2000, sia negli adulti di 35 anni e più che nei neonati, con valori complessivamente più elevati nei maschi (il 23,0% dei decessi è attribuibile al fumo attivo) che nelle femmine (il 5,7%).

Molto più importante la quota di morti *per tumori* attribuibili al fumo attivo che, nei maschi, è di oltre il 70% dei decessi, mentre, nelle femmine i valori medi corrispondenti risultano di poco superiori al 40% (soprattutto nelle donne giovani rispetto alle anziane).

Sulla base dei dati del RMR sono state elaborate delle stime dei decessi attribuibili al fumo attivo nei soggetti di 35 anni e oltre nella ASL 2, raggruppate per le principali cause di morte (tabella 7).

Tabella 7 - Decessi attribuibili a fumo attivo - Soggetti di 35 anni e oltre - ASL 2. Periodo 1998-2000.

	Num. decessi totali	*Num. decessi attribuibili al fumo*	*% decessi attribuiti al fumo*	*Anni potenziali di vita persi*
Maschi				
Tum. polmone	*395*	*353*	*89,4*	*4671*
Tum. vescica	*45*	*23*	*51,1*	*248*
Mal. ischemiche cuore	*562*	*117*	*20,8*	*1465*
Mal. cerebrovascolari	*446*	*62*	*13,9*	*667*
Bronchite cronica ed enfisema	*165*	*151*	*91,5*	*1140*
Femmine				
Tum. polmone	*74*	*44*	*59,5*	*678*
Mal. ischemiche cuore	*495*	*32*	*6,5*	*294*

Mal. cerebrovascolari	*755*	*31*	*4,1*	*332*
Bronchite cronica ed enfisema	*93*	*62*	*66,7*	*524*

(fonte: Registro di Mortalità Regionale).

Il RMR ha stimato anche la mortalità attribuibile al *fumo passivo* per il tumore del polmone e per le malattie ischemiche del cuore: risulta che circa un quarto dei tumori al polmone che insorgono in soggetti non fumatori sono legati ad esposizione a fumo passivo (del coniuge o in ambiente di lavoro).
Per le malattie ischemiche del cuore tale quota si assesta intorno al 3-6% delle morti in soggetti non fumatori.

Azioni di controllo

Centro Anti Fumo

Il Centro Anti-Fumo dell'ASL 2 di Lucca è attivo dall'Ottobre 1997, ai sensi della L.R. n. 65/96, secondo in Toscana come anzianità solo al Centro della Azienda Ospedaliera di Pisa.
Dalla fine del 2005 è stato attivato un secondo Centro nella Zona Valle del Serchio.
Nella delibera 1447 del 23 Luglio 1997 avente come oggetto "Prevenzione delle malattie indotte da fumo di tabacco, il Centro Anti-fumo è definito come: "…proiezione sul territorio delle attività ambulatoriali della U.O. di Pneumologia...".
Le attività sono svolte in stretta collaborazione con il Sert e l'U.O. Educazione alla salute.

Prestazioni erogate dal Centro Anti fumo:

1) Prima visita di accoglienza (durata prevista: 1 ora) comprendente:
- autocompilazione di questionari a)Fagerstom, b)comportamentale, c) motivazionale
- anamnesi e counseling sul fumo
- visita pneumologica
- spirometria
- determinazione di Ossido di carbonio nell'espirato e della carbossi emoglobina derivata
- eventuale prescrizione di trattamento farmacologico (disassuefazione nicotinica o bupoprione)
- eventuale prescrizione di altra terapia di pertinenza pneumologica

2) Visite di controllo (durata prevista 20 minuti) consigliate a una, quattro, otto, dodici e sedici settimane, comprendenti:
- counseling
- visita pneumologica
- determinazione dell'ossido di carbonio nell'espirato e della carbossiemoglobina derivata
- controllo terapia

3) Visita Psicologica (durata prevista 30 minuti)
4) Follow-up previsto a sei mesi e ad un anno

N.B.: Dal Novembre 2005, in accordo con le disposizioni regionali, non è più previsto il ticket per la prima visita, né singoli ticket per le visite di controllo e le visite psicologiche, ma solo un unico ticket omnicomprensivo per la Presa in Carico del Paziente, da pagarsi dopo la prima visita "di accoglienza" gratuita ed indipendentemente dal numero degli accessi al centro, comprensivo anche dell'eventuale supporto psicologico.

Personale operante (part-time):
A) CAF di Lucca:

- 1 Medico Pneumologo, Responsabile operativo del Centro, in servizio c/o U.O. di Pneumologia, presente al Centro una mattina alla settimana
- 1 Psicologa del SeRT presente al Centro 2 ore alla settimana, a settimane alterne, per un totale di 4 ore al mese.
- Un lavoratore ex L.S.U., non sanitario, presente al centro una mattina alla settimana.

B) CAF Zona Valle del Serchio:

- Un Medico SeRT, un Operatore Professionale e la collaborazione dello Specialista Pneumologo in servizio c/o Medicina di Castelnuovo Garfagnana.

Come in altre ASL della nostra Regione si ricorda che, dal gennaio 2003, ha avuto applicazione il Progetto della Regione Toscana (delibera regionale 114 del 4.2.2002) che recepisce una convenzione sottoscritta il 29.5.2001 tra i Ministeri della Sanità e del Lavoro e Previdenza Sociale ed il Consorzio Equilibra. Tale progetto prevede tra l'altro l' impiego nei centri anti fumo dei lavoratori socialmente utili con lo scopo di supportarne e potenziarne le attività. In questo ambito un lavoratore è stato assegnato anche al nostro centro. Tale progetto regionale non prevede oneri a carico delle singole ASL.

Prestazioni erogate nell' anno 2006:
Prime visite : 83 c/o CAF Lucca + 22 c/o CAF Zona Valle del Serchio
Visite di controllo: 241+ 127
Pazienti presi in carico anche dallo Psicologo: 25

Tipologia dell'utenza:
Dall'Ottobre 1997 ad oggi il Centro ha preso in carico circa 930 pazienti, in grande maggioranza in b.c.g. o portatori di patologie di base pneumologiche cliniche o sub-cliniche (asma e bpco) e cardiovascolari.
Sporadici casi di multi-dipendenze sono stati avviati al SeRT.
Non si registrano tra gli utenti significative differenze di sesso od età (dati statistici più precisi sono eventualmente disponibili).

Follow-up a un anno:
- Astinenza totale dal fumo: 26%
- Riduzione significativa (> 50%) di sigarette fumate: 43%
- Prosecuzione dell' abitudine al fumo: 31%.

Dal Maggio 2003 il Centro ha aderito ad un protocollo di studio multicentrico pluriennale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Come già negli anni precedenti il Centro ha collaborato attivamente con i Progetti dell'HPH della Regione Toscana, in particolare con il Progetto HPH Ospedale senza

Fumo, che si è provveduto ad integrare e coordinare con il Progetto Nazionale AIPO Ospedali senza fumo (già iniziato dal 1998).
In particolare, dal novembre 2004 è attivo un "Punto anti-fumo", all'interno dell'Ospedale presso gli ambulatori della U.O. di Pneumologia, dedicato alla prima accoglienza del personale dipendente.

Come già negli anni precedenti il Centro ha promosso iniziative di educazione sanitaria rivolte in particolare alle scuole medie superiori ed inferiori (alunni ed insegnanti), ha partecipato agli aggiornamenti mirati alle tematiche del tabagismo rivolti ai Medici di Base, si è promosso ed ha svolto attività di informazione mediante interventi sui media.

Le strumentazioni diagnostiche in uso sono al momento adeguate e sufficienti.

1.2.2 Utilizzo dell'ospedale da parte dei residenti

Nel 2006 il numero totale di ricoveri dei residenti ovunque ricoverati (**34.849**) appare in riduzione rispetto all'anno precedente (381 in meno, di cui 66 nella Zona di Lucca e 315 nella Valle del Serchio), riportandosi sui valori del 2004.
Anche il grado di copertura del fabbisogno interno (cioè la quota di residenti curati presso le strutture dell'ASL, calcolato non conteggiando le case di cura accreditate) risulta in lieve riduzione (68,9% contro quasi il **70**% del 2005).

Nella tabella 8 sono riportati i dati riferiti ai ricoveri per residenti nel periodo 2003 - 2006.

Tabella 8 - Andamento Ricoveri - Periodo 2003 – 2006

	2003	*2004*	*2005*	*2006*
Totale ricoveri residenti ASL2	35.676	34.860	35.230	34.849
di cui ricoveri residenti Zona di Lucca	25.353	25.013	25.249	25.183
ricoveri residenti Zona VdS	10.323	9.847	9.981	9.666
Ricoveri residenti nei Presidi ASL 2	25.332	24.392	24.460	24.006
Ricoveri residenti nelle Case di Cura (già compresi nel totale)	1.230	1.107	874	852
Fughe *(solo regionali)*	9.114	9.361	9.896	9.991
Attrazioni	5.276	4.836	4.348	4.217
Popolazione residente ASL 2	220.827*	213.539**	215.964**	216.465**
Tasso Ospedalizzazione ASL	161,5*	163,2**	163,1**	161,0**

N.B: Il tasso di ospedalizzazione per il periodo fino 2003(*) è stato calcolato usando la stessa popolazione del 2000, fornita dallaRegione Toscana con inclusi i ROM e gli stranieri; per il 2004 – 2005 - 2006(**) è stato utilizzato l'aggiornamento della popolazione fornito dalla RT, costituito, rispettivamente, dalle popolazioni ISTAT al 31/12/2003, al 31/12/2004 ed al 31/12/2005 con l'aggiunta di una stima dei ROM e degli stranieri immigrati.

La lettura dei dati evidenzia, quindi, una riduzione del numero dei ricoveri rispetto al 2005 che sembra riprendere il trend rilevato fino al 2004 e legato anche al miglior utilizzo dell'ospedale per acuti, con incremento dell'appropriatezza dei ricoveri.

Per quanto riguarda invece il *tasso di ospedalizzazione* è da sottolineare che l'aumento registrato nel 2004 rispetto all'anno precedente (163,2/1000 ab. vs 161,5/1000), era da imputare soprattutto al denominatore della formula di calcolo, variato rispetto agli anni precedenti: esso era rappresentato dalla popolazione standard di ASL che la Regione Toscana utilizza per avere dati confrontabili, costituita, in genere, dall'ultima popolazione ISTAT disponibile con l'aggiunta delle stime dei ROM e degli stranieri; nel 2004, dopo circa 4 anni di popolazione di consistenza numerica invariata, la RT aveva inviato una popolazione ISTAT aggiornata al 31/12/2003, che, pur con l'aggiunta della stima dei ROM e degli stranieri, risultava inferiore di quasi 7.500 unità rispetto alle precedenti, rendendo di fatto poco confrontabile il tasso così ottenuto.
La popolazione di riferimento per il 2006, inviata dalla RT è quella ISTAT aggiornata al 31/12/2005 con l'aggiunta della quota stimata dei ROM e stranieri.
Il tasso di ospedalizzazione nel 2006 (161,0/1000 abitanti) risulta in riduzione rispetto all'anno precedente, a conferma della riduzione dei ricoveri in una popolazione sostanzialmente stabile.

Sostanzialmente stabili, rispetto all'anno precedente, appaiono invece i ricoveri nelle Case di Cura accreditate presenti sul territorio dell'ASL 2 (-22 ricoveri).

1.2.2.1 Attività di degenza presso le strutture ospedaliere aziendali

I ricoveri totali effettuati presso le nostre strutture sanitarie, nel corso del 2006, sono stati **28.223** (in riduzione di 851 pazienti rispetto al 2005) di cui **24.006** residenti (-454) e 4.217 attrazioni (-397).

La valutazione delle modalità di ricovero, confrontando ricoveri ordinari e ricoveri in DH, evidenzia, nelle strutture ospedaliere della ASL, un aumento, in percentuale, del ricorso al DH: nel 2006 si è registrata, infatti, una percentuale del **28,1%** di ricoveri in DH sul totale dei ricoveri, rispetto al **25,9%**del 2005.

L'analisi degli indicatori di performance fa rilevare un valore del *peso medio* dei DRG per i ricoveri ordinari di 1,26 e di 0,87 per i ricoveri in DH. Non è possibile un confronto con gli anni precedenti sia perché c'era stata una variazione del sistema dei pesi regionale sia perché l'anno scorso il calcolo era stato fatto sui ricoveri totali.

La *degenza media* non evidenzia invece grosse modificazioni rispetto al 2005, risultando **7,8** giorni per i ricoveri ordinari, come nel 2005.

Il *tasso di occupazione dei posti letto*, sempre calcolato secondo le direttive regionali, è passato dal 73,4% del 2005 al **68,8%** del 2006; c'è da precisare che lo scorso anno c'era stato un incremento di circa cinque punti percentuali attribuibile, in parte, ad una riduzione di circa 50 posti letto rispetto al 2004; quest'anno quindi si ritorna sui livelli degli anni antecedenti al 2005.

Il *tasso di operatività aziendale globale* (relativo, naturalmente, ai soli reparti chirurgici) fa rilevare un valore medio del **78,2%** (in aumento rispetto al **75,3%** del 2005), ed in

particolare risulta del **77,5%** (contro il **75,0%** precedente) presso il P.O. Campo di Marte di Lucca, e del **81,5%** (contro il 76,4% precedente) presso il P.O. Valle del Serchio.

Il *tasso di operatività aziendale relativo ai ricoveri ordinari*, presenta un valore aziendale del **75,3%** contro il **70,8%** del 2005.
Il tasso di operatività aziendale relativo ai soli ricoveri in DH risulta invece del **82,2%** sovrapponibile a quello dell'anno precedente.

1.2.2.2 Tipologia della patologia trattata

Anche per il 2006 l'analisi dei ricoveri in base alla tipologia delle patologie trattate, conferma la variabilità già evidenziata negli anni precedenti, con erogazione di tipologie di prestazioni molto eterogenee. Tale variabilità è, come già precisato in altre occasioni, anche conseguenza della presenza, nei due PP.OO., di tutta la gamma delle specialità di base e di due specialità a valenza regionale (chirurgia plastica e medicina e traumatologia sportiva).

I primi 20 DRG rappresentano infatti il 35,7% circa del totale delle patologie trattate, confermando, in sostanza, l'eterogeneità delle tipologie trattate in azienda.

Risulta quasi invariata, rispetto all'anno precedente, la tipologia dei DRG più frequenti prodotti nelle strutture ospedaliere dell'ASL.
In particolare i DRG in assoluto più frequenti sono risultati anche per il 2006 il DRG 391 - Neonato normale ed il 373 - Parto vaginale senza cc.
I tre DRG successivi sono stati, in ordine, il 127 - Insufficienza cardiaca e shock, il 410 – Chemioterapia, ed il DRG 14 – Malattie cerebrovascolari.
A seguire poi si rilevano il 316 - Insufficienza renale seguito dal 503 – Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale,.
In pratica, si sono riconfermate, rispetto allo scorso anno, tutte le tipologie di ricoveri più frequenti.

1.2.2.3 Nascite, aborti e IVG

I parti nelle strutture sanitarie dell'ASL 2 nel 2006 sono stati 1.459, di cui 928 presso il PO di Lucca e 531 presso il PO di Barga.
I neonati sono stati 936 a Lucca e 533 a Barga per un totale di 1.469.
I nati morti sono stati 3 a Lucca. Nessun bambino è nato morto a Barga.
Nel PO di Lucca i parti spontanei sono stati 692 e quelli espletati con TC 236 (pari al 25.4%).
Nel PO di Barga i parti spontanei sono stati 362 e quelli espletati con TC 169 (pari al 31.8%), di cui 95 di elezione, 73 in travaglio, 1 in urgenza.

Gli aborti spontanei sono stati 232 di cui 159 a Lucca e 73 a Barga.

Le IVG sono state 299 e sono avvenute tutte nel PO di Lucca. A Barga tale servizio non viene, infatti, espletato.

1.2.2.4 Attrazioni – Fughe

Attrazioni

Nel 2006 sono stati effettuati **4.217** ricoveri di soggetti non residenti (calcolati secondo le nuove direttive della R.T.), con una riduzione di 131 unità rispetto al 2005.
Le principali tipologie di DRG delle attrazioni sono risultate quelle relative ai ricoveri per disturbi mestruali e malattie dell'apparato riproduttivo femminile seguite, in ordine, da interventi sul ginocchio senza diagnosi principale, dalle malattie maggiori della cute, dal parto vaginale e dal neonato sano e da aborto e raschiamento.

Fughe

Per quanto riguarda le fughe in Toscana (il dato extra-regionale non è ancora disponibile) ed esclusi i ricoveri nelle case di cura lucchesi convenzionate, nel 2006 sono state 9.991, con un aumento di 95 unità rispetto al 2005. Tra queste, le prestazioni non producibili (ricoveri per alta specialità), sono state 1.367 ed hanno inciso per il 13,7% sul totale (contro il 10% circa del 2005).

Da notare che, nonostante che si rilevi ancora un incremento delle fughe rispetto al 2005, tale incremento appare notevolmente ridotto rispetto agli anni precedenti e che la valutazione economica del totale delle fughe ha prodotto una riduzione di circa un milione di euro rispetto al passivo dell'anno precedente; è da notare tra l'altro che tale incremento si è verificato soprattutto tra le prestazioni di alta specialità che sono passate, come detto sopra, dal 10% circa al 13,7% nel 2006 (ad es: +110 ricoveri circa presso l'AO Meyer e + 63 presso la Fisiologia Clinica del CNR di Pisa): quindi la quota di incremento delle fughe rilevata è da attribuire quasi esclusivamente all'alta specialità, cioè prestazioni non producibili.

Tra le specialità presenti, i DRG di fuga più frequenti sono stati: il DRG 391 – Neonato normale, il 373 – Parto per via vaginale, il 410 – Chemioterapia, il 503 – Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale, il 359 – Interventi su utero ed annessi ed il 209 – Interventi maggiori sulle articolazioni e sugli arti.
La quota maggiore di ricoveri per alta specialità e/o per specialità non presenti è rappresentata soprattutto da interventi maggiori sulle articolazioni e sugli arti, seguito da interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea, che nel 2005 aveva rappresentato la tipologia più frequente, e da interventi maggiori sul torace, da altri interventi cardiotoracici senza CEC e da craniotomia.

1.2.2.5 Attività ambulatoriale

Le prestazioni ambulatoriali totali erogate nel 2005 dalle strutture sanitarie aziendali risultano (secondo i dati del Sistema Informativo aziendale relativi a tutte le prestazioni aziendali erogate, comprese quelle ai pazienti ricoverati) n. 5.503.230**,** in leggero aumento rispetto a quelle prodotte l'anno precedente.
Le fughe ambulatoriali all'interno della Toscana risultano 319.191, quindi in lieve aumento rispetto all'anno precedente.
Alcuni dati riportati risultano differenti rispetti a quelli della precedente relazione per una rivalutazione dei dati dello scorso anno avvenuta dopo l'elaborazione della relazione stessa.

1.2.3 Mortalità generale, per cause e mortalità evitabile

1.2.3.1 Mortalità generale e per cause

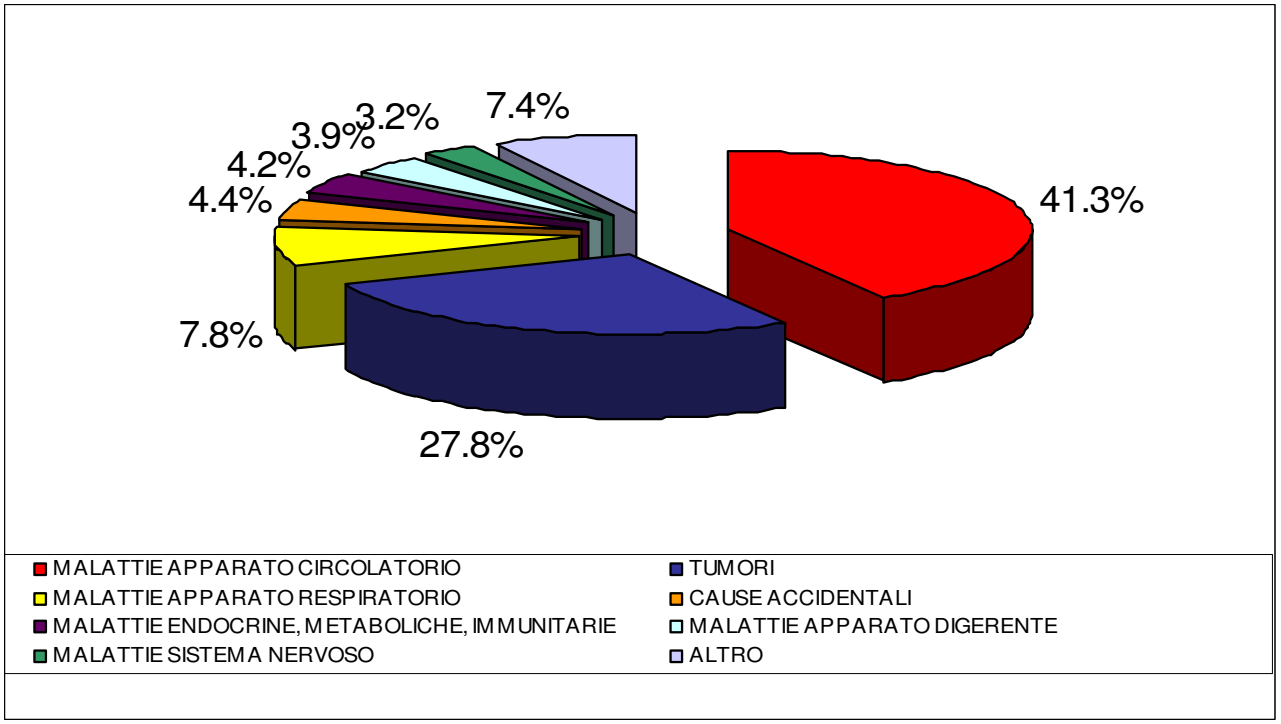
Lo studio della mortalità generale e per cause specifiche è stato effettuato sulla base dei dati di mortalità più recenti attualmente disponibili, forniti dal Registro di Mortalità Regionale (RMR), che nell'ultimo anno ha provveduto a pubblicare i dati relativi al biennio 2004-2005.

In questi due anni nella ASL 2 sono stati registrati *5.210* morti totali fra i residenti (2.577 nel 2004 e 2.673 nel 2005), di cui il 47,5% maschi e il 52,5% femmine.

I tassi standardizzati di *mortalità generale* della ASL 2, riferiti a tutte le età e all'ultimo triennio 2003-2005, risultano superiori ai valori medi regionali sia nel complesso della popolazione che nei due sessi considerati separatamente, così come si registra per l'insieme dell'Area Vasta Nord Ovest.
Tali eccessi di mortalità riguardano entrambe le zone, Valle del Serchio e Piana di Lucca, e risultano sempre statisticamente significativi.

La *mortalità generale prima dei 65 anni*, un importante indice di mortalità "prematura", mostra valori tendenzialmente superiori ai dati medi regionali, che risultano statisticamente significativi per le femmine della Valle del Serchio, e per il totale della popolazione sia nell'intera ASL che nella Valle del Serchio.

Figura 1 – ASL 2, anni 2004-2005: distribuzione percentuale per patologia delle principali cause di morte dei residenti. *Maschi + Femmine*.



La distribuzione percentuale delle principali cause di morte nel biennio 2004-2005, relativa al totale della popolazione (***Figura 1***) evidenzia quanto segue:

- le cause di decesso più frequenti risultano, come negli anni precedenti, le *malattie del sistema circolatorio* con il *41,3%* (45,8% nelle femmine e 36,3% nei maschi): tra

queste le cardiopatie ischemiche risultano più frequenti nei maschi e le malattie cerebrovascolari nelle femmine. Considerando i due sessi nel complesso, nel biennio 2004-2005 si registrano eccessi significativi di mortalità rispetto a quella regionale per l'intero gruppo di malattie del circolatorio sia per la ASL 2 che per le due zone separatamente (ad eccezione dei maschi della VdS, che è superiore ma non significativo). Si registrano inoltre eccessi significativi per le cardiopatie ischemiche sia nella ASL 2 (maschi e totale della popolazione) che nella zona Valle del Serchio (in tutta la popolazione e nei due sessi considerati separatamente);

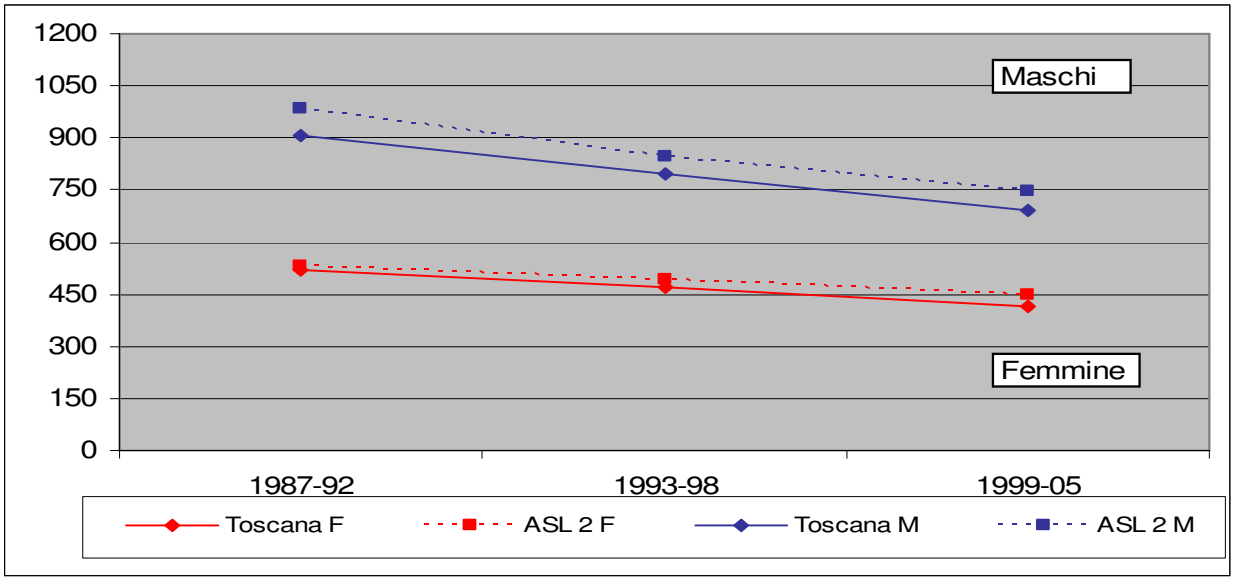
- la seconda causa di morte è rappresentata dai *tumori* con il *27,8%* (23,7% nelle femmine e 32,4% nei maschi); in particolare, nei maschi, la tipologia più frequente è rappresentata dal tumore del polmone, con valori leggermente superiori al dato medio regionale, mentre nelle femmine il tumore più frequente risulta quello della mammella, seguito dal tumore dell'intestino. Si registra invece una minore mortalità per tumore del colon-retto in entrambi i sessi ma non statisticamente significativo;
- a seguire tra le cause di morte più frequenti troviamo le *malattie dell'apparato respiratorio* (*7,8%* del totale); i valori risultano superiori al dato medio regionale e in modo statisticamente significativo sia nei maschi che nel totale della popolazione della Valle del Serchio e dell'intera ASL 2;
- altra causa di morte importante è rappresentata dalle *morti per cause violente (traumatismi e avvelenamenti);* nella ASL la mortalità per questo gruppo di cause risulta leggermente superiore ai valori medi regionali per i maschi e per il totale della popolazione, ma non in modo statisticamente significativo.

La tipologia delle cause specifiche di mortalità più frequenti nella ASL 2 rispecchia la situazione che si verifica a livello regionale.

Andamento della mortalità generale nel periodo 1987-2005

Per valutare l'andamento della mortalità generale nella ASL 2, l'arco di tempo in esame (1987-2005) è stato analizzato ed ulteriormente suddiviso in tre periodi (1987-92, 1993-98, 1999-2005) e confrontato con l'andamento della mortalità regionale (***Figura 2***).

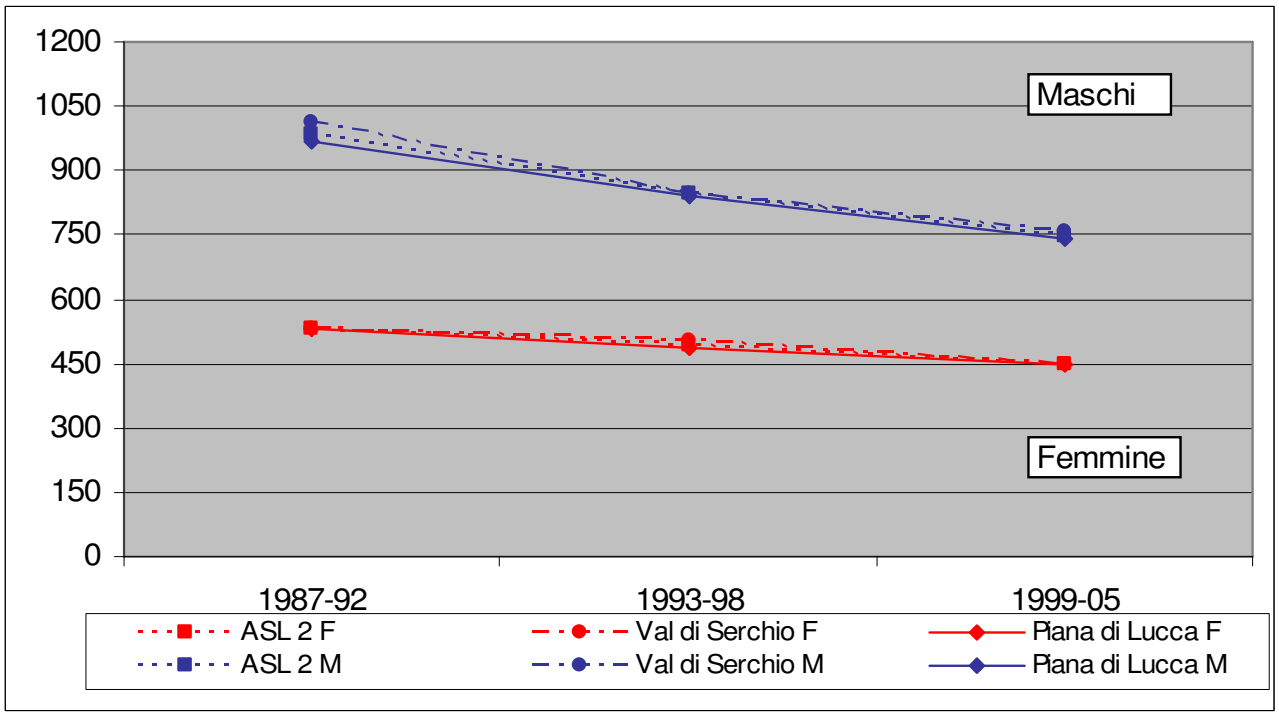
Figura 2 – Andamento della mortalità nella ASL 2 e in Toscana. Periodo 1987-2005. Tassi standardizzati diretti x 100.000 (standard: popolazione europea).



Sia nei maschi che nelle femmine l'andamento dei tassi nei periodi sopra indicati evidenzia una riduzione della mortalità nell'ASL 2, in linea con quanto avviene in Regione Toscana; nei maschi però i valori si mantengono sempre nettamente al di sopra del dato medio regionale.

Lo stesso andamento si registra considerando separatamente le due zone – Piana di Lucca e Val di Serchio (*Figura 3*); per queste due l'andamento della mortalità, ad eccezione dei maschi nel periodo 1987-92, è molto simile a quello aziendale.

Figura 3 – Andamento della mortalità nella ASL 2 e nelle due zone-distretto: Piana di Lucca e Val di Serchio. Periodo 1987-2005. Tassi standardizzati diretti x 100.000 (standard: popolazione europea).



Mortalità infantile

La *mortalità infantile,* quota della mortalità generale, rappresenta un importante indicatore dello stato di salute di una popolazione nel suo complesso, essendo collegata sia a fattori endogeni prenatali (malformazioni congenite) e/o legati al parto (cause di morte di origine perinatale), sia a fattori esogeni di tipo socio-ambientale.

In Toscana la mortalità infantile è più bassa rispetto alla media nazionale. Il tasso medio regionale di mortalità infantile del triennio 2003-2005 è risultato superiore, anche se di poco (0,05 x 1.000), al corrispondente tasso del triennio 2001-2003 (2,96 x 1.000). Si nota quindi una battuta di arresto nella continua e progressiva diminuzione nel tempo del valore di questo indicatore. Il tasso 2003-2005 riflette l'aumento di mortalità infantile osservato in Toscana soprattutto nel 2004 (3,63 x 1.000 nati vivi), mentre nel 2005 questa controtendenza non è stata confermata.

Nella ***Tabella 9*** sono riportati i dati disponibili più aggiornati (triennio 2003-2005), relativi alla ASL 2 e confrontati con il dato medio regionale; in tale periodo sono stati registrati in totale 14 decessi; il tasso di mortalità risultante, pari a 2,59 x 1.000 nati vivi, è risultato

inferiore al valore medio regionale per lo stesso periodo e al valore aziendale del triennio 2001-2003.

L'analisi dei dati per singola ASL evidenzia che il tasso più alto è stato registrato nella ASL 12 di Viareggio (5,11 x 1.000) ed il più basso nell'ASL 11 di Empoli (1,59 x 1.000).

Tabella 9 - Mortalità infantile per zona socio-sanitaria di residenza e sesso. Numero di decessi e tasso x 1.000 nati vivi. Anno 2005 e triennio 2003-2005. *(fonte: CSPO, RMR)*

	ANNI 2004-2005			*TRIENNIO 2003-2005*						
							Cause di morte			
ZONA	*M*	*F*	*Totale*	*M*	*F*	*Totale*	*Causa perinatale (MF)*	*Malformazioni congenite (MF)*	*Altre cause (MF)*	*Tasso x 1.000 nati vivi (MF)*
ASL 2 LUCCA	4	6	10	7	7	14	10	3	1	2,59
REGIONE TOSCANA	*99*	*97*	*196*	*146*	*131*	*277*	*167*	*78*	*32*	*3,01*

Analizzando le cause di mortalità infantile, si può notare che il 60,3% dei decessi entro il primo anno è dovuto a cause di origine perinatale (prematurità, difficoltà respiratorie, sofferenza perinatale e altro), il 28,2% è dovuto a malformazioni congenite ed il restante 11,5% ad altre cause.

1.2.3.2 La mortalità evitabile

La mortalità evitabile rappresenta la quota di mortalità prevenibile attraverso opportuni interventi, correttivi e/o organizzativi.
Il Gruppo di Lavoro ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata – con un progetto realizzato con il finanziamento di Istituto Superiore di Sanità, CNESPS, Ministero della Salute e Centro Nazionale Prevenzione e Controllo Malattie, ha pubblicato un "Atlante 2007 - Mortalità evitabile per genere e Usl" da cui emerge che ogni anno sono oltre 100.000 le morti evitabili e che, anche se esse sono gradualmente in diminuzione, in base ai dati più recenti un decesso ogni cinque risulta avvenire prima dei 75 anni e per cause che possono essere efficacemente contrastate, con netta prevalenza nel sesso maschile dove questo rapporto sale ad uno su quattro.
Il Gruppo ha esteso l'età della mortalità evitabile dal precedente arco 5-69 anni a quello compreso tra 0 e 74 anni, ricomprendendo anche le fasce 0-4 e 70-74 anni in cui la prima raccoglie circa 1.600 decessi evitabili, relativamente più frequenti che nelle successive fasce di età fino a 24 anni, evidenziando la fragilità di questa fase della vita in cui dovrebbero essere rivolti adeguati interventi di sanità pubblica; la seconda fascia (70-74) presenta valori molto elevati (35.000 morti sul totale di circa 110.000 nel 2002) ed indica un progressivo spostamento della lotta alla mortalità precoce verso fasce d'età sempre più anziane.
Le criticità venute fuori dallo studio si possono riassumere in due punti:

- un decesso ogni cinque in Italia è dovuto a cause che possono essere contrastate con politiche attive di prevenzione
- la mortalità evitabile è doppia negli uomini rispetto alle donne

Tra le cause di morte più frequenti nell'ambito della mortalità evitabile, su cui deve essere profuso il maggior sforzo preventivo, si individuano soprattutto quelle legate agli stili ed abitudini di vita non corretti, come ad esempio il fumo di sigaretta, ed agli incidenti stradali.

- Abitudine al fumo

Le stime sulle quote di decessi attribuibili al fumo tra i fumatori, ex-fumatori e non fumatori della Regione Toscana sono state effettuate dal CSPO, sulla base dei dati del RMR.

La tabella 10 rappresenta la mortalità attribuibile all'abitudine al fumo (MAF) nella ASL 2 ed i relativi anni di vita potenziali persi (PYLL) nei trienni 1987-89 e 1998 -2000.

Tabella 10 - Mortalità attribuibile al fumo nella ASL2 Lucca; numero assoluto decessi, numero assoluto decessi attribuibili al fumo (MAF) e anni potenziali di vita persi (PYLLF). *(Dati RMR 2002)*

ASL 2 Lucca	1987-1989			1998-2000		
	decessi	MAF	$PYLL_F$	decessi	MAF	$PYLL_F$
Tumore Del Polmone						
Maschi	411	372	5704	395	353	4671
Femmine	78	39	708	74	44	678
Tumore Della Vescica						
Maschi	75	38	397	45	23	248
Malattie Ischemiche Del Cuore						
Maschi	470	115	1758	562	117	1465
Femmine	408	21	303	495	32	294
Malattie Cerebrovascolari						
Maschi	525	98	1194	446	62	667
Femmine	827	31	446	755	31	332
Bronchite Cronica Ed Enfisema						
Maschi	170	155	1419	165	151	1140
Femmine	62	31	275	93	62	524

Sembra che significativi effetti di riduzione della mortalità conseguenti alle attività di prevenzione e controllo del fumo, ormai in atto da molti anni, e rafforzate dalla più recente normativa anti-fumo, inizino a evidenziarsi solo per gli uomini, come ipotizzabile dagli andamenti della mortalità per tumore del polmone.

I motivi di ciò sono riconducibili a vari fenomeni:

- la larga diffusione e la accettabilità sociale di questo fenomeno, benché i suoi effetti nocivi per la salute umana siano ormai noti da molti anni;
- la dipendenza che si instaura nei fumatori e che non viene facilmente risolta (il tabagismo non è infatti una scelta comportamentale strettamente personale, come ritenuto fino a qualche tempo fa, ma un'abitudine che viene a svilupparsi sia per l'effetto farmacologico indotto dalla nicotina contenuta nel fumo di tabacco sia per il contesto socio-culturale di vita del fumatore);
- l'inerzia iniziale e/o la mancanza di una adeguata applicazione della normativa specifica.

- Incidenti stradali

Gli incidenti stradali costituiscono uno dei problemi nazionali prioritari in quanto rappresentano:

- la prima causa di morte e di ricovero ospedaliero nei soggetti di età inferiore ai 45 anni e un terzo dei deceduti ed infortunati per incidente stradale ha meno di 25 anni di età,
- la principale causa di anni di vita perduta
- la causa del 50% delle forme di paraplegia traumatica con un'incidenza annua di 12-15 casi ogni 100.000 abitanti

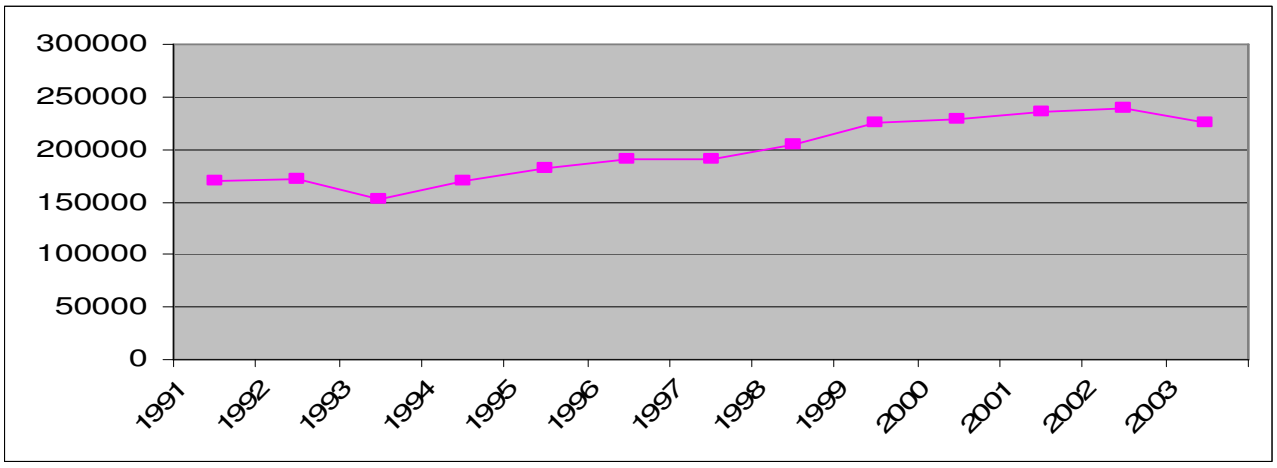
Quindi morti premature ed impegno assistenziale per invalidità che ricadono sulla società, con perdite economiche, dirette ed indirette, che l'OCSE stima fino al 4% del PIL di alcuni Paesi membri.

Essi rappresentano una quota di mortalità evitabile cioè mortalità prevenibile attraverso opportuni interventi, correttivi e/o organizzativi. Tra le cause di morte più frequenti nell'ambito della mortalità evitabile, su cui può e deve essere profuso il maggior sforzo preventivo, si individuano, infatti, soprattutto quelle legate agli stili ed abitudini di vita non corretti, ed agli incidenti stradali.
Nel mondo, nell'anno 2000, hanno perso la vita per incidenti stradali oltre 1,2 milioni di persone. È' stato calcolato che nel 2020 questo numero raddoppierà (dati OMS).
In Italia, nel 2002, si sono registrati 237.812 incidenti con 337.878 feriti e 6.736 decessi (dati ISTAT) con una mortalità per incidenti di circa il 2% della totalità dei decessi; si calcola che negli ultimi tre decenni essi hanno causato la morte di circa trecentomila persone.
In linea di massima, In Italia, ogni anno, in seguito ad incidenti stradali si rilevano circa:

- 7.000 decessi
- 15.000 invalidi
- 150.000 ricoveri
- 1.500.000 accessi al PS
- oltre 600 milioni di euro spesi per ricoveri ed assistenza sanitaria

In Toscana (elaborazioni ARS) essi provocano oltre 400 decessi l'anno e sono la causa del 50% dei traumi cranici con conseguenze invalidanti; secondo l'ISTAT, dal 1991 al 2003, si sono verificati 227.541 incidenti che hanno comportato 305.333 feriti e 5.827 morti.
Ogni anno in media quindi si sono contati circa 17.500 incidenti, 23.500 feriti e 450 morti.
Complessivamente dal 1991 al 2003 il numero degli incidenti stradali è aumentato del 16.1%, contro un incremento, nello stesso periodo, del 32% a livello nazionale.

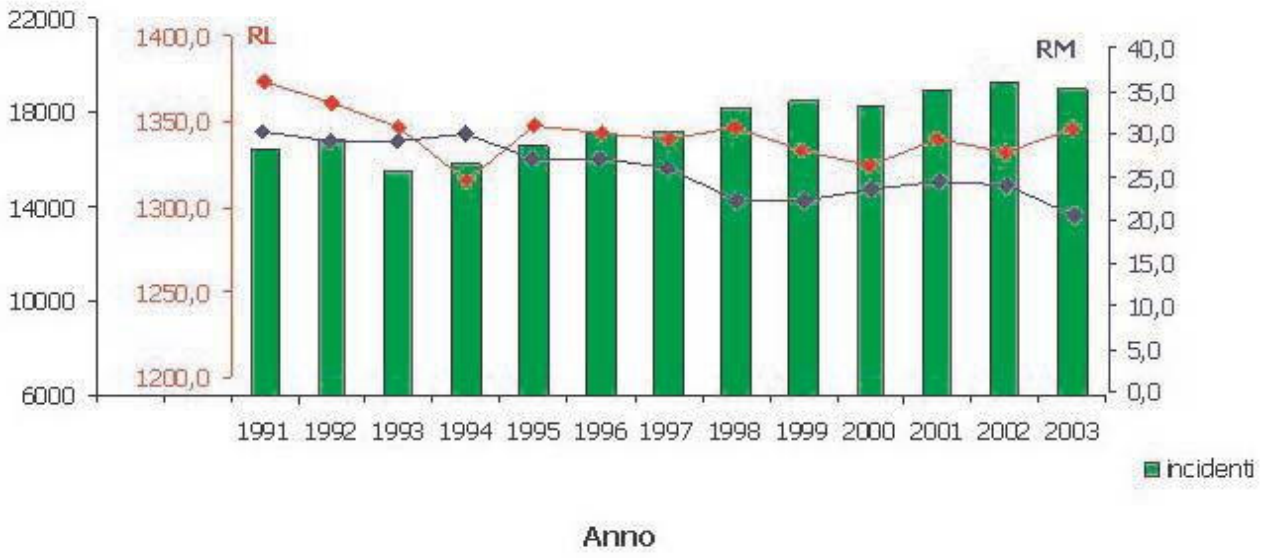
Figura 4 - Andamento numero incidenti 1991-2003 - Italia



Fonte dati: ARS

Nello stesso periodo i feriti sono aumentati del 12% (in Italia l'incremento è stato del 32,5%) ed i decessi sono diminuiti del 27,6% in Toscana contro il 19,8% in Italia.
L'andamento dei dati di mortalità evidenzia una diminuzione fino al 1999 (con 394 casi registrati) seguita da un aumento considerevole nel 2000 e 2001 (428 e 463 casi) per tornare a diminuire di nuovo fino al 2003 (387 casi).

Figura 5 - Rapporto di lesività e di mortalità per anno - Anni 1991-2003



L'andamento mostra quindi una tendenza all'aumento del numero degli incidenti stradali, caratterizzati però da una tendenza complessiva alla riduzione della gravità dei sinistri, in linea con quanto osservato a livello nazionale (è da rilevare un'inversione di tendenza, temporanea, relativa al numero degli incidenti, conseguente all'attivazione della nuova normativa sulla "patente a punti", che ha funzionato nell'immediato, ma che sta già perdendo forza, da verificare comunque nei prossimi anni).
In Toscana e in Italia, dal 1991 al 2003, infatti, il rapporto di mortalità è diminuito in maniera significativa passando rispettivamente da 30,2 a 20,4 e da 43,9 a 26,7.

Gli incidenti stradali rilevati in Toscana dal 1991 al 2003 (227.541 totali) hanno coinvolto 520.326 soggetti di cui il 69,8% maschi e il 30,2% femmine.
I maschi coinvolti in incidenti stradali sono quindi oltre il doppio delle femmine (rapporto 2,3:1), e di conseguenza anche i feriti ed i decessi, e nel tempo non si sono osservati mutamenti sostanziali.

In termini di frequenza essi accadono soprattutto in ambito urbano (78,3% del numero degli incidenti); della restante quota, soltanto il 4,4 % accade su autostrade.
In termini di gravità, quelli più gravi avvengono su strade extraurbane e sulle autostrade: in ambito urbano, infatti, gli incidenti producono un Rapporto di Mortalità 8 volte più basso di quello delle strade extraurbane (Rapporto di lesività: N. Feriti / N. Incidenti) x 1000; Rapporto di mortalità: N. Morti / N. Incidenti x 1000).

In termini di causalità, le circostanze dell'incidente sono da ricondurre:

- nel 34% dei casi riferibili al conducente, in particolare per:
  - eccesso di velocità (6,5%),
  - guida distratta (5%),

  - mancata distanza di sicurezza (3,9%);
  - stato psico-fisico alterato (0,4% dei casi);
- nell'1,8% dei casi riferibili ai pedoni;
- nello 0,3% dei casi riferibili a difetti o avarie del veicolo;
- nel 27,2% dei casi non riferibili a quanto sopra;
- ad una condotta regolare nella restante quota dei casi.

Particolarmente gravi risultano i sinistri per difetti o avarie del veicolo, stato psico-fisico del conducente e veicolo in contromano o eccesso di velocità.

L'analisi della distribuzione geografica degli incidenti e dei relativi indicatori, relativamente al territorio di competenza dell'ASL2, confrontato con i dati regionali e delle altre ASL, evidenzia valori dell' indice di lesività e di mortalità leggermente superiore alla media regionale, con un andamento altalenante, con punte nel 1992, nel 1998 e nel 2002.

Tabella 11 - Incidenti, feriti, decessi, RL, RM dal 1991 al 2003 – ASL 2 Lucca

ASL	Incidenti		Feriti		Morti		RL	RM
	N	%	N	%	N	%		
AREZZO	14.455	6,4	20.262	6,6	669	11,5	1.401,7	46,3
EMPOLI	13.870	6,1	18.763	6,1	351	6,0	1.352,8	25,3
FIRENZE	76.796	33,8	98.947	32,4	1.052	18,1	1.288,4	13,7
GROSSETO	10.839	4,8	15.551	5,1	494	8,5	1.434,7	45,6
LIVORNO	24.293	10,7	32.386	10,6	707	12,1	1.333,1	29,1
LUCCA	11.930	5,1	16.690	5,5	339	5,8	1.399,0	28,4
MASSA	9.283	4,1	13.150	4,4	235	4,0	1.416,6	25,3
PISA	14.503	6,4	19.747	6,5	581	10,0	1.361,6	40,1
PISTOIA	14.823	6,5	19.874	6,5	341	5,9	1.340,8	23,0
PRATO	15.967	7,0	20.534	6,7	228	3,9	1.286,0	14,3
SIENA	14.893	6,5	21.062	6,9	641	11,0	1.414,2	43,0
VIAREGGIO	5.889	2,6	8.367	2,7	189	3,2	1.420,8	32,1
Totale	**227.541**	**100**	**305.333**	**100**	**5.638**	**97**	**1.341,9**	**25,6**

Figura 6 - Andamento rapporto di lesività – ASL 2 di Lucca periodo 1991-2003

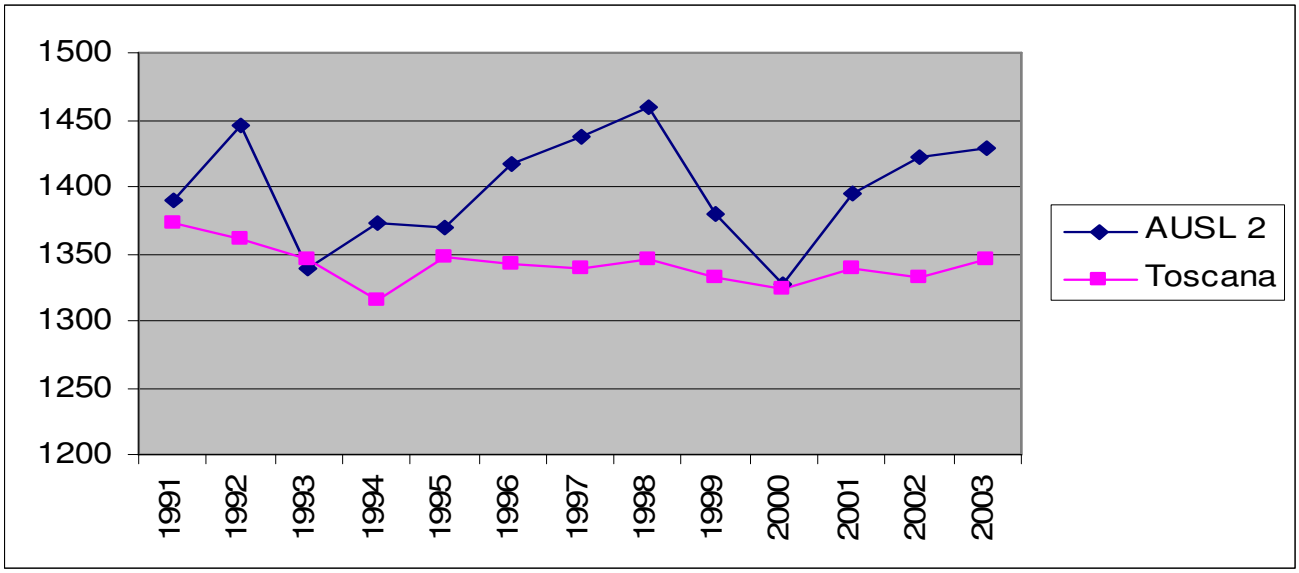
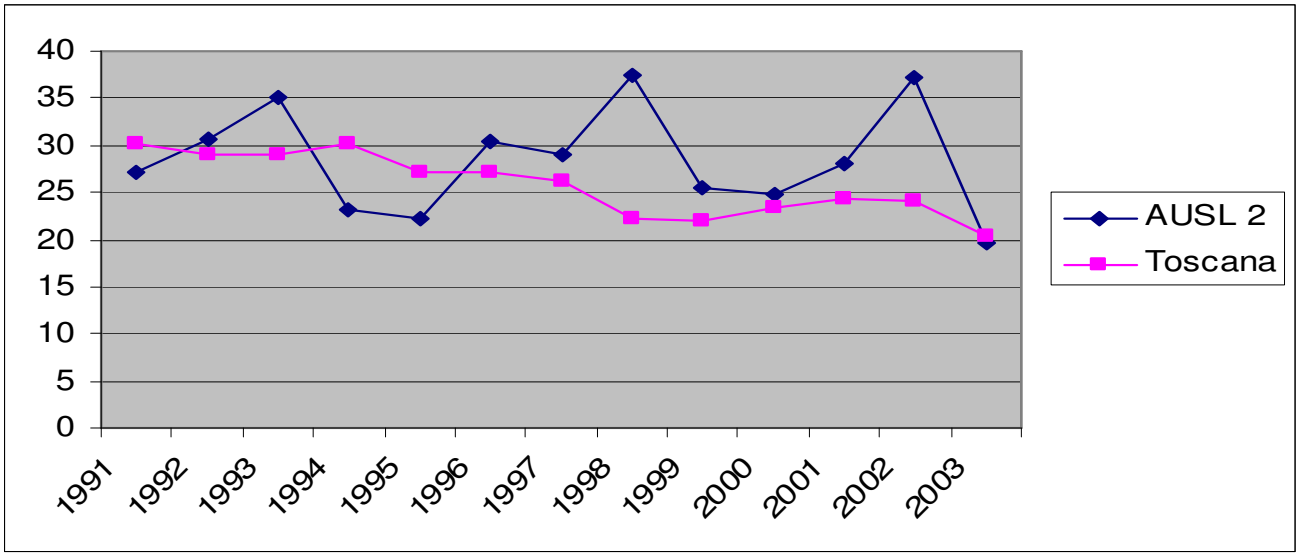


Figura 7 - Andamento rapporto di mortalità – ASL 2 di Lucca periodo 1991-2003



Tra le vari iniziative sviluppate a livello locale, si registra un protocollo d'intesa per la prevenzione degli incidenti stradali concordato tra l'ASL 2 ed il Comune di Lucca, attualmente ancora in fase di elaborazione, che prevede:

- una valutazione d'impatto degli incidenti stradali nella sanità del territorio di competenza attraverso l'attivazione di un Osservatorio Epidemiologico per il monitoraggio in continuo degli incidenti stradali e dei fenomeni sanitari conseguenti
- la promozione dell'integrazione e del coordinamento tra i diversi livelli e settori della pubblica amministrazione competenti in materia di sicurezza stradale
- la promozione della sicurezza stradale anche attraverso specifici progetti di educazione stradale
- l'attivazione di un Sistema Informativo Territoriale che acquisisca tutti i dati di incidentalità e sanitari per la costruzione di mappe di rischio stradale
- la valutazione delle situazioni di rischio con interventi in tempi brevi nei casi più urgenti e di miglioramento sistematico della sicurezza stradale con verifiche e controlli periodici.

1.2.4 Malattie infettive

1.2.4.1 Le Malattie Infettive

Nell'anno 2006 sono state notificate dall'Azienda USL2 n. 653 malattie infettive appartenenti alle Classi dalla I° alla V° così come individuate dal DM 15/12/1990, di cui 157 sono segnalazioni relative a soggetti "morsicati" da animali non rintracciabili per la sorveglianza anti-rabbia.
A tale numero di notifiche si devono aggiungere 46 segnalazioni di punture di zecca per le quali è stato predisposto dal GOESA (Gruppo Operativo di Entomologia Sanitaria ed Ambientale) un preciso protocollo di indagine.
Inoltre c'è da segnalare un caso di Tetano a carico di una donna di 84 anni, residente nella Zona Valle del Serchio.

Nella ***Tabella 12*** vengono riportati i dati relativi alle notifiche di alcune malattie infettive appartenenti alla Classe di Notifica II°, secondo la classificazione del Ministero della Salute, relative a soggetti residenti e non nella nostra ASL: appare evidente una notevole differenza numerica tra le due Zone (vedi anche le tabelle successive) con una elevata segnalazione da parte dei Medici e Pediatri sia ospedalieri che territoriali nella Piana di Lucca ed una notevole diminuzione rispetto agli anni precedenti nella Valle del Serchio dove il "calo di notifiche" iniziato nel 2004 si è accentuato negli anni successivi.

Di seguito si riportano i dati di alcune malattie infettive relative esclusivamente a soggetti residenti sul nostro territorio dal cui esame emergono le seguenti osservazioni:

1- I casi di Rosolia, per la quale è in atto da alcuni anni una Piano nazionale e regionale di vaccinazione anti-Morbillo, Parotite, Rosolia per l'eliminazione della Rosolia congenita, sono stati segnalati in due soggetti non vaccinati: un maschio di 25 anni ed una femmina di 20 anni di età.

2- Nel 2006, come accaduto nei due anni pecedenti, non sono stati segnalati casi di morbillo, a differenza del 2003 quando fu rilevato un modesto "picco epidemico". In ogni caso, visti i dati di copertura vaccinale per il Morbillo rilevati nella nostra ASL, anche se superiori al 90%, sono da aspettarsi episodi epidemici ad intervalli maggiori di 5 anni, in rapporto all'accumulo nel tempo di un numero congruo di suscettibili.

3- I casi "diarree infantili", alla cui voce sono registratati i casi da Rotavirus ed Adenovirus che si verificano prevalentemente nei primi anni di vita, continuano a essere segnalati con discreta frequenza.

4- Per quanto riguarda gli 8 casi di epatite virale A a carico di soggetti residenti nell'ASL 2 (6 risultano residenti nella Piana e 2 nella Valle) si registrano due focolai epidemici familiari, non correlati epidemiologicamente, in cui sono stati coinvolti, per 4 soggetti, i rispettivi coniugi di età compresa tra 36 e 47 anni; gli altri 4 casi hanno interessato soggetti non vaccinati, tre maschi ed una femmina di età compresa tra 26 e 71 anni.

5- I 6 casi di epatiti virale B in soggetti residenti nella nostra Azienda si riferiscono a persone del territorio della Piana di Lucca: prevalentemente maschi (4 maschi e 2 donne), di età compresa tra 33 e 50 anni, non vaccinati contro l'epatite B.

6- Due casi di Legionellosi risultano residenti presso la Zona Piana di Lucca e non hanno riferito particolari fattori di rischio; gli accertamenti ambientali disposti presso la loro abitazione non hanno rilevato la presenza di Legionella nell'impianto idrico dell'acqua calda. A questi si deve aggiungere 1 caso, segnalato dal Centro Europeo di controllo della Legionella, in un turista straniero che ha soggiornato in un albergo della Piana, dove gli accertamenti ambientali hanno rilevato la presenza di Legionella pneumophila ed 1 caso, ricoverato presso una struttura sanitaria che è risultata negativa ai controlli ambientali in quanto da alcuni mesi erano in corso specifici interventi per il controllo della Legionella. Il rilevamento di tale germe negli impianti di distribuzione interna dell'acqua in collettività alberghiere e sanitarie mette in evidenza la necessità che tali strutture attivino programmi di prevenzione e controlli mirati come indicato dalle Linee guida ufficiali per prevenire la patologia infettiva legata alla presenza ambientale della Legionella.

Tabella 12 – Incidenza principali Malattie Infettive notificate dall'ASL 2 relative a soggetti residenti e non residenti, distinte per Zone. Periodo 2002 – 2006.

Zona Piana Di Lucca

Malattia infettiva	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Blenorragia	0	0	2	1	1
Brucellosi	1	0	0	0	0
Diarrea Infettiva	9	13	42	43	87
Epatite A	4	12	17	8	8
Epatite B	3	4	17	12	12
Epatite C	1	3	3	2	3
Epatite NANB	1	0	0	0	0
Legionellosi	0	2	1	5	2
Leishmaniosi viscerale	0	1	0	0	0
Leptospirosi	0	1	0	0	0
Meningite Meningococcica	0	0	1	1	1
Meningo-Encefalite Virale	6	4	2	4	2
Morbillo	7	18	0	0	0
Parotite Epidemica	1	1	1	1	1
Pertosse	3	0	0	0	2
Rickettsiosi	2	0	1	2	0
Rosolia	1	0	0	0	2
Salmonellosi non Tifoidea	33	30	21	17	31*
Scarlattina	34	41	38	37	107
Sifilide	7	4	5	13	7
Varicella	69	179	73	74	39
TOTALE	182	313	227	220	304

Un soggetto è risultato positivo per Salmonella in due occasioni diverse e per ceppi diversi

Zona Valle Del Serchio

Malattia infettiva	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Blenorragia	0	1	0	1	**0**
Diarrea Infettiva	1	1	1	4	**4**
Epatite A	0	8	0	1	**2**
Epatite B	2	2	0	5	**0**
Epatite C	0	1	0	0	**0**
Epatite NANB	0	0	0	0	**0**
Legionellosi	1	1	0	2	**0**
Meningo-Encefalite Virale	1	2	0	0	**0**
Morbillo	4	2	0	0	**0**
Parotite Epidemica	2	0	0	0	**0**
Pertosse	2	0	0	0	**0**
Rosolia	2	0	0	0	**0**
Salmonellosi non Tifoidea	11	18	17	24	**7**
Scarlattina	0	7	0	1	**0**
Sifilide	0	0	0	1	**1**
Tularemia	0	0	0	0	**0**
Varicella	3	141	64	25	**6**
TOTALE	29	184	82	64	20

Tabella 13 - Casi di malattie infettive in residenti ASL 2 – Anni 2004–2005-2006.

Zona Piana Di Lucca			
Malattia Infettiva	**Anno 2004**	**Anno 2005**	**Anno 2006**
Blenorragia	2	1	**1**
Diarrea infettiva	41*	34*	**84**
Epatite A	12**	7	**6**
Epatite B	9	9	**6**
Epatite C	1***	1	**0**
Legionellosi	1	5**	**2***
Meningite Meningococcica	1	1	**1**
Meningo-Encefalite Virale	1	2	**2**
Parotite Epidemica	1	1	**1**
Salmonellosi non Tifoidea	22****	16***	**30****
Scarlattina	38	37	**106**
Sifilide	4	11	**5**
Rickettsiosi	1	1	**0**
Varicella	70	73	**39**
Totale	204	199	**282**
Zona Valle Del Serchio			
Malattia Infettiva	Anno 2004	Anno 2005	**Anno 2006**
Blenorragia	0	1	**0**
Epatite A	0	1	**2**
Epatite B	0	5	**0**
Epatite C		0	**0**
Diarrea infettiva	1	4	**4**
Legionellosi	0	2	**0**
Salmonellosi non Tifoidea	17	24	**7****
Scarlattina	0	1	**0**
Sifilide	0	1	**1**
Varicella	64	24	**6**
Totale	82	63	**20**

Si segnalano inoltre per l'anno 2006:
** 2 casi di Legionellosi in soggetti ospiti rispettivamente di una struttura alberghiera e di una struttura sanitaria*
***n. 2 casi di Salmonellosi in nostri residenti (1 della Piana e 1 della Valle) notificati da altre ASL*

1.2.4.2 Campagna di vaccinazione anti-Morbilllo, Parotite, Rosolia

Anche nel corso del 2006 è proseguita l'offerta attiva e gratuita della Vaccinazione anti-Morbillo/Parotite/Rosolia per la popolazione infantile dell'ASL 2, secondo le indicazioni contenute nel "Piano Regionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita" di cui alla Delibera n. 1284 dell'1/12/03.
L'attività di ulteriore promozione all'adesione vaccinale rivolta alle famiglie dei soggetti che ancora risultavano non vaccinati ha coinvolto anche i Pediatri di Libera Scelta ed i Medici di Medicina Generale dei bambini ed è stata svolta in stretta collaborazione tra il personale sanitario dell'U.O. Attività Sanitarie di Comunità e dell'U.O. Igiene e Sanità pubblica operante nelle due Zone Piana di Lucca e Valle del Serchio.

Per valutare l'andamento della copertura vaccinale nell'infanzia sono stati presi in esame i dati relativi ai soggetti appartenenti alle coorti di nascita dal 1990 al 2004 e residenti al 31/12/06; dall'esame di tali dati ***(Tabella 14)*** emergono le seguenti osservazioni:

1. a livello di ASL si rileva in generale in tutte le classi di età un aumento, rispetto ai dati del 2005, della copertura per la 1° dose di vaccino anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (o solo Morbillo, ma in minore entità), con valori superiori al 90% per le coorti di nascita dal 1994 in poi, più elevati nella Zona Piana di Lucca.
2. sempre a livello di aziendale si rileva un aumento netto, rispetto ai dati del 2005, della copertura per la 2° dose di vaccino anti-Morbillo-Parotite-Rosolia in tutte le classi di età esaminate.
3. dal confronto dei dati di copertura 2005 - 2006 si notano in alcune classi di età, in particolare nella Zona Valle del Serchio, variazioni di copertura per la 1° dose anche in senso negativo.

1.2.4.3 Vaccinazioni dell'Infanzia

Per quanto riguarda le vaccinazioni anti-Difterica, Tetanica, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus b, MPR e Meningococco C, la copertura della 3° dose DTPa-ep.B-Polio-Hib al 24° mese (coorte di nascita 2004 interessata nel 2006), i dati rilevati sono soddisfacenti, in sintonia con i dati registrati nel 2005, sia a livello di ASL che di Zona/Distretto, con valori intorno al 95% ed in alcuni casi superiori (intorno al 98%-99%): la copertura vaccinale indicata dal Piano Nazionale Vaccini è di almeno il 95%.
I dati relativi alla vaccinazione anti MPR, calcolata al 24° mese, sia a livello aziendale che di Zona/Distretto risultano migliori rispetto ai dati del 2005, in quanto sono superiori al 90%, anche se esaminando il dato per singoli Centri distrettuali notiamo valori leggermente inferiori per Gallicano e Fornaci di Barga.
I dati relativi allo stato vaccinale della popolazione infantile nell'ASL sopra esposti mostrano in generale, pur con differenze territoriali, una buona copertura per le vaccinazioni indicate dal Calendario regionale, anche se il dato relativo ad alcune di queste (anti-MPR, anti-meningococco C e DTP a 5-6 anni a livello della Piana di Lucca) deve essere ulteriormente migliorato.

Tabella 14 - CAMPAGNA MPR - coorti di nascita dal 1990 al 2004. Dati al 31/12/06 in soggetti residenti (anagrafe dei Centri vaccinali). Totale aziendale e per zona.
Azienda Usl 2 Lucca

Anno nascita	N.ro residenti al 31/12/06	N.ro Vaccinati 1° dose M o MPR al 31/12/06	**Copertura vaccinale 1° dose M o MPR al**	N.ro Vaccinati 2 dose M o MPR al 31/12/06	**Copertura vaccinale 2° dose M o MPR al**	*N.ro residenti al 31/12/05*	*N.ro Vaccinati 1° dose M o MPR al 31/12/05*	*Copertura vaccinale 1° dose M o MPR al 31/12/05 (%)*	*N.ro Vaccinati 2 dose M o MPR al 31/12/05*	*Copertura vaccinale 2° dose M o MPR al 31/12/05 (%)*
1990	1828	1574	**86,1**	1111	**60,8**	*1770*	*1536*	*86,8*	*971*	*54,9*
1991	1853	1626	**87,7**	1363	**73,6**	*1849*	*1600*	*86,5*	*1290*	*65,4*
1992	1850	1644	**88,9**	1334	**72,1**	*1839*	*1597*	*86,8*	*1170*	*63,6*
1993	1775	1582	**89,1**	1279	**72,1**	*1763*	*1527*	*86,6*	*1172*	*66,5*
1994	1753	1600	**91,3**	1253	**71,5**	*1749*	*1588*	*90,8*	*1217*	*69,6*
1995	1791	1659	**92,6**	1304	**72,8**	*1777*	*1611*	*90,7*	*1257*	*70,7*
1996	1809	1660	**91,8**	1364	**75,4**	*1793*	*1640*	*91,5*	*1306*	*72,8*
1997	1746	1593	**91,2**	1437	**82,3**	*1747*	*1580*	*90,4*	*1293*	*74,0*
1998	1850	1686	**91,1**	1316	**71,1**	*1811*	*1636*	*90,3*	*1050*	*58,0*
1999	1841	1702	**92,4**	1384	**75,2**	*1837*	*1663*	*90,5*	*1193*	*64,9*
2000	1794	1682	**93,8**	1416	**78,9**	*1816*	*1656*	*91,2*	*933*	*51,4*
2001	1840	1701	**92,4**	1010	**54,9**	*1846*	*1665*	*90,2*	*8*	*0,4*
2002	1838	1701	**92,5**	28	**1,5**	*1835*	*1667*	*90,8*	*2*	*0,1*
2003	1852	1742	**94,1**	4	**0,2**	*1840*	*1696*	*91,6*	*0*	*0,0*
2004	1864	1742	**93,5**	4	**0,2**		*nv*	*nv*	*nv*	*nv*

Zona Piana Di Lucca

Anno nascita	N.ro residenti al 31/12/06	N.ro Vaccinati 1° dose M o MPR al 31/12/06	Copertura vaccinale 1° dose M o MPR al	N.ro Vaccinati 2° dose M o MPR al 31/12/06	Copertura vaccinale 2° dose M o MPR al	N.ro residenti al 31/12/05	N.ro Vaccinati 1° dose M o MPR al 31/12/05	Copertura vaccinale 1° dose M o MPR al	N.ro Vaccinati 2° dose M o MPR al 31/12/05	Copertura vaccinale 2° dose M o MPR al
1990	1353	1169	86,4	897	66,3	1294	1144	88,4	797	61,6
1991	1391	1234	88,7	1073	77,1	1387	1220	88,0	995	71,7
1992	1372	1242	90,5	1053	76,7	1357	1200	88,4	929	68,5
1993	1296	1171	90,4	979	75,5	1282	1106	86,3	908	70,8
1994	1318	1209	91,7	982	74,5	1312	1189	90,6	954	72,7
1995	1293	1207	93,3	989	76,5	1285	1163	90,5	950	73,9
1996	1329	1239	93,2	1013	76,2	1321	1208	91,4	981	74,3
1997	1399	1178	90,6	1118	86,0	1297	1151	88,7	998	76,9
1998	1363	1241	91,0	1013	74,3	1349	1202	89,1	931	69,0
1999	1378	1279	92,8	1137	82,5	1374	1241	90,3	1086	79,0
2000	1369	1288	94,1	1161	84,8	1387	1266	91,3	904	65,2
2001	1401	1302	92,9	895	63,9	1396	1257	90,0	8	0,6
2002	1403	1306	93,1	9	0,6	1405	1274	90,7	2	0,1
2003	1408	1326	94,2	10	0,7	1403	1291	92,0	nv	0,0
2004	1419	1330	93,7	2	0,1	nv	nv	nv	nv	nv

Zona Valle Del Serchio

Anno nascita	N.ro residenti al 31/12/06	N.ro Vaccinati 1° dose M o MPR al 31/12/06	Copertura vaccinale 1° dose M o MPR al 31/12/06	N.ro Vaccinati 2° dose M o MPR al 31/12/06	Copertura vaccinale 2° dose M o MPR al 31/12/06	N.ro residenti al 31/12/05	N.ro Vaccinati 1° dose M o MPR al 31/12/05	Copertura vaccinale 1° dose M o MPR al 31/12/05	N.ro Vaccinati 2° dose M o MPR al 31/12/05	Copertura vaccinale 2° dose M o MPR al 31/12/05 %
1990	475	405	85,3	214	45,1	476	392	82,4	174	36,6
1991	462	392	84,8	290	62,8	462	380	82,3	214	46,3
1992	478	402	84,1	281	58,8	482	397	82,4	241	50
1993	479	411	85,8	300	62,6	481	421	87,5	264	54,9
1994	435	391	89,9	271	62,3	437	399	91,3	263	60,2
1995	498	452	90,8	315	63,3	492	448	91,1	307	62,4
1996	480	421	87,7	351	73,1	472	432	91,5	325	68,9
1997	446	415	93,0	319	71,5	450	429	95,3	295	65,6
1998	487	445	91,4	303	62,2	462	434	93,9	119	25,8
1999	463	423	91,4	247	53,3	463	422	91,1	107	23,1
2000	425	394	92,7	255	60,0	429	390	90,9	29	6,8
2001	439	399	90,9	115	26,2	450	408	90,7	0	0
2002	435	395	90,8	19	4,4	430	393	91,4	0	0
2003	444	416	93,7	4	0,9	437	395	90,4	0	nv
2004	445	412	92,6	2	0,4	nv	nv	nv	0	nv

1.2.4.4 Campagna di Vaccinazione Antinfluenzale 2005-2006

Anche per il 2006 la campagna di vaccinazione antinfluenzale nella ASL 2 ha registrato una notevole adesione.
Nel corso della campagna sono state somministrate 54.700 dosi di vaccino con una copertura nella popolazione totale pari al 26.4 %.
Grazie alla collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, è stato raggiunta una copertura nella popolazione anziana (65 anni ed oltre) pari a 79.4%, mentre per la popolazione infantile, la copertura è risultata superiore al 20%.
Infine si è rilevato anche un aumento della copertura vaccinale nel personale sanitario.

Tabella 15 - Valori di copertura vaccinale antinfluenzale - ASL2 Lucca e zone – Campagna 2005-2006

Età	*Soggetti vaccinati*	*Popolazione residente (indicazioni regione Toscana) al 1/1/2005*	*Copertura vaccinale %*
ASL 2			
65 anni e oltre	39402	49613	79,4
Totale ASL 2	***57075***	***214410***	***26,4***
PIANA DI LUCCA			
65 anni e oltre	28254	34778	81,2
Totale Piana Di Lucca	***40820***	***155520***	***26,2***
VALLE DEL SERCHIO			
65 anni e oltre	11148	14835	75,1
Totale Valle Del Serchio	***16255***	***58890***	***27,6***

1.2.4.5 Tubercolosi e Micobatteriosi

Nell'anno 2006 sono stati notificati dall'ASL 2 n. 33 casi di *Tubercolosi* e n. 2 casi di *Micobatteriosi* (uno residente nella Piana di Lucca ed uno nella Valle del Serchio).
Dei 33 casi di Tubercolosi segnalati:

- n. 5 casi sono risultati essere residenti in altre Aziende USL (3 a carico di soggetti extracomunitari);
- n. 28 casi sono risultati essere residenti nella nostra azienda (12 a carico di soggetti extracomunitari).

In *Tabella 16* si riportano i casi di malattia tubercolare diagnosticata negli ultimi anni in soggetti residenti nelle due Zone dell'ASL.
Dall'esame dei casi di tubercolosi a carico dei 28 soggetti residenti sul territorio dell'ASL 2 emerge che:

- n. 22 casi (19 casi nuovi e 3 recidive) sono residenti nella Zona Piana di Lucca; di questi, la maggior parte (13 su 22 casi) ha un'età compresa tra 27 e 48 anni; in questa fascia 11 soggetti sono persone straniere residenti nella Piana di Lucca (3 provenienti dalla Romania, 2 dall'Ucraina, 2 dal Marocco, 1 dalla Costa D'Avorio, 1

dalla Somalia, 1 dall'Etiopia, 1 dal Brasile). Nella fascia di età sotto i 20 anni c'è da segnalare la presenza di un minore di 10 anni rumeno la cui malattia era già stata diagnosticata nel suo Paese di origine. Nella fascia di età 65-89 anni sono presenti 8 casi di malattia a carico di soggetti di cittadinanza italiana.

- n. 6 casi di tubercolosi (4 casi nuovi, 1 recidiva ed 1 caso non specificato) sono residenti nella Zona Valle del Serchio; di questi, il maggior numero (4 su 6 casi) ha un'età compresa tra 41 e 57 anni; in questa fascia 1 soggetto è un cittadino straniero, di origini magrebine, in Italia dal 1984. Nella fascia di età 65-81 anni sono presenti 2 casi di malattia a carico di cittadini italiani.

Tabella 16 – Notifiche casi di Tubercolosi e Micobatteriosi in soggetti residenti e non residenti nell'ASL 2, distinti per zone – Anno 2006.

Piana Di Lucca	**0-14**		**15-24**		**25-64**		**>65**		**Totale casi notificati**	***Totale in soggetti residenti***
	M	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**		
TBC Polmonare				**1**	**5**	**4**	**5**	**3**	**18**	***13***
TBC extrapolmonare		**1**			**1**		**1**		**3**	***3***
TBC polmonare ed extrapolmonare					**3**	**2**		**1**	**6**	***6***
TBC disseminata polm. ed extrapolm									**0**	***0***
TOTALE									**27**	***22***
Valle Del Serchio	**0-14**		**15-24**		**25-64**		**>65**		**Totale casi notificati**	***Totale in soggetti residenti***
	M	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**		
TBC Polmonare						**2**	**1**		**3**	***3***
TBC extrapolmonare						**1**			**1**	***1***
TBC polmonare ed extrapolmonare					**1**	**1**			**2**	***2***
TBC disseminata miliare polmonare									**0**	***0***
TOTALE									**6**	***6***

Tabella 17 - Tubercolosi in residenti nell' ASL 2 distinti per zone – anni 2003-2006

Piana Di Lucca	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
	Residenti	**Residenti**	**Residenti**	**Residenti**
TBC Polmonare	***19***	***13***	***14***	***13***
TBC extrapolmonare	***7***	***1****	***7***	***3***
TBC polmonare ed extrapolmonare	***4***	***2***	***0***	***6***
TBC disseminata miliare polmonare	***1***	***0***	***1***	***0***
TOTALE	***31***	***16***	***22***	***22***
Valle Del Serchio	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006
	Residenti	**Residenti**	**Residenti**	**Residenti**
TBC Polmonare	***3***	***3***	***2***	***3***
TBC extrapolmonare	***1***	***1***	***0***	***1***
TBC polmonare ed extrapolmonare	***0***	***0***	***0***	***2***
TBC disseminata miliare polmonare	***0***	***0***	***0***	***0***
TOTALE	***4***	***4***	***2***	***6***

Tabella 18 **-** Paese di provenienza dei casi notificati di Tubercolosi in extracomunitari residenti e non nell'ASL2 – anno 2006.

Paese di Provenienza	**N° Soggetti**	**Anno di arrivo in Italia**
Tunisia	1	2005
Costa D'Avorio (residente)	1	2005
Romania (residente)	1	2003
Romania (1 residente)	2	2005
Romania (residenti)	2	2006
Somalia (residente)	1	2003
Ucraina (residente)	1	2002
Ucraina(residente)	1	2004
Brasile (residente)	1	2003
Etiopia (residente)	1	1986
Marocco (residente)	1	1984
Marocco (residente)	1	1990
Marocco	1	1996
TOTALE	***15***	

1.2.4.6 AIDS, incidenza e mortalità

In Italia la raccolta sistematica dei dati sui casi di AIDS è iniziata nel 1982 (anno della prima diagnosi di AIDS in Italia), e dal 1984 è stato formalizzato un Sistema di Sorveglianza Nazionale, a cui vengono segnalati i casi di malattia diagnosticati nelle strutture cliniche del nostro Paese.
Dal 1987 il Sistema di Sorveglianza è gestito dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le regioni; tale struttura provvede alla raccolta, analisi e pubblicazione di un rapporto trimestrale per l'aggiornamento della situazione italiana.

L'analisi dell'andamento della malattia è stata fatta sulla base dei dati di riferimento più aggiornati, che sono quelli relativi al 31/12/2005 *(COA – dati al 2005).*

Nella valutazione dell'andamento dei casi di AIDS occorre tenere conto di alcune caratteristiche:

1) la distribuzione temporale dei casi è influenzata dal ritardo di notifica, cioè dal tempo che intercorre tra la data della diagnosi del caso e quella della notifica al COA. Questo è particolarmente significativo nei dati relativi agli ultimi trimestri di diagnosi; in questi casi il numero di notifiche viene corretto attraverso un metodo di correzione standardizzato.
2) un altro elemento che influenza le reali dimensioni del fenomeno è la sottonotifica dei casi di AIDS, cioè quella quota di casi che, non segnalata, sfugge al Sistema di Sorveglianza. Studi preliminari hanno permesso di stimare per l'Italia, negli ultimi anni, un tasso di sottonotifica vicino al 10%.

In Italia, dal 1982 al dicembre 2005 sono stati notificati 56.076 casi di AIDS, di cui 1.577

nell'ultimo anno; la stima dei casi cumulativi corretti per ritardo di notifica è di 56.161 casi.

Del totale dei casi diagnosticati il 77,6% sono di sesso maschile: la distribuzione per sesso evidenzia che, nell'ultimo decennio, la proporzione di pazienti di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25%.
Inolte l'1,3% risultano casi in età pediatrica o con infezione trasmessa da madre a figlio ed il 6,8% sono stranieri.

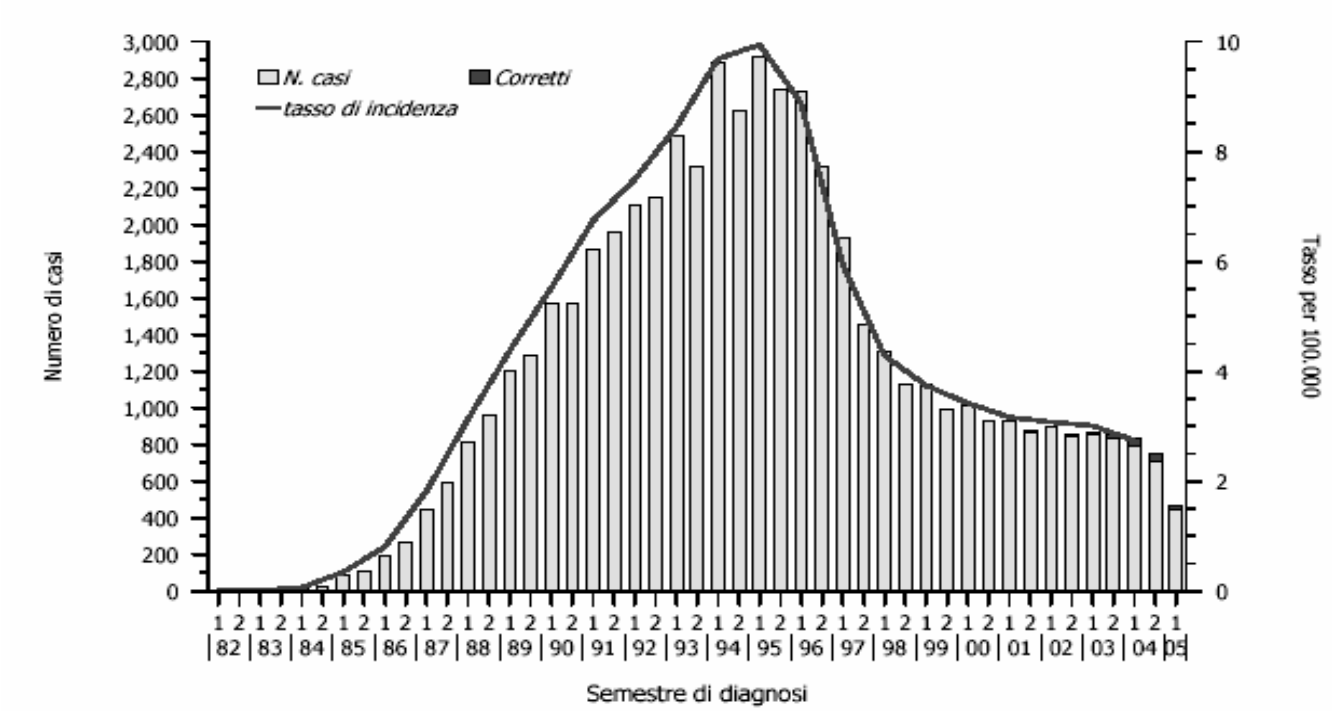
L'andamento dei tassi d'incidenza per anno di diagnosi (figura 4) evidenzia un costante incremento dell'incidenza dei casi di AIDS notificati sino al 1995, seguito da una progressiva diminuzione dal 1996 fino al 2001; dal 2002 il numero dei casi diagnosticati sembra stabilizzarsi; nel 2005 i casi diagnosticati (corretti per ritardo di notifica) sono diminuiti rispetto al 2004.

In totale, 34.757 pazienti risultano deceduti al 31 dicembre 2005 (tasso di letalità: 62,0%); da tener presente che il numero di decessi per AIDS è ancora sottostimato, a causa della non obbligatorietà della notifica di decesso.

La distribuzione dei casi per fascia d'età evidenzia la quota percentuale maggiore (il 68,9% del totale dei casi) nella fascia d'età 25-39 anni (in particolare è aumentata la quota di casi nella fascia d'età 35-39 anni)

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi, passando da 29 anni nel 1985 a 41 nel 2005, che tra le femmine (da 24 a 38).

Figura 8 - Casi di AIDS in Italia per semestre di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31/12/2005.
(fonte: COA)



Nel tempo si evidenzia altresì un aumento progressivo della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 4,5% nel periodo 1994-95 al 17,9% nel periodo 2004-2005).

Secondo i dati forniti dal Registro Nazionale, considerando i soli casi segnalati negli ultimi 12 mesi (al 31/12/05) per regione di residenza, la Toscana fa registrare un tasso di incidenza pari a $2,6 \times 10^5$ abitanti contro un massimo di valori registrato in Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria e Umbria ed un minimo in Basilicata.
A livello di massima disaggregazione territoriale (la provincia di residenza), si rileva che, in provincia di Lucca si è registrato un tasso di incidenza pari a $3,4 \times 10^5$ (si tenga presente che più della metà dei casi è relativa ai residenti nella ASL 12 Versilia), in riduzione rispetto agli anni precedenti.
In Italia tassi provinciali particolarmente elevati si riscontrano a Brescia, Ravenna, Lecco, Novara, Milano e Bergamo.

E' evidente la persistenza di un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia nel nostro Paese.

La distribuzione dei casi adulti per anno di diagnosi e per categoria di esposizione evidenzia come il 58,4% del totale dei casi sia attribuibile alle pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/ omosessuali).
La distribuzione nel tempo mostra inoltre un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale (omosessuale ed eterosessuale: quest'ultima rappresenta la modalità di trasmissione più frequente nel 2005) e una diminuzione di quella delle altre modalità.

A livello di ASL i dati più recenti disponibili sono quelli forniti dall'Agenzia Regionale di Sanità (tabella 18); i dati sono aggiornati al 2005.

Per un confronto con i dati nazionali che, come già visto prima, sono aggregati per provincia e quindi per una visione più realistica della situazione locale, si riportano anche i dati relativi alla ASL 12 Viareggio, i cui comuni fanno parte della provincia di Lucca.

Tabella 19 – Numero di casi incidenti e prevalenti di AIDS (anno 2005), e confronto con i valori medi regionali dei tassi standardizzati indiretti (periodo 2003-2005).

ASL di residenza	*Numero di casi incidenti Anno 2005*	*Tasso standardizzato indiretto di incidenza Anni 2003-2005*	*Numero di casi prevalenti Anno 2005*	*Tasso standardizzato indiretto di prevalenza Anni 2003-2005*
ASL 2 - Lucca	8	93,3	56	90,5
ASL 12 - Viareggio	7	139,5	79	162,7
REGIONE TOSCANA	*88*	*100*	*1031*	*100*
valore minimo		*Siena: 39,3*		*Arezzo: 55,9*
valore massimo		*Livorno: 149,9*		*Viareggio: 162,7*

(fonte: Agenzia Regionale di Sanità ARS - Toscana)

L' ASL 2 presenta un tasso standardizzato indiretto di incidenza leggermente inferiore al valore regionale, ma non in modo statisticamente significativo.

Il tasso standardizzato indiretto di prevalenza risulta inferiore al dato medio regionale, anche in questo caso non in modo statisticamente significativo.

In Toscana i valori di incidenza più bassi si registrano nella ASL 7 di Siena, ed i più elevati nella ASL 6 di Livorno, in entrambi i casi in modo statisticamente significativo.

1.2.5 Infortuni sul lavoro

Gli infortuni sul lavoro (*Tabella 20*) negli ultimi anni appaiono in generale calo, nonostante il buon andamento dell'occupazione nel nostro territorio.

Inoltre, da un esame delle modalità di accadimento degli infortuni sottoposti ad inchiesta nel 2006 è possibile evidenziare alcuni punti:

- la caduta dall'alto è la più frequente causa di infortuni gravi, oltre che mortali, in edilizia e fra le più frequenti anche negli altri comparti
- fino agli anni '90 molti infortuni mortali si sono verificati nelle cartiere per incastro fra rulli. Grazie a numerosi interventi sulla sicurezza delle macchine per cartiera, l'ultimo infortunio mortale con tale dinamica si è verificato nel 2000. Tale modalità si ripete tuttavia, anche se con conseguenze assai più lievi, nel 25% degli infortuni sottoposti ad inchiesta nel comparto cartario
- si segnalano, per la potenziale pericolosità, 2 infortuni avvenuti in cartotecnica per investimento da carrello elevatore che procedeva a retromarcia a causa della mancanza di visibilità anteriore per il carico ingombrante

I dati relativi agli infortuni mortali, suddivisi per comparto lavorativo, sono riportati nella tabella seguente:

2004	terziario	operaio comunale schiacciato da una benna nel magazzino
2004	lavoraz. marmo	artigiano schiacciato da autogru
2004	edilizia	sfondamento tetto eternit
---	---	---
2005	edilizia	edile clandestino investito da fascio reti elettrosaldate
2005	edilizia	edile clandestino – sfondamento di lucernario
2005	trasporti	ferroviere trascinato da indumenti impigliati durante manovra
---	---	---
2006	carta	operaia per una sciarpa impigliata su albero ruotante
2006	selvicoltura	colpito alla testa da un sasso, lavorando in un canalone

Per quanto riguarda gli infortuni mortali, il settore maggiormente colpito risulta essere l'edilizia, con la prevalenza della modalità per caduta dall'alto.

Si è, infine, avuto notizia da fonte sindacale di 4 infortuni gravi evitati nel 2006 in seguito a ribaltamento del carrello elevatore.
Le conseguenze di questi eventi sarebbero state probabilmente molto gravi se non fossero state installate chiusure laterali dei carrelli.
Tale misura si è diffusa nelle aziende del nostro territorio in seguito ad una specifica campagna sulla sicurezza della movimentazione meccanica da noi attuata dal 2002. Nel periodo immediatamente precedente infatti era stata raggiunta la punta di 2 infortuni mortali all'anno per schiacciamento del conducente in seguito a ribaltamento del carrello elevatore.

Tabella 20 - Infortuni sul lavoro nella ASL2 Lucca (TOT) suddivisi per zone (VdS: Valle del Serchio e PdL: Piana di Lucca) anni 2004-2006

COMPARTI	**2004**			**2005**			**2006**		
	VdS	**PdL**	**TOT**	**VdS**	**PdL**	**TOT**	**VdS**	**PdL**	**TOT**
Agricolo	108	115	223	119	113	232	119	89	208
Alimentare	16	102	118	7	117	124	22	106	128
Calzaturiero	3	32	35	3	32	35	2	13	15
Cartario	140	307	447	165	258	423	169	209	378
Chimico	63	103	166	64	73	137	86	52	138
Edile	128	239	367	129	171	300	139	153	292
Estrattivo	27	10	37	16	12	28	21	11	32
Legno	17	29	46	20	14	34	17	16	33
Metalmecc.	113	241	354	137	169	306	156	118	274
Tessile	6	18	24	7	15	22	3	11	14
Terziario	402	973	1375	400	639	1039	314	574	888
Vario	111	778	889	109	1266	1375	86	1322	1408
TOTALE	**1134**	**2947**	**4081**	**1176**	**2879**	**4055**	**1134**	**2674**	**3808**
*Di cui GRAVI **	*121*	*422*	*543*	*111*	*362*	*473*	*102*	*384*	*486*
% gravi			***13,31%***			***11,66%***			***12,76%***

1.2.6 Handicap

Zona Piana di Lucca

Il quadro generale riguardante il settore dell'Handicap, elaborato a cura del GOIF, presenta le seguenti caratteristiche:

- N° ***2029*** soggetti portatori di handicap, da 0 a 64 anni, conosciuti dai servizi dell'ASL 2 Zona Piana di Lucca al 31.12. 2006.
- N° 1784 soggetti (relativi al punto 1) accertati ai sensi art. 3 e 4 della L.104/92 dall'insediamento della commissione
- N° 1250 accertati in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L.104/92.

Tabella 21 - Suddivisione dei soggetti per patologie e classi di età nel 2006.

Tipologia	*Classi di età*					*Totale*
	0-3	*4-18*	*19-25*	*26-39*	*40-64*	
Psichico	7	347	98	48	58	558
Fisico	40	193	90	152	363	828
Sensoriale	8	31	10	21	36	106
Plurihandicap	45	79	40	88	275	527
TOTALE	*100*	*650*	*238*	*309*	*732*	*2029*

Anche nel 2006 l'handicap prevalente *fino a 18 anni* è risultato quello psichico con n° 354 casi accertati; segue quello fisico con n° 233, la pluriminorazione con n° 124 ed infine il sensoriale con 39 casi.
Nella *fascia di età 19 – 64*, invece, è risultato prevalente l'handicap fisico con n° 605 casi accertati, seguito dalle situazioni di pluriminorazione con n° 403, quello psichico con n° 204 e il sensoriale con 67 casi.

Tabella 22 - Dati riguardati le Commissione per l'accertamento dell'handicap.

Commissioni operanti	N°	1
Sedute nell'anno	"	75
Domande di accertamento pervenute nel 2006	"	684
Domande giacenti al 1.1.06 pervenute in anni precedenti	"	195
Domande esaminate e definite nel 2006	"	694
Domande archiviate (decessi, assenze, rinunce, etc.)	"	44
Domande giacenti al 31.1.2006		*156*

I dati indicati in *Tabella 23* vengono riportati al fine di evidenziare che il lavoro della commissione per l'accertamento di handicap è rivolto prevalentemente agli adulti ed in particolare alla fascia di età > 64 anni. In effetti:

- il 64,3% degli accertati con esito positivo riguarda soggetti oltre i 64 anni;
- il 35,6% degli accertati con esito positivo riguarda i soggetti 0-64 anni

in modo più specifico:

- il 21% la fascia di età 40 – 64 anni
- il 6,1% la fascia di età 19 – 38 anni
- il 7,6 % la fascia di età 0 – 19 anni

Tabella 23 - Commissione per l'accertamento dell'handicap – Dati per classi di età.

Classi di età	*Domande esaminate con Esito Positivo*	*di cui in situazione di gravità*	*Domande esaminate con Esito Negativo*
0-3	18	17	0
4-18	33	26	0
19-25	12	9	1
26-39	29	18	3
40-64	145	76	12
> 64	427	338	14
TOTALE	*664*	*484*	*30*

I Progetti Abilitativi Riabilitativi Globali (di seguito definiti PARG) attivati dalle Equipe competenti alla data del 31.12.2006 sono stati n. 709.
Il rapporto con gli accertati ex L..104/92 è del 39,7%, con gli accertati in gravità del 56.7%.

Nella fascia di età giovanile, la domanda sembra esprimersi nella richiesta di servizi e interventi specifici sociosanitari (0-26 anni), mentre con il crescere dell'età sembra indirizzarsi sia nella richiesta di interventi e servizi sociosanitari che di benefici generali per i familiari della L.104/92, con prevalenza di quest'ultima modalità nell'età oltre i 64 anni.

Tali aspetti sembrano ulteriormente confermare la tendenza, evidenziata negli anni precedenti, di una maggiore richiesta di interventi e servizi, anche nelle persone disabili non più giovani, che possano favorire ulteriormente la loro autonomia ed indipendenza.
Ciò pone la necessità di una peculiare attenzione alla rete integrata dei servizi sociali e sanitari, con particolare riferimento ai presidi territoriali, come i G.O.M dell'età adulta che hanno il compito della presa in carico e dell'elaborazione dei progetti.

Zona Valle del Serchio

Il quadro generale del settore handicap presenta le seguenti caratteristiche:

- N. 951 soggetti portatori di handicap, da 0-64 anni, conosciuti dai servizi dell'ASL 2 - Zona Vale del Serchio, al 31.12.2006.
- N. 685 soggetti accertati ai sensi art. 3 e 4 della L. 104/92, dall'insediamento della commissione.
- N. 518 accertati in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/92.

La suddivisione dei soggetti con handicap per patologia e classi di età nel 2006 è riportata in ***Tabella 24***.

Tabella 24 - Suddivisione dei soggetti con handicap per patologia e classi di età nel 2006.

Tipologia	**Classi Di Età**					**Totale**
	0 – 3	**4 - 18**	**19 - 25**	**26 - 39**	**40 – 64**	
Psichico	10	86	43	35	79	253
Fisico	23	48	17	33	200	321
Sensoriale		14	9	9	29	61
Plurihandicap	32	75	32	51	126	316
TOTALE	*65*	*223*	*101*	*128*	*434*	*951*

Da un analisi dei dati si evidenzia, come già riportato anche l'anno scorso, un aumento dei soggetti accertati in situazione di handicap nella fascia di età 40-64 anni (n. 434) pari a circa il 13,50% in più rispetto all'anno 2005 (n. 382).

Si conferma, rispetto al 2005, la prevalenza fino a 18 anni dell'handicap psichico con n. 86 casi accertati; segue il plurihandicap con n. 75 casi, il fisico con n. 48 casi e il sensoriale con n. 14.

Nella fascia di età 19-64 risulta prevalente l'handicap fisico con n. 250 casi accertati, seguito dal plurihandicap con n.199, dallo psichico con n. 157 e dal sensoriale con n. 47.

Dati riguardanti le Commissioni per l'accertamento dell'handicap:

Commissioni operanti	n. 2
Sedute nell'anno	n. 57
Domande di accertamento pervenute nel 2006	n. 279
Domande giacenti al 1/01/06 pervenute in anni precedenti	n. 117
Domande esaminate e definite nel 2006	n. 281
Domande archiviate (decessi, assenze, rinunce, ecc..)	n. 53
Totale domande giacenti al 31.12.2006	n. 96

Tabella 25 - Commissione per l'accertamento dell'handicap – Dati per classi di età.

Classi Di Età	Domande Esaminate Con Esito Positivo	di cui in situazioni di gravità	Domande Esaminate Con Esito Negativo
0-3	11	11	
4-18	8	5	
19-25	2	1	
26-39	11	6	
40-64	52	34	
>64	197	160	
TOTALE	*281*	*217*	

I dati sopraindicati vengono riportati al fine di evidenziare che il lavoro della commissione per l'accertamento di handicap è rivolto prevalentemente agli adulti ed in particolare alla fascia di età > 64 anni:

- il 70% degli accertati con esito positivo riguarda soggetti oltre i 64 anni
- il 23% fascia d'età 19-64 anni
- il 18% fascia d'età 40-64 anni
- il 7% fascia d'età 0-18 anni

Si evince che una percentuale significativa della domanda di accertamento di handicap è quindi rivolta ad ottenere i benefici generali della L. 104/92 e non all'accesso di interventi e/o servizi specifici legati ad una presa in carico multidisciplinare.

Nel 2006 si mantiene il trend acquisito nel 2005 che si aggira intorno ad un flusso di utenza di circa 800 casi.

1.2.7 Patologia psichiatrica

L'organizzazione dei servizi di salute mentale risponde alle indicazioni del P.S.R. e del "Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale", secondo il modello del Dipartimento Tecnico-Funzionale con presidi e strutture articolate in rete zonale in modo da garantire l'unitarietà dei percorsi terapeutico-riabilitativi.
Nel D.S.M. operano due UU.FF. per la Salute Mentale Adulti (una per la Valle del Serchio e una per la Piana di Lucca) e una U.F. per la Salute Mentale Infanzia e Adolescenza per tutto il territorio dell'Azienda.

I servizi del D.S.M. per la tutela della salute mentale in età adulta nell'anno 2006 hanno seguito 4470 utenti (2764 nella zona Piana di Lucca, 1706 nella Valle del Serchio), di cui 1879 nuovi casi (1348 nella Piana di Lucca, 531 nella Valle del Serchio), con una sostanziale stabilità degli utenti complessivi e un incremento dei nuovi casi (incluse le consulenze) rispetto all'anno precedente.

Nel 2006 i servizi per la tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza hanno avuto in carico 2033 utenti, di cui 724 nuovi casi, con un incremento del 6,8% rispetto all'anno precedente.

Per i pazienti adulti la prevalenza, rispetto alla popolazione dell'ASL di età superiore ai 18 anni, è stata del 2,37% (2% per Lucca e 3,38% per la Valle); per i pazienti minorenni la prevalenza, rispetto alla popolazione di età inferiore ai 18 anni, è stata del 6,21%.
La distribuzione per fasce di età è la seguente:

- 0 - 5 anni: 23,3%
- 6 - 10 anni: 37,3%
- 11 - 14 anni: 22,9%
- 15 - 18 anni: 16,5%.

L'analisi dei dati clinici conferma nei servizi degli adulti il trend verso l'incremento delle patologie connesse al disagio sociale (incluse le problematiche legate a nuove forme di marginalità), un aumento delle patologie psichiatriche associate o correlate all'abuso di sostanze e di alcol (cosiddetta "doppia diagnosi") e, per quanto riguarda gli interventi in situazione di emergenza-urgenza, un'elevata incidenza di disturbi d'ansia (in particolare nell'ambito dello spettro panico-agorafobico).

Per quanto riguarda l'utenza della fascia di età infantile ed adolescenziale si rileva un incremento dei disturbi comportamentali ad esordio nella prima adolescenza o in preadolescenza (in particolare disturbi della condotta, della personalità e dell'umore, patologie del comportamento alimentare), dei disturbi neuropsicologici (in particolare Disturbi Specifici del Linguaggio) e dei disturbi dello spettro autistico.
Si conferma il dato della precocità della segnalazione per i disturbi neurolinguistici, neuromotori e dello spettro autistico (età della prima segnalazione dei nuovi casi con disturbi nell'ambito dello spettro autistico compresa tra 2 anni e 2 mesi e 2 anni e 11 mesi).
Permane elevato il dato delle richieste di intervento per forme di disagio ambientale associate a rischio psicopatologico (anche in questa fascia di età rilevante l'incidenza di nuove forme di marginalità).

Nel corso dell'anno i ricoveri per residenti ASL nel SPDC di Lucca, calcolati come dimissioni del 2006, sono stati 323 (per un totale di 195 pazienti): 267 hanno riguardato soggetti residenti nella zona della Piana di Lucca e 56 hanno riguardato soggetti residenti nella zona della valle del Serchio).

Il tasso di ospedalizzazione dei pazienti psichiatrici rapportato alla popolazione residente è pertanto di 1,46 ricoveri ogni 1.000 abitanti.
Nel 2006 sono state inoltre registrate n. 84 "fughe" in regione (66 per residenti nella Piana di Lucca e 18 per residenti nella Valle) e n. 43 "attrazioni" da altre ASL (presso il SPDC di Lucca).

Il Gruppo Dipartimentale dedicato al trattamento dei Disturbi della Condotta Alimentare, ha seguito 45 casi nel corso del 2006 (23 adulti e 22 minori), di cui 18 casi nuovi (7 adulti e 11 minori). Il range di età dei nuovi casi minorenni (di cui 2 maschi) è compreso tra 10 e 17 anni.

1.2.8 La non autosufficienza dell'anziano

Zona-Distretto Piana di Lucca

Al 31.12.2006 la popolazione complessiva della Zona/distretto di Lucca è di 162.551 abitanti e, sempre nel 2006, si registra una percentuale del 22,4% di soggetti anziani ultrasessantacinquenni (valore assoluto 36.403).

Distribuzione % degli ultrasessantacinquenni per Comune

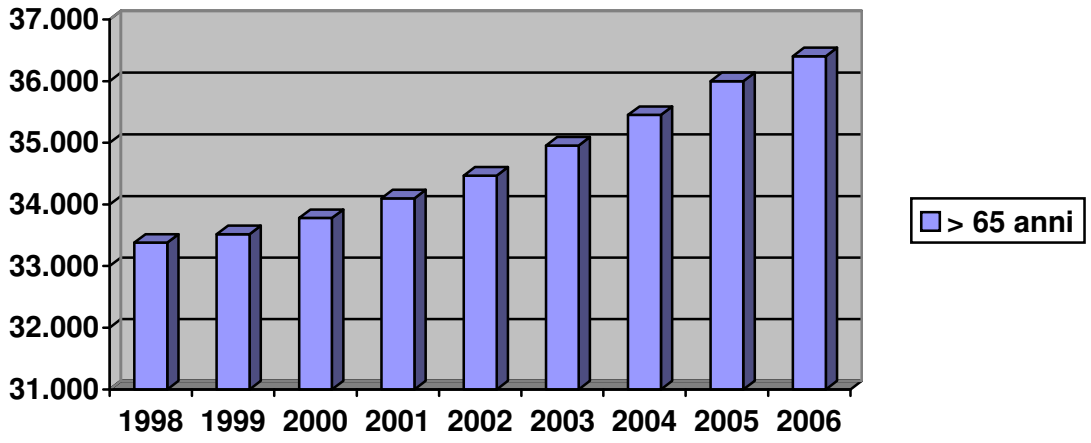
Comune	**Abitanti**	**≥ 65 anni**	**% ≥ 65 anni**
Villa Basilica	1.777	441	24,81
Pescaglia	3.787	923	24,37
Lucca	86.375	20.199	23,38
Capannori	44.767	9.934	22,19
Porcari	8.121	1.568	19,30
Altopascio	13.277	2.393	18,48
Montecarlo	4.436	919	20,71
Totale	162.551	36.403	22,39

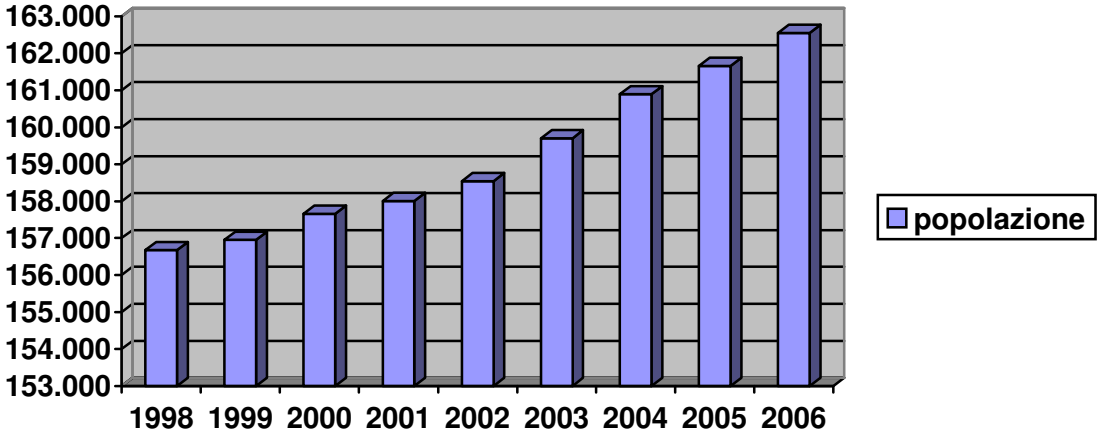
La popolazione ultrasessantacinquenne nel periodo 2000/2006 nella Zona registra il seguente andamento:

Pop.Anno	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Popolazione	157.664	158.008	158.546	159.546	160.894	161.657	162.551
Pop. ≥ 65	33.782	34.102	34.469	34.956	35.452	35.999	36.403
Percentuale	21,42	21,58	21,74	21,88	22,03	22,26	22,39

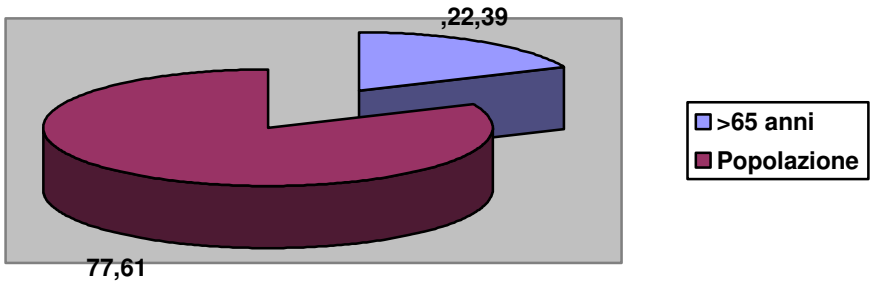
Nei sette anni la popolazione è aumentata di 4887 unità, mentre la popolazione anziana è aumentata di 2621 unità passando dal 21,42% del 2000 al 22,39% del 2006.
L'indice di vecchiaia mostra come ogni 100 soggetti della classe di età compresa fra 0-14 anni, siano presenti in Zona 177,74 anziani ultrasessantacinquenni.

Nei due grafici seguenti è rappresentato l'andamento della popolazione nel periodo 1998/2006 nella Zona Piana di Lucca.





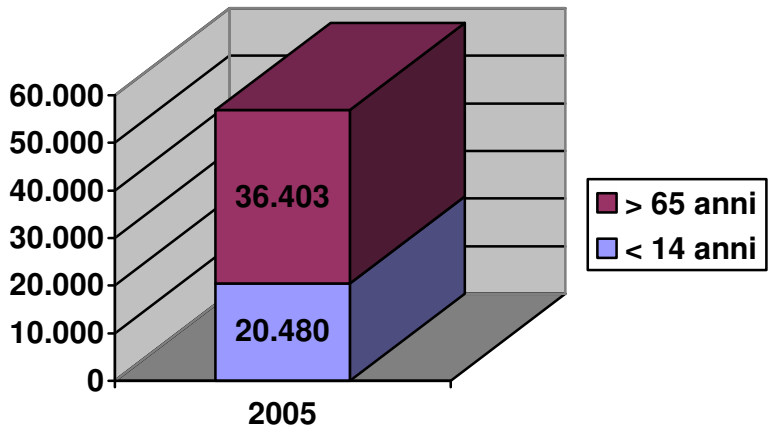
Incidenza degli ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione



Si riporta inoltre l'indice di vecchiaia della Zona Piana di Lucca.

Indice Di Vecchiaia	**177,74**

< 14 anni = 20.480



Zona-Distretto Valle del Serchio

Al 31.12.2006 la popolazione della Valle del Serchio è risultata di 58.619 abitanti di cui il 25,75% ultrasessantacinquenne (valore assoluto 15.098). Rispetto al 2005 la popolazione totale è diminuita di 110 unità mentre la popolazione ultrasessantacinquenne è aumentata di 75 unità.
La Zona registra inoltre una presenza di soggetti anziani in età 65-79 anni del 17,97% (valore assoluto 10.536) e di >80 anni del 9,80 % (valore assoluto 5.746).
L'indice di vecchiaia mostra come ogni 100 soggetti con età inferiore a 14 anni siano presenti in Zona 222,48 anziani ultrasessantacinquenni.

Nella Zona sono 7 i Comuni (Careggine, Fabbriche di Vallico, Fosciandora, Giuncugnano, Minucciano, Molazzana e Vergemoli che, tra l'altro, sono tra i più piccoli per numero di residenti) con una percentuale di ultrasessantacinquenni superiore al 30%; Vergemoli con la percentuale del 35,15% è il Comune con il più elevato valore percentuale di anziani.

Tra tutti i 21 Comuni della Zona Valle del Serchio, quello con più abitanti è Barga (10.027) ed il Comune con meno abitanti è Vergemoli (347 abitanti).
Sono 6 i Comuni con meno di 1.000 abitanti e, in media, la popolazione per comune è di 2.791 abitanti (1.821 media abitanti per comune della Garfagnana e 5.895 media abitanti per comune della Media Valle del Serchio)

Comuni Media Valle	**Popolazione 2006**	**% >65**
Barga	10.027	25,74
Bagni di Lucca	6.547	26,63
Borgo a Mozzano	7.291	23,24
Coreglia Antelminelli	5.083	23,62
Fabbriche di Vallico	528	32,38
Totale	*29.476*	*25,07*

Comuni Garfagnana	**Popolazione**	**%>65**	**Comuni Garfagnana**	**Popolazione**	**%>65**
Camporgiano	2.311	27,47	Molazzana	1.155	30,47
Careggine	627	30,62	Piazza al Serchio	2.504	23,84
Castelnuovo	6.010	22,72	Pieve a Fosciana	2.371	25,89
Castiglione	1.886	26,09	S.Romano	1.415	27,13

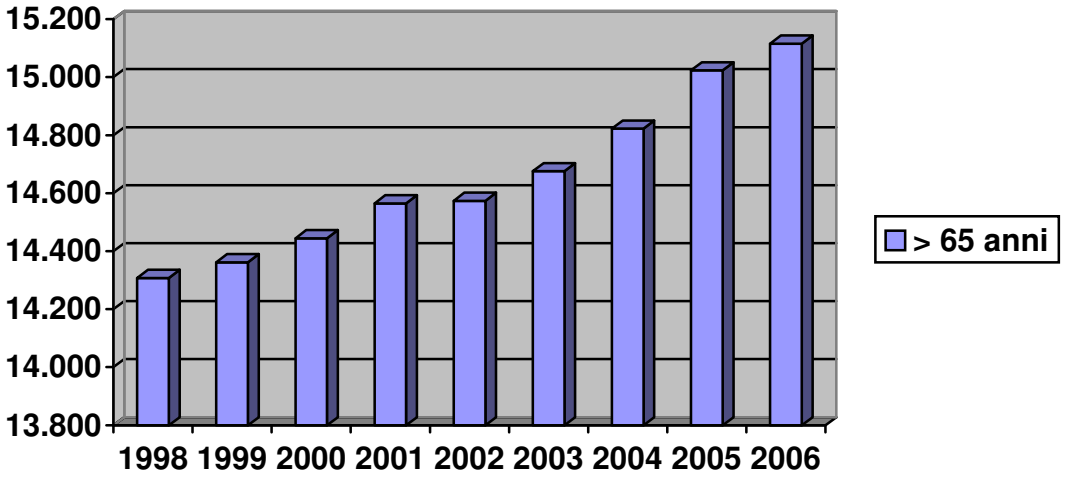
Fosciandora	651	30,87	Sillano	739	29,22
Gallicano	3.858	24,54	Vagli di Sotto	1.039	27,91
Giuncugnano	501	34,93	Vergemoli	347	35,15
Minucciano	2.363	31,40	Villa Collemandina	1.366	28,25
			Totale	*29.143*	*26,44*

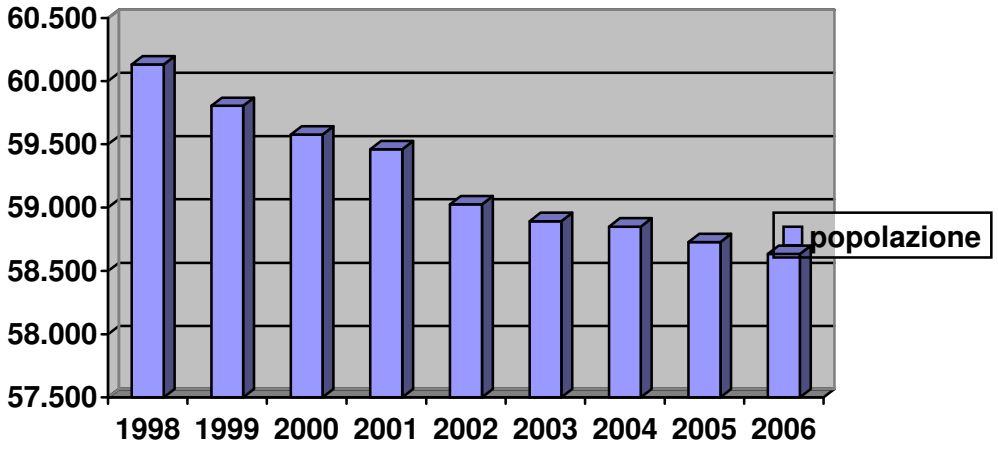
La popolazione ultrasessantacinquenne nel periodo 1998/2006 ha avuto, nella Zona, il seguente andamento:

pop/anno	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Popolazione	60.132	59.804	59.577	59.461	59.025	58.893	58.850	58.729	58.636
pop. >65	14.308	14.362	14.445	14.565	14.574	14.676	14.823	15.023	15.115
Percentuale	23,79	24	24,24	24,49	24,70	24,9	25,1	25,58	25,77

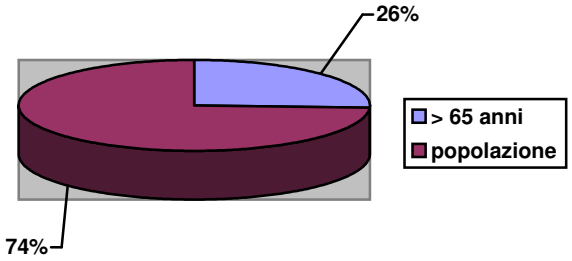
Negli otto anni presi in considerazione, la popolazione totale è diminuita di **1.496** unità a fronte di un aumento della popolazione anziana (**+ 807** unità) passando dal 23,79% del 1998 al 25,77% del 2006.

Nei due grafici seguenti è rappresentato l'andamento della popolazione nel periodo 1998/2005 nella Zona Valle del Serchio.





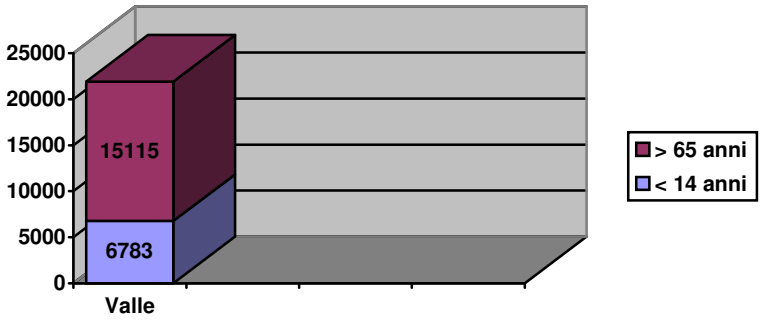
Incidenza degli ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione:



Si riporta inoltre l'indice di vecchiaia:

INDICE DI VECCHIAIA	**222,8**

> 65 ANNI = 15.115
< 14 ANNI = 6.783



Per quanto riguarda i dati relativi alla non autosufficienza dell'anziano delle due Zone-distretto si fa riferimento al paragrafo 5.2.5.

1.3 ELEMENTI SIGNIFICATIVI VERIFICATISI NELL'ANNO CHE HANNO MODIFICATO LO STATO DI SALUTE

1.3.1 Rapporti tra eventuali problemi emergenti a livello ambientale e stato di salute

Nel 2006 non si sono verificate emergenze ambientali importanti, ma sono emerse le criticità già note a livello territoriale nei vari comparti quali acqua, aria e suolo e campi elettromagnetici da elettrodotti.

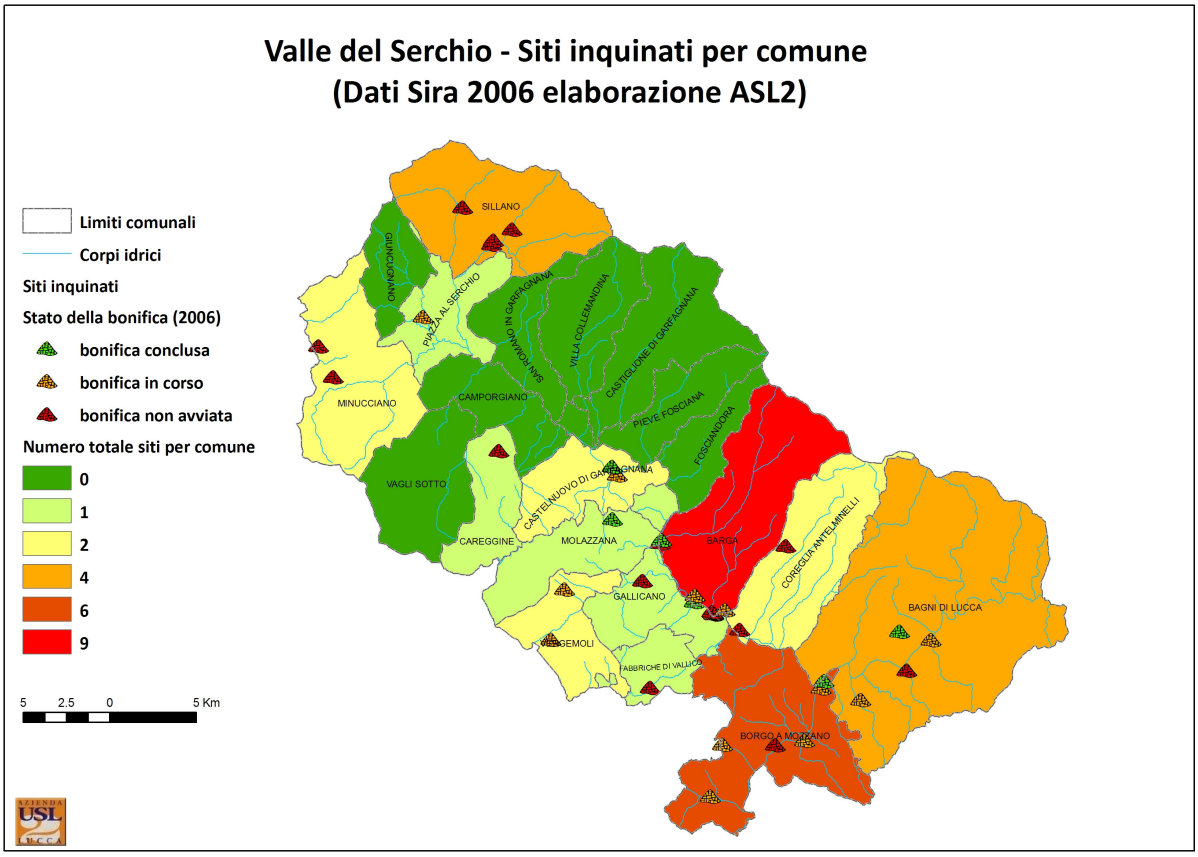
Per quanto riguarda le acque a fronte di una situazione di relativa tranquillità per la qualità delle acque degli acquedotti, permane attenzione e vigilanza nei confronti delle aree sotto ordinanze sindacali, sedi di fenomeni di contaminazione della falda da parte di sostanze chimiche industriali ed agricole.
In particolare sono tuttora sotto osservazione:

- le aree contaminate da organo-alogenati in aree minori nella Piana di Lucca;
- altre sedi di inquinamento determinati da cause diverse come idrocarburi o reflui

fognari industriali nella Piana di Lucca.

Per il comparto aria si registra il superamento dei limiti per alcuni inquinanti più volte l'anno in alcuni Comuni, testimonianza di un incremento dei valori delle polveri sottili (PM10) nel periodo autunnale/invernale dovuto ad un maggior numero di emissioni ed ad un andamento climatico sempre più siccitoso e contraddistinto da elevate temperature.

Figura 9 - Numero di siti inquinati per comune – Dati 2001-2006 - ASL2 Lucca



Per il suolo, dal 2001 è operativo uno specifico gruppo di lavoro "Siti Inquinati" che opera in pronta disponibilità per le azioni di competenza relative alla messa in sicurezza e bonifica di siti dove si sono verificati fenomeni di inquinamento .
Per l'anno 2006 è stato necessario partecipare a 27 conferenze dei servizi, a circa 70 riunioni tecniche e attuare 14 sopralluoghi di ispezione e controllo.

Nel campo delle onde elettromagnetiche il Dipartimento di Prevenzione è stato coinvolto in una serie di iniziative con il Comune di Lucca in seguito alla attuazione della "Variante Regolamento Urbanistico - Installazione e adeguamento delle stazioni radio base - Delibera C.C. n. 60 del 29.6.2004".
Nel 2005 diverse sentenze del TAR della Toscana, hanno sostanzialmente modificato la Delibera C.C. n. 60 del 29.6.2004, revocando, in accordo con il decreto sulle telecomunicazioni "Gasparri", il parere tecnico previsionale espresso dalla ASL per ogni nuova installazione.
Al momento il Dipartimento sta comunque collaborando con il Comune alla realizzazione di un piano di sviluppo della telefonia mobile nell'area comunale che possa essere condiviso da tutti i soggetti coinvolti.

In collaborazione con la Provincia di Lucca – Settore Ambiente, il Dipartimento ha partecipato a diversi incontri per le certificazioni ambientali IPPC e nell'ambito dei processi di VIA sia provinciali che a livello regionale.

1.3.2 Modificazioni della struttura economica, della struttura demografica e ripercussioni sullo stato di salute

Le problematiche relative alla struttura demografica con ripercussioni sulla stato di salute nel 2006 risultano sovrapponibili a quelle già evidenziate negli anni precedenti.
Si riconferma quindi l'andamento della struttura demografica degli ultimi anni, caratterizzato da un trend negativo, in senso numerico, della popolazione residente, ovvero il numero delle nascite continua ad essere inferiore rispetto al numero delle morti: tale trend negativo è ancora compensato dalla popolazione immigrata, per cui alla fine il bilancio demografico continua ad essere positivo.
L'età media si eleva anno dopo anno e la mortalità, pur con un andamento globale pressoché costante o in lieve riduzione, rimane, per alcune cause, ancora superiore alle medie regionali, andamento comune con tutte le altre ASL della fascia costiera,.

Il progressivo invecchiamento della popolazione continua a determinare un maggiore impegno in termini di servizi di assistenza ospedaliera, assistenza domiciliare e disponibilità di farmaci e cure.

La domanda di salute della popolazione anziana è un problema molto sentito anche a livello nazionale in quanto, a fronte di un impegno di più della metà delle risorse totali dedicate alla sanità, non si riesce a garantire un' assistenza equa ed omogenea su tutto il territorio.

In tal senso lo studio Argento, promosso dall'ISS, aveva evidenziato numerose problematiche legate all'assistenza alle persone anziane ed in particolare che:
- il costo dell'assistenza aumenta nel tempo e in funzione dell'età
- gli anziani sono grandi consumatori di farmaci
- gli interventi di prevenzione (come ad esempio le vaccinazioni), sono molto importanti nei soggetti anziani.

Quindi si riconferma l'importanza dell'adozione di strumenti e progetti che abbiano come obiettivo la prevenzione nella popolazione adulta ed anziana con particolare attenzione alla prevenzione delle malattie infettive ad esempio tramite l'impiego dei vaccini, alla sorveglianza nei confronti delle patologie respiratorie determinate da fattori ambientali e/o patologici, e alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici.

SEZIONE II GLI OBIETTIVI STRATEGICI PERSEGUITI ED I RISULTATI RAGGIUNTI

2.1 IL QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI PERSEGUITI E DEI RISULTATI RAGGIUNTI
2.2 LE AREE DI CRITICITÀ E GLI ELEMENTI SIGNIFICATIVI VERIFICATISI NELL'ANNO

2.1 IL QUADRO SINTETICO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI PERSEGUITI E DEI RISULTATI RAGGIUNTI:

Nel corso del 2006 l'Azienda, in coerenza con gli indirizzi e con gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale 2005-2007, ha intrapreso un programma di sviluppo dell'attività che ha visto la realizzazione di azioni tese al potenziamento dell'attività territoriale, allo sviluppo delle attività di prevenzione, alla riorganizzazione dell'attività ospedaliera e all'attuazione delle attività programmate dal Piano ed in coerenza con la programmazione di Area Vasta.

Oltre alle azioni di salute previste dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007, gli obiettivi strategici aziendali hanno in particolare riguardato:

- implementazione linee guida: scompenso cardiaco, ictus, ulcere da pressione e percorsi riabilitativi;
- gestione del rischio clinico;
- riduzione della degenza media e della degenza pre-operatoria, in particolare per interventi di artroprotesi d'anca;
- riduzione della mortalità in DRG a basso tasso di mortalità.

Per un dettaglio maggiore sulla programmazione e sulle azioni intraprese nei singoli settori si rinvia ai paragrafi successivi.

L'Azienda USL 2 ha inoltre partecipato al processo di programmazione di Area Vasta, articolato nei seguenti obiettivi:

- riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera;
- interazione tra ospedale e territorio;
- miglior governo della spesa farmaceutica;
- recupero di appropriatezza e tempestività delle prestazioni di diagnostica di laboratorio;
- riorganizzazione del livello assistenziale relativo alla prevenzione;
- riorganizzazione delle attività non sanitarie di competenza aziendale;
- progressiva messa a regime delle funzioni di supporto organizzativo e logistico previste per gli ESTAV.

A livello aziendale si è altresì intrapreso, in accordo ovviamente con le rispettive Articolazioni Zonali dei Sindaci, pur non partecipando nessuna delle due zone socio sanitarie alla sperimentazione della Società della Salute, un percorso di programmazione integrata con l'obiettivo di definire in entrambe le zone i Piani Integrati di Salute (P.I.S.).
Anzi proprio perché non si è effettuata la sperimentazione, la predisposizione dei P.I.S. può consentire il superamento delle varie programmazioni settoriali (Piani operativi zonali, Piano Sociale di zona) integrando con un unico strumento i vari servizi socio-sanitari. Con questo obiettivo,quindi, le due zone hanno operato con percorsi che si sono sviluppati pressoché in parallelo e che hanno portato intanto alla predisposizione del Profilo di Salute nella Piana di Lucca, che è stato già ufficialmente presentato, e alla prima definizione di una bozza per la Valle del Serchio. Il prosieguo del lavoro prevede la definizione di progetti operativi integrati sulle principali criticità evidenziate.

Le azioni programmate ed attivate per il raggiungimento degli obiettivi indicati sono state:

- *L'assistenza ospedaliera:*

Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera i principali obiettivi e risultati raggiunti hanno riguardato:

- il consolidamento delle eccellenze e lo sviluppo dell'offerta su alcune attività quali:
    - l'estensione dell'attività di Emodinamica sulle 24 ore,
    - l'acquisizione di una nuova gamma camera;
- il completamento dell'assetto logistico-organizzativo dei presidi ospedalieri ed in particolare:
    - la riorganizzazione dell'area medica nel nuovo padiglione 2 del P.O. di Lucca;
    - il completamento del percorso materno infantile sia dal punto di vista diagnostico terapeutico che da quello logistico organizzativo (apertura del nuovo reparto di pediatria in contiguità con quello di ostetricia e del nido c/o il P.O. di Lucca);
- l'ulteriore qualificazione dell'offerta ospedaliera mediante le azioni seguenti:
    - l'aumento dell'attività di Day Hospital e Day Surgery e progetto di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera sul modello del Week Hospital;
    - lo sviluppo del modello organizzativo per intensità di cure, in particolare per l'Area funzionale medica;
    - l'aumento dell'attività ambulatoriale ed il rispetto dei tempi di attesa come da obiettivo regionale;
    - l'appropriatezza per i ricoveri ordinari con l'abbattimento dei medesimi di 0-1 giorni,
    - il progetto di riorganizzazione del servizio di dialisi, anche ai fini dell'accreditamento istituzionale;
    - ottimizzazione dei processi e dell'organizzazione dei laboratori di analisi;
    - progetto HPH: il progetto si è concluso nella primavera 06 con il completo raggiungimento degli obiettivi di budget, con particolare riferimento ai progetti aziendali dell'ospedale senza fumo, dell'ospedale senza dolore e sull'aspetto dell'"umanizzazione" (con iniziative per la comunicazione ecc.).

- *Continuità di cure ospedale-territorio:*

Con l'attivazione della C.O.A.D. sono stati definiti e consolidati i percorsi assistenziali con la presa in carico dei cittadini nella sede dei Servizi Territoriali: A.D.I., Cure intermedie, Assistenza sociale domiciliare, Centri diurni, R.S.A., Sorveglianza attiva – Telesoccorso. E' stato consolidato il percorso riabilitativo ospedale/territorio così come previsto dalla delibera regionale 595/05. Per il percorso scompenso cardiaco è stato attivato un gruppo di lavoro fra zone distretto, ospedale e medici di medicina generale. E' stato effettuato uno studio di prevalenza sia per l'ospedale che per il territorio sulle ulcere da pressione. I risultati saranno valutati a livello regionale per l'elaborazione di un protocollo condiviso per l'applicazione nell'anno 2007.

Nel corso dell'anno 2006 è stata consolidata l'offerta nei due Ospedali di Comunità della Valle del Serchio. Il ricorso alle cure intermedie avviene al momento della dimissione dai reparti ospedalieri, sia della Valle del Serchio che della Piana di Lucca, prima del ritorno del cittadino al proprio domicilio. Il percorso è seguito anche per il ricovero temporaneo di cittadini che dal proprio domicilio vengono inseriti nell'Ospedale di Comunità avendo bisogno di cure non erogabili a domicilio ma per le quali non si ritiene necessario il ricovero ospedaliero.

Nell'ambito dei percorsi assistenziali riabilitativi il ricorso alle cure intermedie è un momento propedeutico al ricovero nell'U.O. di Riabilitazione dell'Ospedale di Barga o come momento successivo alla dimissione dallo stesso reparto prima dell'invio del paziente al domicilio. Altri obiettivi strategici sono contenuti nell'Accordo Aziendale con i Medici di Medicina Generale, in particolare per quanto riguarda il governo clinico.

- *L'assistenza territoriale di Zona-Distretto:*

Riorganizzazione ed ampliamento dei servizi di assistenza domiciliare integrata

Nel corso dell'anno 2006 è stata incrementata l'attività dell'assistenza domiciliare integrata (3° livello – casi complessi) ed ampliata l'attività di Cure Palliative (sono stati assistiti n. 196 pazienti a domicilio nella Piana di Lucca e 122 in Valle del Serchio). Nelle fasce pomeridiane sono stati assistiti i casi più complessi per i quali ne è stata riscontrata la necessità in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale. Nei giorni festivi e prefestivi, dove si è rilevata la necessità, l'assistenza domiciliare è stata erogata tramite l'attivazione dei Medici di Continuità Assistenziale. Nella Zona Distretto Piana di Lucca è stata consolidata l'attività della Centrale Operativa per l'Assistenza Distrettuale (COAD) e nella Valle del Serchio sono stati ultimati i lavori della sede della Centrale Operativa nella quale è iniziata l'attività. Per l'anno 2007 si prevede il consolidamento delle suddette attività: in particolare tutte le attività di assistenza domiciliare (A.D.I., cure palliative, prelievi domiciliari, presa in carico dei pazienti in dimissione, gestione ospedali di comunità) che saranno gestite anche nella Valle dalla Centrale Operativa.

Sviluppo delle Unità di Cure Primarie (U.C.P.)

Nella Piana di Lucca il progetto in fase più avanzata di realizzazione è quello legato alla prossima apertura della RSA di Altopascio, un'ala della quale è stata destinata all'attivazione di una Unità di Cure Primarie: ambulatori medici (medici di medicina generale e pediatra) con servizio di Continuità Assistenziale per una copertura 24 ore su 24 e 7 giorni su 7.

Nella valle del Serchio l'attività delle due U.C.P. di Barga e Castelnuovo è stata avviata l'1/7/06 con l'apertura delle U.C.P. sulle 12 ore. Sono in fase conclusiva le procedure per l'acquisizione di 2 coagulometri che permetteranno il controllo da parte dei medici dei soggetti in terapia con anticoagulanti orali. Sono in corso le trattative con gli specialisti ambulatoriali ed i medici di continuità assistenziale per l'ulteriore sviluppo delle attività nel corso dell'anno 2007.

Ampliamento dell'orario di apertura dei centri socio-sanitari

E' stato attivato presso la sede della Zona Distretto di Viale Giusti a Lucca un punto informativo e di accoglienza che funziona anche da orientamento ed indirizzo per la sala di attesa destinato agli utenti che usufruiscono delle attività del distretto. Data l'alta affluenza di cittadini, il servizio prende in carico l'utente sul piano delle necessità informative e svolge anche compiti di natura logistica. L'orario di apertura del punto informativo è esteso nell'arco della settimana dalle 8,30 alle 17,30, salvo il sabato giorno in cui lo sportello front-office chiude alle 13,00.

In Valle del Serchio, nel Centro socio sanitario di Fornaci di Barga le attività si protraggono fino alle ore 20,00.

Sviluppo delle Cure Intermedie

In conformità alle indicazioni della DGRT 1002 del 10/10/2005 nella Piana di Lucca l'Azienda ha attuato la sperimentazione di percorsi assistenziali di "Servizi per le cure intermedie", avvalendosi della collaborazione della Casa di Cura S. Zita di Lucca, dove sono stati attivati dal mese di marzo 6 posti letto di cure intermedie con 18 ricoveri eseguiti.

In Valle del Serchio sono state consolidate e sviluppate le attività dell'Ospedale di Comunità di Gallicano. Al 31/12/06 sono stati ricoverati n. 120 utenti. E' stato inoltre aperto il modulo di Ospedale di Comunità di Magliano, nel comune di Giuncugnano, dove alla data del 31/12/06 sono stati ricoverati n. 61 utenti.

- *L'Ente per il Supporto Tecnico Amministrativo di Area Vasta (ESTAV)*

A partire dal 2005 i Consorzi di Area Vasta hanno subito una trasformazione della natura giuridica diventando Enti per il Supporto tecnico amministrativo di Area Vasta (ESTAV). Le priorità della programmazione, non si sono modificate ed è stato proseguito il percorso di razionalizzazione dei processi amministrativi, in particolare degli acquisti e della logistica. Per quanto riguarda le procedure e le attività svolte nel 2006 si fa riferimento ai paragrafi 3.3.2 e 3.3.4.

- *I tempi di attesa:*

Per l'Azienda USL 2 di Lucca il rispetto dei tempi di attesa costituisce da anni uno degli obiettivi prioritari della programmazione aziendale ed uno degli obiettivi di budget delle macrostrutture e dei centri di responsabilità aziendali.
Al fine di migliorare la fruibilità delle prestazioni specialistiche e tenere sotto controllo i tempi di attesa l'Azienda ha intrapreso una serie di iniziative, sia sul versante della domanda che dell'offerta:

- Informazione ed Educazione Sanitaria
  - Presso tutti i punti CUP aziendali è presente la brochure rivolta ai cittadini contenente informazioni sui tempi di attesa che l'Azienda deve garantire per le sette visite specialistiche prioritarie e sui diritti e doveri dei cittadini per la prenotazione e la eventuale mancata fruizione delle prestazioni specialistiche, come previsto dalla DGRT 143/2006.
  - Periodicamente sulla stampa locale vengono pubblicati i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali.
  - Nella sezione impegni e standard di qualità della carta dei servizi sono riportati gli impegni assunti dall'Azienda per garantire l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche e la consegna dei referti analitici.
  - L'Azienda USL 2 di Lucca è da tempo impegnata ad instaurare un rapporto stabile con i cittadini e le associazioni di tutela, finalizzato ad instaurare un rapporto stabile e sistematico per un'analisi dei risultati e per la semplificazione dell'accesso alle prestazioni. Un report mensile ad hoc viene inviato a tutte le associazioni componenti il tavolo di tutela.
- Appropriatezza
  - Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche secondo le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato: le iniziative per aumentare il grado di appropriatezza hanno riguardato la definizione, la condivisione e l'applicazione di linee guida per la prescrizione e l'erogazione di prestazioni che presentano particolare carattere di inappropriatezza, come ad es. l'elettromiografia, l'ecocolordoppler, la densitometria

ossea da parte di appositi gruppi di lavoro che vedono la partecipazione degli specialisti ospedalieri, ambulatoriali e dei medici di medicina generale.

- Priorità cliniche
  - La Giunta Regionale, in ottemperanza a quanto disposto dal par. 2.3.7 L'appropriatezza e le liste di attesa del Piano Sanitario Regionale 2002-2004, ha promulgato la delibera n.887 del 08/09/2003: Approvazione del progetto: "Specialistica ambulatoriale: un progetto per una qualità sostenibile", avente l'obiettivo di definire ed attivare un sistema di accesso differenziato alle prestazioni erogate in regime ambulatoriale sulla base del bisogno del cittadino. Il progetto prevede una modalità progressiva di implementazione ed adotta una metodologia sperimentale, visto il forte coinvolgimento dei professionisti e delle strutture organizzative chiamate a fornire gli strumenti di supporto, anche al fine di consentire la verifica del grado di risposta da parte del sistema. Tale progetto è stato ripreso nel par. 2.3.9 Visite specialistiche: un obiettivo di qualità del PSR 2005-2007. Per ciascuna classe di prestazioni: di urgenza, di attenzione, di routine e dilazionabili, sono previste distribuzioni percentuali attese nelle diverse classi di priorità. L'attivazione delle modalità suddette nell'ASL 2 inizierà nei prossimi mesi, in fase sperimentale, per le seguenti branche: radiologia, oculistica, dermatologia. Questa fase che si concluderà nei primi mesi del 2008, per porre a regime le rimanenti branche entro l'anno 2008.
- Capacità di filtro dei prescrittori
  - La revisione della domanda di prescrizione dei MMG passa attraverso l'adozione di sistemi come quello sopradescritto sulle priorità di accesso alle prestazioni. L'assunto di fondo è che attraverso la definizione di obiettivi concordati con i medici di medicina generale sia possibile modificare il comportamento dei principali agenti in grado di modulare l'entità della domanda e quindi ridurre i volumi di cittadini inviati alle prestazioni specialistiche.
  - L'implementazione di profili di cura condivisi tra MMG, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri può contenere il ricorso ad esami inappropriati per tipologia e frequenza. Gruppi di lavoro multidisciplinari hanno elaborato progetti sullo scompenso cardiaco e sulle patologie della colonna vertebrale e del ginocchio.
- Ottimizzazione dei sistemi di prenotazione
  - Nell'ambito del progetto di informatizzazione dei MMG, già partita con le Unità di Cure Primarie (UCP) e con le medicine di gruppo dei MMG e dei pediatri di libera scelta (PLS) è prevista la realizzazione di servizi informatici che permettono la condivisione di informazioni tra medici di famiglia e strutture/servizi dell'Azienda USL 2. In questo contesto uno dei processi cardine consiste nella gestione telematica del percorso dalla prescrizione della prestazione specialistica o della richiesta di ricovero alla refertazione che consente allo specialista ospedaliero di ricevere tutte le notizie utili alla conoscenza del caso clinico ed al medico di famiglia la gestione della prenotazione ed il ritorno finale del referto in formato elettronico. L
  - Ampliamento dei punti di prenotazione presso le farmacie convenzionate.
  - Outbound telefonico, quale servizio di chiamata all'utente finalizzato alla conferma degli appuntamenti relativi a prestazioni con lunghi tempi di attesa.
  - Attivazione del CUP di Area Vasta.
  - Suddivisione delle prime visite dalle visite successive.
- Ottimizzazione dell'uso delle risorse
  - adeguamento del patrimonio tecnologico ed in particolare delle attrezzature per la diagnostica strumentale;
  - aumento delle ore di utilizzo delle apparecchiature;
  - aumento disponibilità oraria del personale attraverso interventi di riorganizzazione;
  - revisione dei tempi di esecuzione delle prestazioni di diagnostica strumentale

- Organizzazione dei servizi erogatori
  - Progetto di riorganizzazione dell'attività incrementale dell'A.F. diagnostica per immagini:
    - revisione dell'impiego dei tecnici di radiologia;
    - razionalizzazione delle sedi di erogazione sia nei PP.OO. che sul territorio;
    - parziale turn-over del personale;
    - applicazione degli strumenti contrattuali (risultato, posizioni, lavoro straordinario).
  - Revisione degli accordi con le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche senza incremento dei tetti concordati.

Per quanto concerne la gestione delle liste di attesa per i ricoveri programmati, in tutte le UUOO chirurgiche dei presidi ospedalieri aziendali i ricoveri sono gestiti tramite agende informatizzate. Allo stato attuale sono in fase di elaborazione agende informatizzate per la gestione di tutti i ricoveri ospedalieri programmati, al fine di gestire in modo equo e trasparente le proposte di ricovero dei medici di medicina generale e degli specialisti, nonché per la adeguata gestione delle classi di priorità attribuite. Tale sistema rappresenta la base informativa necessaria per la implementazione di nuovi modelli organizzativi (come la week surgery, già introdotta, e l'ospedale per intensità di cure), che hanno come obiettivo prioritario l'appropriatezza del ricovero nonché la presa in carico del cittadino durante tutto il suo percorso assistenziale da parte del tutor clinico, figura deputata a garantire la continuità del percorso stesso.

Integrazione socio-sanitaria:

E' proseguita l'azione di miglioramento dell'Assistenza Domiciliare Integrata secondo quanto previsto dalla Delibera G.R.T. 402/2004. E' stata attivata la centrale operativa distrettuale per l'assistenza domiciliare nella Piana di Lucca. E' stata adottata la cartella unica per la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare.
Tra le varie iniziative intraprese si evidenziano inoltre:

- definizione di un piano di inserimenti degli OSS nelle realtà territoriali;
- formulazione della cartella riabilitativa per ogni singolo ospite delle RR.SS.AA.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare inoltre sono state attivate prestazioni anche dedicate alle cure palliative per pazienti terminali, in particolare, nella Zona-Distretto Piana di Lucca attraverso il rinnovo della convenzione con l'Associazione Don Baroni.
Nell'anno 2006, nella Zona-Distretto Valle del Serchio, è stata attivata la Centrale Operativa dell'Assistenza Domiciliare (C.O.A.D.), collocata all'interno dello Stabilimento Ospedaliero di Castelnuovo Garfagnana. La Centrale è gestita dall'U.F. Attività Sanitarie di Comunità, si avvale della collaborazione dell'U.F. Assistenza Sociale e si integra con le Aree Funzionali Ospedaliere. Attraverso la COAD, vengono gestiti da un referente medico responsabile gli ingressi e le dimissioni dei due Ospedali di Comunità (Gallicano e Giuncugnano). La COAD gestisce, sotto la responsabilità di un medico specialista, l'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici: nel 2006 ne sono stati assistiti 122.

Nella Valle del Serchio, nel corso dell'anno 2006, è stata potenziata l'attività di prelievi ematici ambulatoriali nei Comuni disagiati (Vagli Sotto, Careggine, Villa Collemandina, Castiglione Garfagnana e Fabbriche di Vallico) ed è proseguita la collaborazione con le Associazioni di Volontariato anche nei settori dei prelievi domiciliari tramite apposite convenzioni.

"Area Anziani" – Zona Piana di Lucca

Gli obiettivi realizzati nel corso dell'anno nella Zona Distretto Piana di Lucca sono i seguenti:

- definizione delle procedure per l'avvio delle attività nelle delle Rsa di Altopascio e S.Cataldo
- consolidamento fornitura diretta dei farmaci nelle Rsa
- consolidamento degli inserimenti temporanei nelle strutture residenziali
- applicazione deliberazione regionale 402/04 e 271/05. Verifica nelle strutture convenzionate.
- collaborazione progetto sperimentale ADI
- sperimentazione Progetto "Cure Intermedie" di cui alla delibera 1002/05
- Progetto Estate Sicura Anziani: consolidamento progetto sorveglianza attiva sulla popolazione anziana
- Inverno sicuro anziani: a seguito dei fenomeni meteorologici e degli effetti delle ondate di freddo e gelo che interessano il territorio del Comune di Pescaglia nel periodo invernale, soprattutto nelle zone ad alta rilevanza montana, si intendono attivare interventi coordinati ed integrati nei confronti della popolazione ultra 65enne sola ed a rischio di salute al fine di facilitare la fruibilità dei servizi socio-sanitari presenti nel territorio. Due sono le tipologie di intervento programmate:
    - adeguamento di fabbricato parzialmente utilizzato come punto di erogazione dell'azienda USL e ambulatori medici in Pescaglia capoluogo
    - sorveglianza e pronto intervento in collaborazione con le associazioni disponibili.

Per quanto riguarda la Valle del Serchio, sono state adottate le seguenti azioni:

- implementazione della temporaneità dei ricoveri e dei ricoveri di sollievo nelle RRSSAA
- consolidamento del servizio di fornitura di farmaci con estensione anche alle strutture private non convenzionate
- rispetto degli impegni previsti dalla Carta dei Servizi
- Massimizzazione dell'integrazione dei servizi e delle funzioni, sia tra i servizi e dipartimenti sanitari fra di loro, sia con i servizi sociali comunali delegati e non
- Recupero delle risorse economiche dall'esterno attraverso azioni di dimissioni di pazienti e ospiti strutture residenziali reinvestendo una parte delle risorse nella zona socio-sanitaria di riferimento
- Potenziamento Progetto telesoccorso per anziani ultrasettantacinquenni
- Funzionamento a pieno regime della RSA di Giuncugnano con n°24 posti occupati di cui n°10 per ospedale di Comunità
- Proseguo progetto inverno anziani
- Potenziamento attività di riabilitazione funzionale nelle RRSSAA a gestione diretta

"Area Salute Mentale" (Adulti/Infanzia Adolescenza) – Zona Piana di Lucca e Zona Valle del Serchio

Nella Piana di Lucca lo sviluppo del percorso assistenziale nella salute mentale ha visto il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti, con circa 30 incontri di verifica e formazione specifica, la predisposizione di tre specifici protocolli, una costante campagna informativa (circa 10 azioni informative alla cittadinanza) e l'applicazione di una modalità di risposta all'emergenza/urgenza nei casi trattati. In SPDC è stato realizzato un giardinetto esterno,

comunicante con il reparto, adibito ad estensione delle zone di soggiorno interne degli ospiti per le attività di svago e per la limitazione del fumo all'esterno.

In Valle del Serchio si è consolidata l'attività del Centro Salute Mentale Zonale di Fornaci di Barga. Per lo sviluppo del C.S.M. sulle 24 ore sono stati completati nell'anno 2006 i corsi di formazione per il personale medico, infermieristico e di assistenza ed è stato inoltre attivato un "day hospital" nel C.S.M. E' stato inoltre concordato un protocollo con l'U.O. di Medicina della Valle del Serchio per l'attivazione effettiva di un posto di osservazione nel corso dell'anno.

"Area Disabili" - Zona Piana di Lucca

Nel corso del 2006 si è dato continuità alle linee strategiche già iniziate nel precedente anno ed improntate alla ricerca e sviluppo di un sistema di servizi e di interventi integrati, secondo l'ottica di rete allargata.

Ciò ha significato incrementare i rapporti con l'esterno sia a livello istituzionale che con il terzo settore per l'ottimizzazione di risorse umane e finanziarie promuovendo forme di interventi sul singolo e sulla comunità orientati secondo criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

Tali indirizzi hanno riguardato sia gli interventi territoriali attivati dagli organi tecnici competenti (GOM/GOIF) che quelli resi a livello di strutture residenziali (Casa-famiglia "I Tigli") e semiresidenziali (Centri Diurni socio-riabilitativi).

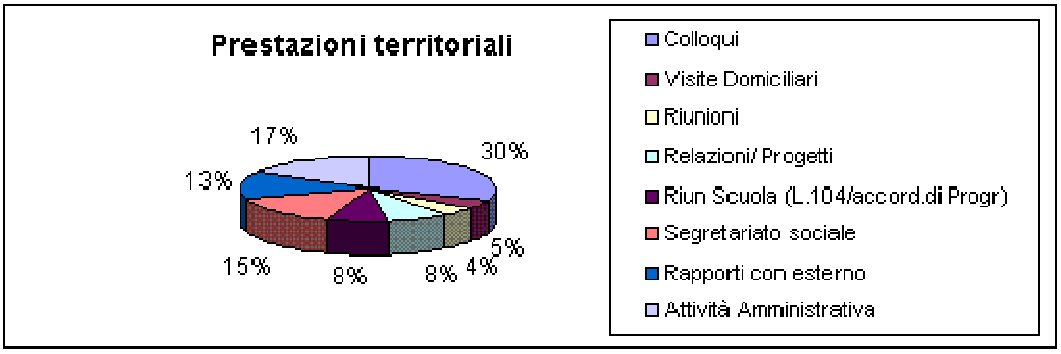
In particolare sono state effettuare valutazioni e verifiche al fine di una loro revisione sulle modalità organizzative, operative e di funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili.

Attività territoriale prodotta – anno 2006

Inserimenti in Borsa Lavoro	41
Inserimenti in Strutture	12
Inserimenti Centri Diurni	56
Inserimenti Progetto Lavoro Icaro	14
Inserimenti Lavorativi	14
Inserimenti Progetto Lavoro ANFFAS	38
Inserimento Preformazione/Formaz.	16
Inserimento in Affido Familiare	8
Interventi L.104	54
Attivazione Vita Indipendente	5
Attivazione App. educ. Comune	19
Attivazione App. educ. ANFFAS	142
Attivazione App. educ/terap. domiciliare	12
Attivazione Assistenza Domic.	26
Attivazione servizio Cenrto unione	15
Attivazione contributo econ. Comune	52
Commissioni Comunali	43
Ausili e protesi	131
TOTALE prestazioni	**4031**
TOTALE utenti in carico 2006	**502**

Prestazioni Territoriali

Colloqui	2.337
Visite Domiciliari	371
Riunioni	324
Relazioni/ Progetti	597
Riun Scuola (L.104/accord.di Progr)	601
Segretariato sociale	1.150
Rapporti con esterno	988
Attività Amministrativa	1.282
TOTALE	**7.650**
TOTALE utenti in carico 2006	**502**



Si è pertanto delineato un modello teorico di funzionamento sia per le strutture residenziali che semiresidenziali che è poi risultato strumento funzionale alla definizione del capitolato di gara per l'esternalizzazione della gestione di alcune strutture.
Altro obiettivo strategico su cui si sono concentrate le azioni del servizio ha riguardato il potenziamento delle attività e degli interventi di sostegno e supporto a livello domiciliare alternativi all'istituzionalizzazione a singoli e/o a nuclei in condizioni di disagio 9 socio-ambientale.

"Area disabilil - Zona Valle del Serchio"

Nell'anno 2006 sono state adottate le seguenti linee strategiche:

- Applicazione del protocollo per la continuità del percorso assistenziale di soggetti disabili nel passaggio dall'età adolescenziale a quella adulta.
- Intensificazione dei rapporti di collaborazione con il Centro per l'impiego e più in generale con la Provincia per tutti gli aspetti che riguardano la preformazione, la formazione e l'inserimento lavorativo dei disabili. Elaborazione di un protocollo operativo per l'anno 2007.
- Prosieguo della collaborazione con le Associazioni di categoria CIA e Coldiretti locali per garantire l'attuazione del Progetto di inserimento lavorativo nell'agricoltura sociale per stage, formazione e inserimenti lavorativi in Aziende Agricole con l'obiettivo di realizzare "una filosofia" di presenza del sociale nel mondo rurale che potrebbe ben calzare con la nostra realtà. Collaborazione con la Misericordia di Corsagna per la realizzazione del Progetto "Il Poderino" che prevede l'inserimento lavorativo di portatori di handicap, dopo un corso di formazione con la Provincia, nella gestione di un vigneto e quindi della conseguente produzione di vino.

- *La prevenzione collettiva:*

Come riportato nel successivo paragrafo 3.2.3, le principali attività del 2006 relative alla prevenzione collettiva possono così essere riassunte:

- Programmazione e attivazione di tutti gli obiettivi di prevenzione previsti dal P.S.R. per l'anno in corso, sopratutto quelli che riguardano la sicurezza negli ambienti di lavoro.
- Rispetto di tutti gli impegni assunti al tavolo istituito presso la Prefettura di Lucca.
- Costituzione dell'Osservatorio epidemiologico dipartimentale per le zoonosi trasmesse da artropodi vettori.
- Attività di sorveglianza nutrizionale nei soggetti anziani nelle RSA pubbliche e sorveglianza della ristorazione collettiva soprattutto in età scolastica.
- Campagne di vaccinazione anti-influenzale, antipneumococcica e anti-MPR (morbillo, rosolia, parotite).
- Realizzazione del progetto regionale di medicina dei viaggiatori del quale il Dipartimento di Prevenzione è referente assieme alla ASL di Firenze.
- Attività dell'Osservatorio Medico Legale per la prevenzione e la gestione dei conflitti, per il contenzioso e per il rischio clinico e l'attività delle commissioni per l'invalidità civile.
- Miglioramento del rapporto con i cittadini e del sistema della comunicazione: potenziamento dello sportello unico della prevenzione, rispetto dei tempi di risposta da parte dell'ufficio coordinamento attività produttive, ampliamento dell'attività del sito web dipartimentale.
- Sviluppo della struttura organizzativa del Dipartimento mediante la regolare attività del comitato direttivo e coordinamento di tutta l'attività di formazione del personale.
- Adeguamento delle sedi della Piana di Lucca e della Valle del Serchio.
- Attività del Laboratorio di Sanità Pubblica di Area Vasta - U.O. Biotossicologia Alimenti e Acque – (accreditamento definitivamente) in risposta alle richieste di analisi dei Dipartimenti di Prevenzione delle 5 ASL dell'Area Vasta.

- *Sviluppo delle tecnologie informatiche e del sistema informativo:* vedi punto 4.13.b

- *La programmazione di Area Vasta:*

L'Azienda USL 2 ha partecipato al processo di programmazione di Area Vasta, articolato nei seguenti obiettivi:

- riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera;
- interazione tra ospedale e territorio;
- miglior governo della spesa farmaceutica;
- recupero di appropriatezza e tempestività delle prestazioni di diagnostica di laboratorio;
- riorganizzazione del livello assistenziale relativo alla prevenzione;
- riorganizzazione delle attività non sanitarie di competenza aziendale;
- progressiva messa a regime delle funzioni di supporto organizzativo e logistico previste per gli ESTAV.

- *La formazione di Area Vasta:*

A livello di AV è attivo un coordinamento costituito dai responsabili delle struttura della formazione delle 6 aziende comprese nell'AV Nord-Ovest. In quest'ambito sono stati

proposti ai DG ed al Comitato dei DG di AV i Piani di Area Vasta, successivamente approvati e finanziati dalla regione.
La formazione pertanto si inserisce nella programmazione di AV perseguendo gli obbiettivi definiti dagli organismi deputati a livello di AV.
Dal punto di vista operativo, dopo l'approvazione del piano da parte della regione, ogni corso viene progettato nei dettagli da un gruppo di lavoro, in cui sono rappresentate tutte le aziende dell'AV, comprendente esperti dell'argomento oggetto del corso ed esponenti delle strutture di formazione.
L'organizzazione pratica spetta alla ASL capofila. Ci sono inoltre iniziative di diretta ispirazione regionale per le quali vengono individuate le ASL capofila di AV, cui spetta l'onere organizzativo.

Gli obiettivi e gli ambiti della formazione per l'anno 2006 relativi all'ASL 2 sono stati i seguenti:

- Obiettivi strategici:
  - stretto legame con la programmazione generale aziendale
  - priorità alle iniziative di formazione collettiva aziendale
  - sviluppo di iniziative con partecipazioni multiprofessionali e trasversali per struttura;
  - pari opportunità nell'accesso all'attività formativa per tutti gli operatori;.
  - integrazione con la programmazione di area vasta.

- Ambiti formativi
  - comunicazione/rapporto con l'utenza nell'ottica della centralità del cittadino-utente;
  - aspetti etici delle professioni con particolare riferimento al consenso al trattamento medico;
  - formazione degli operatori in relazione all'attuazione di nuovi modelli organizzativi e/o di nuove professionalità;
  - formazione manageriale per dirigenza e quadri intermedi con particolare attenzione alle tematiche della programmazione, del controllo di gestione e delle procedure di assicurazione della qualità;
  - prevenzione negli ambienti di vita, negli ambiti produttivi e dell'igiene degli alimenti;
  - integrazione socio-sanitaria attraverso la costruzione ed attuazione di protocolli e linee guida;
  - formazione ed orientamento per i neo assunti;
  - qualificazione degli operatori con particolare attenzione alle tematiche dell'emergenza-urgenza
  - formazione specifica relativa alla professionalità ed alla struttura organizzativa
  - appropriatezza nell'uso dei farmaci e degli esami diagnostici

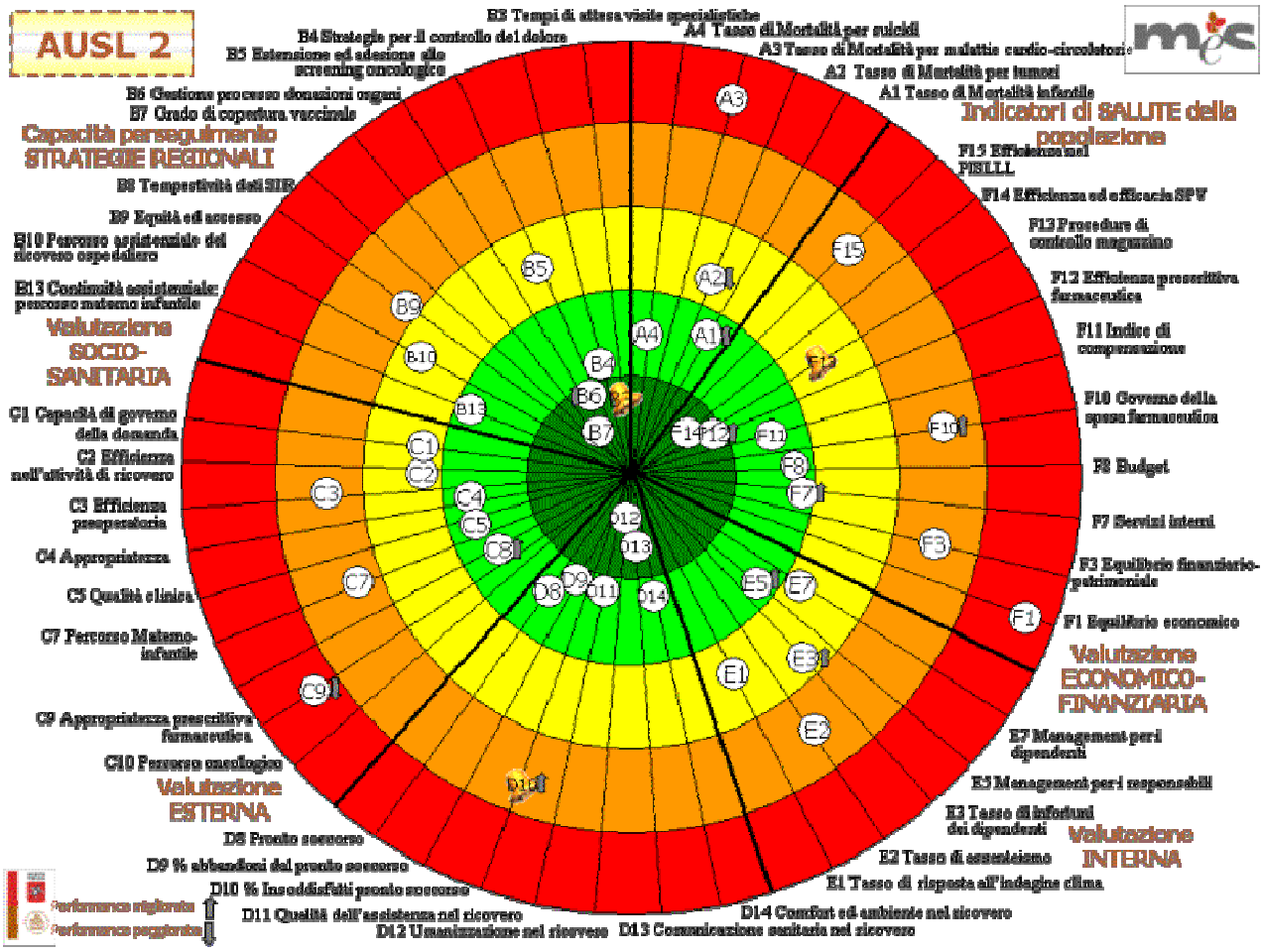
- *Valutazione della performance aziendale sulla base degli indicatori del bersaglio del MeS*

Il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S.Anna ha elaborato un sistema di valutazione multidimensionale della performance delle Aziende Sanitarie Toscane con i seguenti obiettivi:
- consentire un monitoraggio costante dei trend
- fungere da strumento di benchmarking fra le Aziende Sanitarie
- permettere, a scadenze periodiche, di analizzare il risultato e confrontarlo con l'obiettivo, attuando anche correzioni di rotta
- indirizzare, in tempo reale, verso eventuali modifiche dell'obiettivo ove se ne presenti la necessità

Tale sistema di valutazione delle performance è strutturato in una “ottica sistemica” che prende in considerazione sei dimensioni ritenute strategiche:

- Capacità di perseguimento degli obiettivi regionali;
- Livello di salute della popolazione;
- Valutazione della performance sanitaria;
- Valutazione esterna;
- Valutazione interna;
- Valutazione economico-finanziaria.

La rappresentazione grafica del sistema di valutazione è costituita da un bersaglio (figura sotto) composto da fasce concentriche di colori che variano dal rosso (dove si posizionano gli indicatori negativi) al verde scuro (indicatori positivi).



Sulla base delle indicazioni della Regione Toscana sono stati estrapolati una serie di indicatori e sottoindicatori chiave da riportare nella relazione sanitaria aziendale (tabella sottostante).

Indicatori e sottoindicatori chiave da considerare nella relazione sanitaria aziendale 2006		
CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B)		
B3	Tempi di attesa per 7 prestazioni ambulatoriali	☺
B4	Strategie per il controllo del dolore	☺

B4.1	Consumo di farmaci oppioidi erogati dalle farmacie territoriali	☺
B4.2	Indagini di soddisfazione degli utenti	☺
B5	**Estensione ed adesione allo screening**	☹
B5.1	Sreening Mammografico	☹
B5.2	Screening Cervice uterina	☹
B5.3	Screening Colonretto	☹
	VALUTAZIONE SANITARIA (C)	
C3	**Efficienza pre-operatoria**	▪
	Degenza media pre-operatoria	☹
C4	**Appropriatezza**	☺
C4.1	Percentuale drg medici dimessi da reparti chirurgici	☺
C4.2	Percentuale colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery	☺
C4.3	DRG LEA chirurgici: % standard raggiunti	☹
C4.4	DRG LEA medici: % standard raggiunti	☺
C5	**Qualità clinica**	☺
C5.1	Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	☹
C7	**Percorso Materno-Infantile**	☹
C7.1	% di parti cesarei depurato (NTSV)	☹
C8	**Efficacia sanitaria attività territoriali**	☺
C8.1	Tasso ospedalizzazione Scompenso	☺
C8.2	Tasso ospedalizzazione Polmonite	☹
C8.3	Tasso ospedalizzazione Diabete	☺
	VALUTAZIONE ESTERNA (D)	
D8	**Soddisfazione percorso emergenza**	☺
D8.1	Percorso complessivo	☺
D8.2	Accoglienza e privacy	☺
D8.3	Personale	☺
D9	**Percentuale abbandoni pronto soccorso**	☺
D11	**Qualità dell'assistenza del ricovero**	☺
D11.1	Cortesia e disponibilità	☺
D11.2	Accuratezza dell'assistenza	☺
D11.3	Valutazione complessiva cure prestate	☺
D11.4	Valutazione complessiva esperienza ricovero/aspettative	☺
D12	**Umanizzazione del ricovero**	☺
D12.1	Empatia	☺
D12.2	Gestione dolore	☺
D13	**Comunicazione sanitaria del ricovero**	☺
D13.1	Informazioni cliniche	☺
D13.2	Partecipazione	☺
	VALUTAZIONE INTERNA (E)	
E1	**Tasso di risposta all'indagine di clima**	☹
E2	**Tasso di assenteismo**	☹
E7	**Management per i dipendenti**	☹
E7.1	Comunicazione e informazione	☹
E7.2	Il mio responsabile	☺
E7.3	La mia azienda	☹
	VALUTAZIONE EFFICIENZA OPERATIVA E DINAMICA ECONOMICO-FINANZIARIA (F)	
F10	**Governo della spesa farmaceutica**	☹

Analizzando le performance dell'Azienda USL 2, il bersaglio mostra sulla parte socio-sanitaria un quadro positivo in particolare per quanto riguarda qualità clinica ed appropriatezza.

La performance globale è positiva con un trend generale di miglioramento, anche se persistono alcuni problemi sulla parte economica.
Da rilevare che, dall'analisi condotta dal MES sulla capacità di miglioramento delle aziende rispetto agli indicatori prefissati, globalmente il sistema regionale ha dimostrato un miglioramento complessivo nel 2006 rispetto al 2005 ed in particolare l'ASL 2 di Lucca ha fatto rilevare un incremento del 72% della performance complessiva misurata dagli indicatori, classificandosi al 2° posto nel sistema regionale.

Gli elementi critici per l'anno 2006 sono:

- *A3 - Tasso mortalità per malattie cardio-circolatorie:*

Il dato è in miglioramento nel triennio 2004-2006 (509 x mille – 502 x mille – 492 x mille)

- *B9 - Equità ed accesso*

Sono in atto interventi sia sui corsi di preparazione al parto e sulla riorganizzazione complessiva della attività consultoriale, sia sui rapporti fra medico di famiglia e Pronto Soccorso per migliorare le modalità di accesso e di triage che sul coordinamento del percorso assistenziale intra-ospedaliero.

- *C3 – Efficienza preoperatoria*

E' stata riorganizzata l'attività chirurgica programmata, aumentando l'efficienza della gestione delle agende di ricovero e la loro corrispondenza con le liste operatorie, con una ricaduta positiva in termini di degenza media preoperatoria

- *C4.3 – Appropriatezza - DRG LEA chirurgici: % standard raggiunti*

In corso una riorganizzazione dell'attività chirurgica che prevede un maggior ricorso alla Day-Surgery.

- *C5.1 – Qualità clinica - % di fratture del femore operate entro 2 giorni*

Come per indicatore C3.

- *C7 – Percorso materno-infantile*

Relativamente all'elevato ricorso all'episiotomia è in corso una revisione delle procedure intra partum con il personale ostetrico. Permangono le criticità sul ricorso al parto cesareo.

- *C9 – Appropriatezza prescrittiva*

Per quanto riguarda gli obiettivi n.1 e 2 della DGRT 463/2006 (Inibitori di Pompa Protonica e Statine) gli indicatori di monitoraggio a dicembre 2006 confermano la tendenza positiva della nostra ASL rispetto all'andamento regionale.
Per quanto riguarda gli indicatori pro capite si ritiene di ribadire che la popolazione assistita pesata (pesatura effettuata sulla base dei coefficienti regionali) è calcolabile, in base ai dati effettivi anagrafici, in **221.893** assistiti, mentre il valore calcolato dalla Regione nel monitoraggio degli indicatori di spesa e consumo è pari a n. **214.893** assistiti.
Per il miglioramento dell'indicatore C9 sono state intraprese le seguenti azioni:

- Progetto di distribuzione per conto tramite le farmacie territoriali dei farmaci a doppia via che presentano un maggior importo residuo in regime di convenzione;

- Elaborazione di un documento aziendale per l'uniforme applicazione delle note AIFA (Note alle Note) e presentazione sistematica dello stesso ai medici specialisti e di medicina generale dell'azienda;
- Presentazione ai medici, con le modalità di cui sopra, dei contenuti della DGRT n.463/2006;
- Costituzione di una nuova commissione per il controllo della prescrizione delle note AIFA;
- Adozione a livello aziendale del prontuario farmaceutico unico di area vasta
- Inserimento di obiettivi sulla spesa farmaceutica convenzionata nell'accordo aziendale con la specialistica ambulatoriale
- Costruzione di un report mensile sulla spesa farmaceutica convenzionata declinata con gli obiettivi regionali per medici di medicina generale equipe e zona distretto, che viene presentato e discusso mensilmente con i referenti di equipe e di medici iperprescrittori

- *E2 – Tasso di assenteismo*

Sono in corso interventi tesi a migliorare il clima interno ed i rapporti interpersonali tra le diverse figure professionali e si stanno affrontando alcune situazioni di disagio lavorativo (es. lontananza dal domicilio) ed organizzativo per aumentare gli aspetti motivazionali ed il senso di appartenenza.

- *F1 – Equilibrio economico*

L'indicatore si compone di due sotto-indicatori, vale a dire l'equilibrio economico generale e l'equilibrio economico gestione sanitaria.
Il metodo di calcolo utilizzato per la valutazione di entrambi i sotto-indicatori pone al numeratore un aggregato (risultato d'esercizio ante rettifiche oppure margine sanitario netto) e al numeratore il valore della produzione. Si sta intervenendo sull'equilibrio economico tramite un piano di innovazione e sviluppo.
Si ricorda, inoltre, che la voce principale del Valore della Produzione è rappresentato dal Fondo Sanitario Regionale che per l'ASL 2 di Lucca risulta calcolato sulla base di una popolazione inferiore rispetto a quella reale di circa 6.000 soggetti. L'erogazione integrativa di 25.000.000 € ha anche la funzione di correggere questo disequilibrio.

- *F3 – Equilibrio finanziario patrimoniale*

Fra le varie componenti l'indicatore, viene attualmente valutata l'*indice di disponibilità*, misurato nel rapporto tra attivo corrente e passivo corrente.
Anche in questo caso è la difficile situazione finanziaria che permane da tempo (comune peraltro alla maggioranza delle aziende sanitarie) a causare questo tipo di risultato. Gli interventi effettuati dalla Regione Toscana per risolvere la situazione hanno indubbiamente fatto decrescere (specialmente con la conclusione dell'operazione Farmafactoring) i debiti verso fornitori, ma hanno contemporaneamente diminuito i crediti delle Aziende Sanitarie verso la Regione stessa, con conseguente peggioramento dell'indicatore.
La situazione tende al miglioramento con un ripristino dell'equilibrio e economico ed una giusta correlazione tra fonti di finanziamento ed impieghi.

- *F10 – Governo della spesa farmaceutica*

La spesa farmaceutica del primo quadrimestre 2007 è diminuita complessivamente del 8,25%, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, con un progressivo miglioramento, come si evidenzia nella tabella sottostante. L'andamento regionale dello stesso periodo registra un -5,03%.

	2006	2007	diff 07/06	diff%
gennaio	3.919.957,22	3.733.035,28	- 186.921,94	- 4,77
febbraio	3.490.785,30	3.284.463,34	- 206.321,96	- 5,91
marzo	3.942.298,83	3.501.363,87	- 440.934,96	- 11,18
aprile	3.478.371,93	3.089.075,07	- 389.296,86	- 11,19
totale periodo	14.831.413,28	13.607.937,56	- 1.223.475,72	- 8,25

Mantenendosi l'andamento del primo quadrimestre, la previsione di spesa netta 2007 per la farmaceutica convenzionata è di circa 39,7 milioni di euro, cioè entro il valore previsto.
Per la farmaceutica ospedaliera e distribuzione diretta si prevede invece un aumento della spesa anche in ragione degli accordi per la Distribuzione per conto (DPC) (accordi con le farmacie per la distribuzione diretta di una parte dei farmaci a doppia via).
Complessivamente rispetto al 2006 si può prevedere tuttavia un recupero di circa 2,6 milioni di euro.

- *F15 - Efficienza PISLL*

Nel 2005 c'è stata una vertenza sindacale dei tecnici della prevenzione dell'Azienda che ha comportato, di fatto, una diminuzione dell'attività. La vertenza si è conclusa e già nel 2006 i dati di attività sono aumentati fra il 10 e il 30% a seconda degli indicatori.

2.2 LE AREE DI CRITICITÀ E GLI ELEMENTI SIGNIFICATIVI VERIFICATISI NELL'ANNO:

In sintesi le aree di criticità e gli elementi significativi verificatesi nell'anno e per le quali sono state attivate azioni a carattere prioritario sono:

- Impegno per la gestione ed il monitoraggio dei tempi d'attesa (vedi par. 2.1);
- Sviluppo complessivo delle attività di Pronto Soccorso e dell'Emergenza-Urgenza:
    - realizzazione DEU e nomina responsabile;
    - assunzione programmata dei medici del 118;
    - progetto di riduzione del dolore inutile dal territorio fino all'ospedale, grazie alla collaborazione tra 118 e Pronto Soccorso di Lucca e Valle del Serchio;
    - garanzia della presenza medica sulle 24 ore nei punti di primo soccorso.
- Consolidamento e sviluppo delle Zone Distretto, sotto l'aspetto organizzativo e gestionale (con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e l'avvio del processo per la programmazione integrata e la realizzazione di Piani Integrati di Salute)
- Sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio, attraverso il proseguimento dell'impegno sui percorsi assistenziali già avviati nel 2005 (oncologico, materno-infantile, cardiologico, salute mentale e pronto soccorso), e rilevazioni ad hoc sul fronte della qualità percepita per mettere in evidenza le aree di miglioramento.
- Organizzazione della rete ospedaliera finalizzata:
    - all'integrazione tra i presidi ospedalieri delle due zone e con i presidi delle Aziende di Area Vasta;
    - al potenziamento e alla qualificazione dell'offerta con la messa a regime dell'emodinamica 24 ore su 24, il consolidamento dell'attività di attrezzature

sanitarie come l'acceleratore lineare, il miglioramento / adeguamento strutturale dei presidi, anche con riferimento all'accreditamento ed il miglioramento ed umanizzazione dell'assistenza;
  - riorganizzazione dell'attività ospedaliera per garantire percorsi assistenziali più razionali, anche tramite l'accorpamento logistico di funzioni simili (area materno-infantile; area medica);
  - adozione di nuovi modelli organizzativi come la week surgery.
- Integrazione di Area Vasta sotto il profilo tecnico-amministrativo nell'ambito dell'ESTAV.
- Prosecuzione delle procedure per la realizzazione del nuovo Ospedale di Lucca.
- Nell'ambito della sicurezza nei luoghi di lavoro è stata implementata l'attività di verifica sui settori maggiormente a rischio. Interventi sono stati adottati in particolare:
  - nel settore edile, dove sono state effettuati controlli straordinari nei cantieri;
  - nell'ambito della movimentazione delle merci tramite carrelli elevatori, con l'introduzione delle chiusure laterali dopo un'iniziativa adottata per la prima volta proprio sul territorio dell'Azienda USL 2, che ha portato all'elaborazione di un progetto di legge regionale. Sono stati così evitati alcuni infortuni gravi o mortali per schiacciamento del conducente in seguito al ribaltamento dei carrelli.
- Avvio del percorso di definizione dei Piani Integrati di Salute che si è concretizzato, nella Piana di Lucca, con la predisposizione del profilo di salute oggetto di una presentazione pubblica. Per la Valle del Serchio nel 2006 è iniziato analogo percorso, che a fine anno non aveva ancora prodotto la definitiva versione del profilo di salute.

SEZIONE III IL PROFILO GESTIONALE-ORGANIZZATIVO ED ECONOMICO-FINANZIARIO

3.1 L'ORGANIZZAZIONE
3.1.1 Principali adempimenti (L.R. 72/97, L.R. 72/98, PSR 1999/2001)
3.1.2 L'articolazione distrettuale
3.1.3 Gli accordi interaziendali
3.2 I LIVELLI DI ASSISTENZA
3.2.1 I servizi ospedalieri in rete
3.2.2 I servizi sanitari territoriali ed il loro sviluppo
3.2.3 La prevenzione collettiva
3.3 LA GESTIONE DEI SERVIZI
3.3.1 La gestione diretta
3.3.2 La gestione esterna (sanità privata, volontariato, onlus)
3.3.3 La gestione associata
3.3.4 Gli scambi interaziendali
3.4 L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO
3.4.1 La struttura della spesa per livelli di assistenza (tabelle n. 6, 7, 7a)
3.4.2 Azioni intraprese per la razionalizzazione dell'uso delle risorse
3.5 LO SVILUPPO DELLA RETE DEI PRESIDI
3.5.1 Stato di avanzamento alla data del 31/12/2002 del programma triennale per gli interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale di strutture esistenti
3.5.2 Stato di avanzamento del programma di interventi di mantenimento del patrimonio strutturale e strumentale

3.1 L'ORGANIZZAZIONE

3.1.1 Principali adempimenti (L.R. 40/05, L.R. 41/05, PSR 2005/2007):

- Regolamento aziendale:
  - è stato adottato lo schema del nuovo Statuto Aziendale da sottoporre al parere di coerenza della Giunta Regionale. Conseguentemente è stata avviata la stesura dello schema del nuovo Regolamento di Organizzazione.

- PAL:
  - da aggiornare.

  E' stato predisposto il Profilo di Salute per la zona distretto Piana di Lucca ed è in corso di predisposizione quello della zona distretto Valle del Serchio.

- Programma attuativo annuale: **SI**
  - con deliberazione del 31/01/06 n° 66 è stato approvato il libro di budget 2006, successivamente revisionato con deliberazione del 31/07/06 n.552

- N° programmi operativi zonali approvati **n. 2**

- Bilancio preventivo
  - approvato **SI**

- Bilancio di esercizio
  - approvato **SI**

- Atti di concertazione interaziendali di contenuto programmatico-organizzativo approvati relativi a:
  - sviluppo in rete dei servizi ospedalieri **SI**
  - erogazione dei servizi sanitari territoriali **SI**
  - erogazione dei servizi di prevenzione collettiva **SI**

La programmazione aziendale declinata nel documento di budget aziendale, deriva da obiettivi strategici di rilevanza regionale, assegnati annualmente al direttore generale tradotti in indicatori specifici contenuti nel bersaglio elaborato dal MES del Laboratorio Sant'Anna.
A livello aziendale, al fine di una maggiore condivisione e responsabilizzaizone sugli obiettivi anche di caratttere economico-finziario, è stata introdotta una metodologia sperimentale di assegnazione di un budget economico-finanziario alle macrostrutture aziendali (Presidio Ospedaliero, Zone-distretto, Prevenzione, Centro Direzionale).

3.1.2 L'articolazione distrettuale

La nuova organizzazione della Zona-Distretto Valle del Serchio ormai è consolidata.
Le Unità Funzionali afferenti alla Zona-Distretto hanno uniformato il modello di gestione delle risorse assegnate. Attraverso una reportistica trimestrale viene costantemente monitorato l'utilizzo delle risorse delle UU.FF. territoriali.
Si è dato impulso alla omogenizzazione dei percorsi, in particolare per quelli che riguardano gli ausili e protesi, i trasporti sanitari, i ricoveri nelle RR.SS.AA. e le verifiche sulle esenzioni.

3.1.3 Gli accordi interaziendali

Tipologia	*Struttura organizzativa*	*Aziende interessate*	*Stato di attivazione*
Consulenza	Neurochirurgia	A.O.U. Pisana	attiva
Attività	Endocrinologia	A.O.U. Pisana	attiva
Attività	Citogenetica e Genetica molecol.	A.O.U. Pisana	attiva
Servizio interaziendale	C.U.P	Area Vasta N.O.	attivo

3.2 I LIVELLI DI ASSISTENZA

3.2.1 I servizi ospedalieri in rete

L'ottimizzazione dell'attività ospedaliera (tabella n.2 – sezione VI)

Anche nel corso del 2006 sono stati perseguiti i seguenti obiettivi per il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera sia sotto il profilo dell'appropriatezza sia sotto quello della capacità di rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione e alle indicazioni regionali:

- riduzione del tasso di ospedalizzazione
- riduzione delle fughe
- riduzione dei ricoveri 0-1 giorno
- riduzione della degenza media ospedaliera e preoperatoria
- riassetto logistico ed organizzativo dei Presidi Ospedalieri con ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto
- riqualificazione dell'offerta ospedaliera con aumento dell'attività in DH/DS ed ambulatoriale
- miglioramento dell'appropriatezza dei DRG-ARI

Di seguito vengono specificate alcune azioni effettuate per il perseguimento di tali obiettivi;
nel paragrafo successivo vengono sviluppate la azioni finalizzate alla deospedalizzazione:

- Implementazione della distribuzione diretta dei farmaci per i pazienti in dimissione
- Ottimizzazione dei processi e dell'organizzazione dei Laboratori di Analisi anche attraverso la qualificazione del Laboratorio Analisi Chimico-Fisiche con certificazione ISO 9000
- Riassetto logistico ed organizzativo con ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto nei presidi ospedalieri della Zona di Lucca e della Valle del Serchio
- Riorganizzazione della Chirurgia Generale sul modello del Week Hospital con attivazione del settore denominato *"degenza breve"* presso il P.O. di Lucca. Questa nuova organizzazione con apertura di tale settore dal lunedì al venerdì facilita i pazienti e le loro famiglie da un punto di vista psicologico e sociale perché unisce pazienti simili per durata di degenza, patologia e fascia d'età consentendo così di interferire minimamente con le abitudini di vita e consentire la rapida ripresa delle proprie attività. Inoltre l'attivazione della degenza breve consente una migliore integrazione ospedale territorio.
- Riorganizzazione dell'Area Funzionale Medica di Lucca nel nuove padiglione n° 2 e sviluppo del modello organizzativo per intensità di cure.

- Implementazione attività del Gruppo di Lavoro sul Rischio Clinico, con realizzazione di audit e corsi di aggiornamento specifici
- Presso il P.O. di Lucca è stato completato il percorso materno-infantile sia dal punto di vista diagnostico-terapeutico che da quello logistico-organizzativo con l'apertura del nuovo reparto di Pediatria in contiguità con quello di Ostetricia-Ginecologia e della Nursery
- Acquisizione di una nuova Gamma Camera
- Potenziamento dell'attività chirurgica Urologica maggiore e della Chirurgia Plastica con aumento delle sedute operatorie, anche nella Valle del Serchio.
- Apertura dei nuovi locali della Ostetricia e Ginecologia presso lo S.O. di Barga
- Attivazione della parto-analgesia presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia di Barga
- Proseguimento dei lavoro di adeguamento sismico e di riorganizzazione strutturale del P.O. VdS
- Mantenimento e sviluppo dell'attività di Day-Surgery
- Impulso dell'attività chirurgica proctologica e mininvasiva laparoscopica
- Attivazione della chirurgia protesica di ginocchio computer-assistita per un perfetto allineamento dei capi articolari presso U.O. Ortopedia della VdS
- Ampliamento dell'attività di emodinamica sulle 24 ore, con accreditamento della struttura sul P.O. di Lucca.
- Certificazione di accreditamento per le strutture di riabilitazione cardiologica e rieducazione funzionale dei PP.OO.

La realizzazione di linee guida condivise con il Pronto Soccorso, i MMG e le diverse UU.OO. per le patologie il cui ricovero sfocia nei DRG ad alto rischio di inappropriatezza, ha permesso un allineamento agli standard regionali e un incremento del numero di pazienti in osservazione, inoltre l'attivazione della degenza breve consente una migliore integrazione ospedale territorio.

Sono state inoltre realizzate linee guida condivise con i MMG e i medici ospedalieri per piani terapeutici concordati sulla base del prontuario terapeutico ospedaliero a livello aziendale; infine per implementare le prestazioni ambulatoriali sono stati attuati i seguenti progetti:

- Incremento dell'attività ambulatoriale e rispetto dei tempi di attesa come da obiettivo Regionale.
- Aumento dell'orario di apertura delle salette chirurgiche ambulatoriali per permettere l'accesso ad un numero maggiore di UU.OO.
- Mantenimento del percorso assistenziale a favore dei soggetti stomizzati attraverso il centro AISTOM aziendale.
- Sviluppo dell'attività del centro informazione sul farmaco omeopatico e farmacovigilanza, con la presenza di un medico esperto in omeopatia che risponde alle esigenze dell'utenza
- Ampliamento delle sedute ed orario per gli ambulatori di radioterapia e neurologia
- Mantenimento dell'attività dell'ambulatorio per il gioco di azzardo da parte del SERT
- Miglioramento dell'assistenza ai pazienti affetti da psoriasi attraverso il trattamento PUVA
- Implementazione dell'attività ambulatoriale di preospedalizzazione per tutti gli interventi chirurgici programmati
- Attivazione dell'ambulatorio di 1 livello per la cura della sterilità presso l'U.O. di Ginecologia e Ostetricia dello S.O. di Barga

- Attivazione dell'ambulatorio Urologico per la cura dell'incontinenza presso lo S.O. di Barga

I trend di deospedalizzazione (tabelle n. 3, 4 – sezione VI)

Nell'anno 2006 l'azienda ha continuato a seguire con attenzione la problematica relativa all'appropriatezza dei ricoveri, secondo le direttive regionali, ottenendo:

- una stabilizzazione della tendenza alla trasformazione della tipologia dei ricoveri da ordinari in DH o DS
- il mantenimento del trend di trasformazione in attività ambulatoriale dei DRG relativi ad interventi sul cristallino e sul tunnel carpale
- allineamento agli standard regionali dei DRG chirurgici e medici ad alto rischio di inappropriatezza
- la stabilizzazione della degenza media e preoperatoria
- riduzione dei ricoveri 0-1 giorno

Gli esiti della concertazione

Vedi "Programmazione di Area Vasta" nel paragrafo 2.1 e "Scambi interaziendali" al paragrafo 3.3.4.

3.2.2 I servizi sanitari territoriali ed il loro sviluppo

L'assistenza distrettuale

Nel corso del 2006 è proseguito il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei medici di medicina generale, organizzati in èquipes territoriali, e dei pediatri di libera scelta, consolidando e migliorando l'accordo integrativo dei MMG a valenza annuale, programmando le loro attività ed integrandole con quelle specifiche aziendali con particolare attenzione all'utilizzo delle risorse (farmaceutica specialistica, ricoveri, esami specialistici, utilizzo delle strutture aziendali), focalizzando l'attenzione sull'appropriatezza delle cure basata sull'evidenza scientifica (percorsi assistenziali, linee guida) e promovendo l'ulteriore sviluppo delle forme associative.

In particolare agli inizi dell'anno è stato rinnovato l'Accordo con i Medici di Medicina Generale (MMG), imperniato su questi obbiettivi:

- adesione agli obbiettivi nazionali e regionali in merito al contenimento dell'incremento di spesa dell'assistenza farmaceutica convenzionata esterna;
- è stato raggiunto un accordo per una partecipazione attiva dei MMG nel programma di screening colon-retto, per aumentare la percentuale di adesione dei cittadini a tale campagna di prevenzione;
- contenimento del tasso di ospedalizzazione anche grazie al miglioramento dell'assistenza nei confronti della popolazione anziana sia a domicilio che nelle RR.SS.AA.;
- costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare sull'accesso differenziato alle prestazioni ambulatoriali;
- elaborazione, condivisione ed applicazione sull'appropriatezza prescrittiva;

- consolidamento ed espansione delle forme associative. Sono state attivate 3 nuove Medicine di Gruppo (2 in Valle del Serchio ed 1 nella Piana di Lucca).

Per quanto attiene all'assistenza domiciliare particolare attenzione è stata posta al lavoro di miglioramento dell'assistenza domiciliare integrata attraverso le seguenti fasi ed azioni, in linea con le indicazioni della DGRT 402/2004:

- lavori del gruppo misto aziendale composto da medici di medicina generale, medici delle attività distrettuali e della direzione sanitaria ospedaliera, coordinatori infermieristici e rappresentanti dei servizi sociali;
- attivazione, anche nella Zona-Distretto Valle del Serchio, di una Centrale Operativa per l'assistenza domiciliare e di una cartella unica per la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare.

Sono stati poi consolidati e sviluppati i progetti di collaborazione con le Associazioni di Volontariato (Confraternite Misericordia e ANPAS) e con la Croce Rossa Italiana finalizzati al potenziamento dei servizi territoriali, soprattutto nell'ambito dell'assistenza domiciliare (prelievi di sangue a domicilio e distribuzione diretta farmaci al domicilio per pazienti non deambulanti). Oltre ai punti già esistenti sono stati attivati i punti prelievi di Villa Basilica, Villa Collemandina e Castiglione Garfagnana.
Inoltre, è stata consolidata l'attività delle cure palliative domiciliari per pazienti terminali, in particolare, nella Zona–Distretto Piana di Lucca attraverso il rinnovo della convenzione con l'Associazione Don Baroni, mentre nella Zona–Distretto Valle del Serchio il servizio viene erogato da personale medico specialistico ed infermieristico per interventi domiciliari programmati.

Zona Piana di Lucca

Nel 2006 la Centrale Operativa per l'Assistenza Distrettuale (COAD) ha operato, grazie alla presenza di operatori qualificati (medici e infermieri dell'UF Attività Sanitarie di Comunità) dal lunedì al venerdì secondo turni prestabiliti, con un'attività continua di supporto logistico e di coordinamento non solo per l'assistenza domiciliare, ma anche per la presa in carico di pazienti nell'ambito delle cure intermedie e per le problematiche di natura sociale, con quotidiani rapporti con i servizi sociali dei Comuni della Piana di Lucca.

Fondamentale è stata la funzione della COAD come punto di riferimento sul territorio per il personale infermieristico impegnato nei vari presidi periferici, per i medici di medicina generale e per i reparti ospedalieri.
Durante l'anno sono stati registrati 3.528 contatti per problematiche inerenti l'assistenza domiciliare, comprese le richieste di materiali e/o presidi finalizzati alle cure a domicilio per pazienti allettati o non deambulanti.
La distribuzione dei contatti in funzione del comune di residenza è stata la seguente:

Comune di residenza	***n. contatti***
Altopascio	146
Capannori	780
Lucca	2335
Montecarlo	58
Pescaglia	71
Porcari	114
Villa Basilica	24
totale	***3528***

Le segnalazioni da parte dei reparti dell'Ospedale di Lucca "Campo di Marte" di casi con bisogni sanitari e/o sociali a cui dare una risposta sul territorio dopo la dimissione sono state 281.

Per i 3528 pazienti per cui è stato registrato un contatto presso la COAD sono stati attivati piani di assistenza individuali (P.A.I.), differenziati a seconda dei bisogni rilevati.
Le specifiche relative alle tipologie di PAI adottati (ADI, ADP, NAD, assistenza protesica, ecc.) sono quantificate nella tabella successiva; in particolare, per quanto riguarda l'attività del personale infermieristico nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, sono stati effettuati:
- accessi domiciliari nell'anno: n. 10.828
- prestazioni domiciliari nell'anno: n. 35.364

Tabella 26 **-** Tipologia di assistenza erogate a domicilio

anno	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Assistenza infermieristica e integrata (n.pazienti)	760 (stima)	585	1169	1063
Assistenza a pazienti oncologici (ADO) (n. pazienti)	130	126	111	196
Assistenza programmata del MMG (n. pazienti in ADP e ADI)	1816	2707	3169	2544
Assistenza specialistica (visite domiciliari)	385	479	560 (stima)	587
Prelievi (numero prelievi)	21064	21553	23961	27888
Prelievi (numero stimato pazienti)	900 (stima)	900 (stima)	1000 (stima)	1200 (stima)
Assistenza protesica per incontinenti (n. assistiti)	3263	3549	3402	3524
Assistenza protesica per pazienti allettati o non deambulanti (n. presidi consegnati)	1599	1894	2695	2629
Assistenza farmaceutica con consegna medicinali (n. consegne)	-	641	3150 stima calcolata sul dato relativo al periodo gen-ago	In attesa del dato
Nutrizione artificiale (n. pazienti)	137	175	172	192
Rieducazione motoria (n. pazienti)	32	64	56	-

Zona Valle del Serchio

Nel corso del 2006 sono stati assistiti a domicilio 122 pazienti nella Zona Valle del Serchio.

Sempre nell'ambito dell'assistenza territoriale, per quanto riguarda la salute mentale e le dipendenze, sono state in particolare realizzate le seguenti azioni:

1. revisione del processo di presa in carico integrata del paziente;
2. potenziamento delle attività in assistenza domiciliare e nelle RSA;
3. apertura Ospedale di Comunità nella R.S.A. di Giuncugnano;

4. implementazione dell'attività in favore del giocatore d'azzardo patologico e della sua famiglia;
5. qualificazione degli interventi in favore dei detenuti tossico ed alcool dipendenti;
6. interventi per l'integrazione scolastica previsti dalla legge 104.

Anche nel corso del 2006 sono stati approvati e finanziati dalla Regione Toscana i progetti di collaborazione con le Associazioni di Volontariato e con la Croce Rossa Italiana, finalizzati al potenziamento dei servizi territoriali, in particolare nell'ambito dell'assistenza domiciliare (prelievi di sangue a domicilio e distribuzione diretta farmaci al domicilio per pazienti non deambulanti).

3.2.3 La prevenzione collettiva

Nel 2006 sono stati realizzati, per le attività di prevenzione, i seguenti obiettivi principali:

- Programmazione e attivazione di tutti gli obiettivi di prevenzione previsti dal P.S.R.per l'anno in corso, sopratutto quelli che riguardano la sicurezza negli ambienti di lavoro: piani mirati e straordinari nel settore estrattivo, della movimentazione, delle cartiere e cartotecniche, nell'edilizia e nell'applicazione della direttiva macchine; osservatorio infortuni sul lavoro e malattie professionali.
- Rispetto di tutti gli impegni assunti al tavolo istituito presso la Prefettura di Lucca. Il comitato territoriale per l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro si è riunito ed ha operato regolarmente con la partecipazione di tutte le componenti.
- E' stato costituito un Osservatorio epidemiologico dipartimentale per le zoonosi trasmesse da artropodi vettori che ha operato come previsto soprattutto nel periodo estivo in collaborazione con i servizi di pronto soccorso degli ospedali e con i medici di medicina generale; è continuata la gestione e il controllo dell'anagrafe bovina; si è verificato un miglioramento della qualità igienica del latte lungo tutta la filiera produttiva.
- E' proseguita l'attività di sorveglianza nutrizionale nei soggetti anziani nelle RSA pubbliche e la sorveglianza della ristorazione collettiva soprattutto in età scolastica. Sempre attivo e operativo il sistema SARAM (sistema allerta regionale mangimi e alimenti) che ha visto attivamente impegnati gli operatori dell'igiene degli alimenti e della veterinaria.
- La campagna di vaccinazione anti-influenzale ha permesso il superamento del 75% di copertura nelle popolazione anziana ultra sessantacinquenne e la distribuzione gratuita anche del vaccino antipneumococcico; nella campagna di vaccinazione MPR (morbillo, rosolia, parotite) si è raggiunta una copertura superiore al 90% nella popolazione infantile al 24° mese di età.
- Si è anche realizzato il progetto regionale di medicina dei viaggiatori del quale il Dipartimento di Prevenzione è referente assieme alla ASL di Firenze. Si sono svolti tutti gli incontri previsti con gli operatori di tutti gli ambulatori delle AA. SS. LL. della Regione ed è stata definita una griglia comune di dati da raccogliere in maniera omogenea per permettere di valutare tutta l'attività di tutela dei viaggiatori internazionali che viene svolta.
- L'Osservatorio Medico Legale per la prevenzione e la gestione dei conflitti, per il contenzioso e per il rischio clinico ha svolto una importante attività. L'attività delle commissioni per l'invalidità civile ha visto un notevole aumento delle visite riuscendo a mantenere entro gli obiettivi previsti i tempi di attesa.

- Miglioramento del rapporto con i cittadini e del sistema della comunicazione: potenziamento dello sportello unico della prevenzione, rispetto dei tempi di risposta da parte dell'ufficio coordinamento attività produttive, ampliamento dell'attività del sito web dipartimentale (aumento del numero di accessi e del numero di pagine visitate da parte di utenti esterni) che prevede ora anche le news di area vasta e definizione di un progetto per la comunicazione interna al Dipartimento di Prevenzione.
- Continuo sviluppo della struttura organizzativa del Dipartimento mediante la regolare attività del comitato direttivo. Il coordinamento di tutta l'attività di formazione del personale ha permesso di svolgere direttamente molte iniziative, alcune anche a livello regionale e nazionale. Si è avviato un percorso dipartimentale per la qualità che ha visto coinvolti, in questa prima fase, una trentina di operatori sotto la guida di un esperto esterno.
- E' continuato l'adeguamento delle sedi della Piana di Lucca e della Valle del Serchio.
- In presenza dell'accreditamento definitivo del Laboratorio di Sanità Pubblica di Area Vasta - U.O. Biotossicologia Alimenti e Acque – è stata svolta un'intensa attività con risposte adeguate alla maggior parte delle richieste di analisi dei Dipartimenti di Prevenzione delle 5 ASL dell'Area Vasta. Un importante incremento ha avuto l'attività analitica a favore di privati.

3.3 LA GESTIONE DEI SERVIZI

3.3.1 La gestione diretta

L'Azienda ha continuato a privilegiare la gestione diretta dei servizi di natura sanitaria, indirizzandosi verso il completo soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione residente cercando di ridurre le fughe ed i tempi di attesa e concertando la quota di prestazioni da far erogare alle strutture sanitarie accreditate presenti sul territorio.

3.3.2 La gestione esterna (sanità privata, volontariato, onlus)

I servizi di sanificazione ambientale, lava-nolo e di supporto sono stati affidati in gestione integrata (global service) ad un consorzio di imprese aggiudicatario della gara condotta a livello di ESTAV, a decorrere dal 1° Dicembre 2006 e per un periodo di 6 anni.
I restanti servizi sono affidati a aziende esterne tramite procedure di evidenza pubblica.

Per quanto concerne la sanità privata, le strutture private accreditate lucchesi sono inserite nella programmazione aziendale, in conformità al fabbisogno sanitario rilevato, con progetti finalizzati all'aumento del grado di copertura interna della domanda dei residenti, alla riduzione dei tempi di attesa ed al contenimento delle fughe per attività di ricovero ed ambulatoriali, attraverso la negoziazione di un budget con la direzione aziendale.
In particolare per alcuni visite specialistiche e prestazioni diagnostiche e per alcuni DRG chirurgici sono stati concordati i volumi necessari per ottenere la riduzione delle attese per i residenti della nostra ASL.
E' stato fissato inoltre un tetto di attività per i residenti extra ASL.

Per quanto riguarda il volontariato, presso l'Azienda è attiva la Consulta delle associazioni di volontariato ed il Tavolo degli Organismi di tutela, composta dalle associazioni che hanno stipulato con l'Azienda un protocollo d'intesa.

Nel settore dell'assistenza domiciliare al malato oncologico le associazioni Don Baroni ed AIL, supportano, attraverso apposite convenzioni, le attività domiciliari erogate a livello distrettuale.

3.3.3 La gestione associata

L'ASL 2 continua la partecipazione al progetto regionale di e-government (MIR, NAI-NAR, RIS_PACS,SAIA), per lo scambio telematico di informazioni e per la interoperabilità tra enti e tra gli attori del sistema sanitario toscano.

3.3.4 Gli scambi interaziendali

L'Azienda USL 2 ha partecipato al processo di programmazione di Area Vasta, articolato nei seguenti obiettivi:

- riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera;
- interazione tra ospedale e territorio;
- miglior governo della spesa farmaceutica;
- recupero di appropriatezza e tempestività delle prestazioni di diagnostica di laboratorio;
- riorganizzazione del livello assistenziale relativo alla prevenzione;
- riorganizzazione delle attività non sanitarie di competenza aziendale;
- progressiva messa a regime delle funzioni di supporto organizzativo e logistico previste per gli ESTAV.

3.4 L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

L'azienda si è impegnata nel corso del 2006 per un miglioramento del risultato economico tramite una serie di azioni e di interventi di controllo della spesa.
In effetti la situazione economica dell'Azienda USL 2 di Lucca registra un netto miglioramento rispetto al trend rilevato in passato (in realtà, l'esercizio 2005 chiude con un risultato migliore rispetto all'attuale, ma tale risultato risente in parte della prima applicazione dei principi contabili di cui alla DGR n. 1343 del 20/12/2004).
Dal lato finanziario la situazione dei pagamenti è migliorata grazie anche all'intervento regionale tramite le DD.GG.RR. 455/2006, 592/2006 e 894/2006 che prevedono sia una transazione specifica con Farmafactoring e con Johnson e Johnson SpA, sia un'operazione complessa e puntuale di transazione con tutti i fornitori per i debiti precedenti al 28/02/2006.
Inoltre, l'Azienda USL 2 di Lucca ha contratto un mutuo di oltre 10 milioni di € per il finanziamento di attrezzature e di interventi immobiliari.
Si segnala che nel corso del 2006 è stato costruito il nuovo contratto per il servizio di tesoreria che partirà dal 01/01/2007 e che è stato affidato, tramite gara, alla Cassa di Risparmio di Lucca-Pisa-Livorno.

3.4.1 La struttura della spesa per livelli di assistenza (tabelle n. 6, 7, 7a)

Analisi degli scostamenti rispetto agli indici del P.S.R. 2005/2007 e confronto con la spesa dell'anno precedente.

La *tabella 6 – sezione VI* mostra, con riferimento all'anno 2006, la ripartizione delle risorse tra i diversi livelli di assistenza.

Si può notare il consolidamento del *trend* verso una sostanziale coerenza rispetto alle indicazioni del PSR 2005-2007 che individua, nella sezione in cui sono specificati i criteri di accesso al fondo ordinario di gestione delle Aziende USL (punto 4.4.2.1 "Il fondo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali"), una ripartizione delle risorse tra le diverse tipologie di assistenza. Infatti, per il macrolivello della prevenzione si registra il 4,31% (5% tabella regionale); per il macrolivello dell'assistenza sanitaria territoriale il 53,75% (52% tabella regionale); per il macrolivello dell'assistenza ospedaliera 41,94% (43% tabella regionale).

Osservando il dettaglio dei macrolivelli, viene in evidenza come resti ancora elevata l'assistenza farmaceutica (17,02%) rispetto alle previsioni del PSR (13%). Tale elemento, assieme all'aumento dell'assistenza sanitaria di base (a causa delle nuovo convenzioni nazionali) sono le determinanti principali del maggior peso del macrolivello dell'assistenza sanitaria territoriale rispetto alle previsioni del PSR.
Le *tabelle 7 e 7a – sezione VI* riportano il dettaglio della spesa per le convenzione mediche nazionale e per i trasporti sanitari.

3.4.2 Azioni intraprese per la razionalizzazione dell'uso delle risorse:

a) - personale dipendente, attuazione dell'accordo stipulato a livello regionale nel corso del 1998, con le OO.SS. che prevede una gestione controllata del turn-over: **SI**

Differenza tra n° unità di personale dipendente presente a fino anno
e n° unità di personale dipendente previsto sul PAL /
N° unità di personale dipendente previsto sul PAL x 100
(riportare numeratore, denominatore, indicatore calcolato) **-125/2739 = - 4,56%**

Si precisa che il dato di riferimento è quello dell'anno 2001 come da Pal 1998/01.

b) - attivazione di forme di gestione interaziendale di procedure tecnico-amministrative per acquisti e manutenzione.

	TIPOLOGIA PROCEDURA
1	Licitazione privata fornitura materiale informatico Cavnot. - Modifica parte documentazione di gara ed ammissione imprese concorrenti.
2	Acquisto gamma camera da destinare all'U.O. Medicina Nucleare del P.O. di Lucca. - Modifica condizioni tecniche ed economiche di fornitura.
3	PROCEDURA NEGOZIALE fornitura adeguamento dorsali di rete del P.O. di Lucca. - Aggiudicazione.
4	Indizione appalto concorso per l'affidamento della gestione integrata dei servizi di ristorazione, sanificazione ambientale, lava-nolo e servizi di supporto per l'azienda USL 2 di Lucca. - Ammissione imprese concorrenti.
5	Indizione appalto concorso per l'affidamento della gestione integrata dei servizi di ristorazione, sanificazione ambientale, lava-nolo e servizi di supporto per l'azienda USL 2 di Lucca. - Nuova formulazione art. 6 capitolato speciale di gara.

6	PROCEDURA NEGOZIALE acquisto urgente materiale informatico Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. - Aggiudicazione.
7	PROCEDURA NEGOZIALE acquisto urgente materiale informatico Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. - Estensione fornitura.
8	Acquisto arredi R.S.A. Altopascio mediante estensione appalto concorso esperito ai sensi D.Lgs. 358/92.
9	Fornitura arredi necessari a completare il trasferimento dell'Area Medica c/o il nuovo padiglione del P.O. di Lucca. - Avvio procedure di acquisto.
10	PROCEDURA NEGOZIALE fornitura dorsali di rete Azienda U.S.L. 5 di Pisa. - Avvio procedure di acquisto.
11	Licitazione privata fornitura materiale informatico Estav Nord-Ovest. - Modifica specifiche tecniche di cui all'allegato n. 4 al Capitolato Speciale.
12	Acquisizione, in noleggio full-service quadriennale, di fotocopiatrici da destinare all'Azienda USL 2 di Lucca.
13	Licitazione privata fornitura materiale informatico Estav Nord-Ovest. - Riapprovazione allegato n. 4 al Capitolato Tecnico con nuove modifiche.
14	Appalto concorso per l'affidamento della gestione integrata dei servizi di ristorazione, sanificazione ambientale, lavanolo e servizi di supporto per l'Az. USL 2 di Lucca. - Approvazione atti di gara con le modifiche conseguenti al disposto scorporo del servizio movimentazione dei pazienti.
15	Acquisto prodotti per stomia per assistenza territoriale ed ospedaliera per pazienti colo-ileo-uro-stomizzati destinati alle Aziende Sanitarie dell'ESTAV Nord-Ovest per anni due. - Provvedimento a contrattare.
16	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di un gruppo frigo per il completamento del sistema di climatizzazione per l'Ospedale di Cast.vo Garf.na. - Avvio procedure di acquisto.
17	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di "Ausili tecnici per persone disabili" per l'Azienda USL 2 di Lucca. - Aggiudicazione.
18	Acquisto cluster fibre channel per Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana mediante estensione determinazione n. 285 del 03.05.05.
19	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura del sistema di gestione di anatomia patologica. Aggiudicazione.
20	PROCEDURA NEGOZIALE acquisto urgente materiale informatico Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana. - Variazione prodotto lotto n. 3.
21	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di n. 1 gascromatografo- gas massa per il laboratorio sanità pubblica di Carraia per l'Azienda USL 2 di Lucca. - Aggiudicazione.

22	Licitazione privata fornitura materiale informatico Estav Nord-Ovest. - Ammissione definitiva concorrenti e nomina commissione.
23	Acquisto prodotti diagnostici, in services, per la misurazione della glicemia e glicosuria destinati all'assistenza territoriale per le Az. Sanitarie dell'Estav Nord-Ovest. Durata anni due.- Provvedimento a contrattare.
24	Fornitura lettori rilevazioni presenze per l'Az. Ospedaliero Universitaria Pisana mediante estensione determinazione Consorzio Area Vasta Nord-Ovest n. 532 del 19.07.2005.
25	Acquisizione, in noleggio full-service quadriennale, di fotocopiatrici da destinare all'Azienda USL 2 di Lucca.- Subentro della Ditta X.I.R.E.S. nel R.T.I. aggiudicatario.
26	PROCEDURA NEGOZIALE fornitura di mobili ed arredi a completamento nuovo padiglione 2 destinato all'area medica del P.O. Campo di Marte di Lucca. - Aggiudicazione.
27	PROCEDURA NEGOZIALE acquisto urgente materiale informatico Az. Ospedaliero Universitaria Pisana. - Seconda estensione fornitura.
28	PROCEDURA NEGOZIALE fornitura di strumentario per l'attività chirurgica dell'U.O. Otorinolaringoiatria dell'Azienda USL 2 di Lucca. - Avvio procedure di acquisto.
29	PROCEDURA NEGOZIALE fornitura accesso protetto da parte di utenti esterni alla rete telematica dell'Azienda USL 6 di Livorno. - Aggiudicazione.
30	Procedura negoziale per l'acquisto di un'unità di strada allestito destinato al servizio sanitario per la zona dell'Elba. - Avvio procedure di acquisto.
31	Licitazione privata fornitura triennale di siringhe per insulina, aghi per penne e lancette pungidito per assistenza territoriale per le Az. Sanitarie dell'Estav Nord-Ovest. - Indizione.
32	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di un'autovettura Reanaul Kangoo allestita ad auto medica destinata al servizio di emergenza urgenza di Aulla dell'Ax. USL 1 di Massa Carrara. - Avvio procedure di acquisto.
33	PROCEDURA NEGOZIALE fornitura di "Ausili Tecnici per persone disabili" per l'Azienda USL 1 di Massa Carrara. - Aggiudicazione.
34	PROCEDURA NEGOZIALE fornitura apparati rete per l'ex Ospedale di Pietrasanta dell'Azienda USL 12 di Viareggio. - Avvio procedure di acquisto.
35	Acquisizione licenza d'uso DRG Finder per l'Azienda USL 2 di Lucca.
36	Acquisto a completamento Cluster Fibre Channel mediante estensione determinazione n. 285 del 03.05.2005.
37	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di programmi gestionali. - Nomina Commissioni Tecniche.

38	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di un sistema software per la gestione dello screening colon rettale. - Avvio procedure di acquisto.
39	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di n. 1 sistema di telemonitoraggio da destinare al Dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'Azienda USL 2 di Lucca. - Avvio procedure di acquisto.
40	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di n. 1 gruppo frigo per il completamento del sistema di climatizzazione dell'Ospedale di Cast.vo Garf.na. - Aggiudicazione.
41	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di Server per vari progetti dell'Azienda USL 5 di Pisa. - Avvio procedure di acquisto.
42	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di n. 1 unità mobile destinata alla Zona dell'Elba dell'Azienda USL 6 di Livorno. - Aggiudicazione.
43	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di prodotti diagnostici per glicemia e glicosuria destinati all'assistenza territoriale in regime di privativa industriale per le Aziende Sanitarie dell'Estav Nord-Ovest. - Assegnazione fornitura periodo 01/07/2006-30/06/2008.
44	Fornitura in service di materiale monouso in T.N.T. striele per i blocchi operatori dell'Azienda USL 2 di Lucca. - Prosecuzione contratto.
45	Prosecuzione rapporti contrattuali afferenti i servizi appaltati di pulizie locali, ristorazione, lavanolo e servizi di facchinaggio nelle more dell'espletamento della gara di area vasta per l'Azienda USL 2 di Lucca.
46	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di n. 2 autoveicoli allestiti ad auto medica destinati al servizio di emergenza-urgenza Centrale Operativa 118 Versilia Soccorso dell'Azienda USL 12 di Viareggio. - Avvio procedure di acquisto.
47	Prosecuzione rapporti contrattuali afferenti talune forniture (servizi appaltati) nelle more dell'espletamento delle nuove gare di area vasta.
48	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di un sistema informativo unico per la gestione economica del personale Estav. - Avvio procedure di acquisto.
49	Acquisto materiale informatico mediante estensione deliberazione n. 91 del 09.02.2006.
50	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di programmi gestionali. - Integrazione Commissioni Tecniche.
51	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di dorsali di rete Azienda USL 5 di Pisa. - Aggiudicazione.
52	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di n. 1 autovettura Renault Kangoo allestita ad auto medica destinata al Servizio 118 di Aulla - D.E.U. dell'AUSL 1 di Massa Carrara. - Aggiudicazione.
53	Licitazione privata per la fornitura di materiale informatico. - Aggiudicazione.
54	Fornitura materiale informatico per la gestione del rischio clinico nell'Area Vasta Nord-Ovest. - Aggiudicazione.

55	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura del software gestionale delle procedure centralizzate per i magazzini di Area Vasta.
56	PROCEDURA NEGOZIALE in economia per la fornitura del sistema cartografico per 6 postazioni del Servizio 118 dell'Azienda USL 5 di Pisa
57	Fornitura autovettura per rinnovo parco automezzi dell'Azienda USL 5 di Pisa. - Aggiudicazione.
58	Appalto concorso per l'affidamento della gestione integrata dei servizi di ristorazione, sanificazione ambientale, lavanolo e servizi di supporto per l'Az. USL 2 di Lucca. - Aggiudicazione.
59	Procedura negoziale per la fornitura di programmi gestionali. - Modifica Commissione Tecnica.
60	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di n. 2 autovetture Fiat Stilo allestite ad auto medica destinate al servizio 118 dell'Azienda USL 12 di Viareggio. - Aggiudicazione.
61	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di n. 1 sitema per HPLC destinato al Laboratorio di Tossicologia del P.O. Campo di Marte dell'Azienda USL 2 di Lucca. - Aggiudicazione.
62	Fornitura di mobili ed arredi per il trasferimento nuova sede della Scuola per Formazione Infermieristica dell'Azienda USL 2 di Lucca. - Aggiudicazione.
63	Fornitura autovettura Fiat Panda destinata al Dipartimento della Prevenzione dell'AUSL 6 di Livorno. - Estensione fornitura di cui alla deliberazione n. 653 del 25.09.06.
64	Ampliamento fornitura aggiudicata con delibera n. 137 del 23.12.2005 per la fornitura del software per la gestione documentale e di protocollo dell'Azienda USL 12 di Viareggio. - Aggiudicazione.
65	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di un sistema software per la gestione dello screening colon rettale. - Aggiudicazione.
66	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura di server per vari progetti dell'Azienda USL 5 di Pisa. - Aggiudicazione.
67	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura apparati rete per l'ex ospedale di Pietrasanta dell'Azienda USL 12 di Viareggio. - Aggiudicazione.
68	Fornitura di "Ausili tecnici per persone disabili" per l'Azienda USL 1 di Massa Carrara. - Rettifica deliberazione n. 387 del 12.06.2006.
69	Licitazione privata fornitura triennale di siringhe per insulina, aghi per penne e lancette pungidito per assistenza territoriale per le Aziende Sanitarie dell'Estav Nord-Ovest. - Ammissione imprese concorrenti.
70	Fornitura sistema tele monitoraggio destinato al D.E.U. Servizio 118 dell'Azienda USL 2 di Lucca. - Aggiudicazione.
71	PROCEDURA NEGOZIALE per la fornitura del software "La diretta gestione degli stipendi in area vasta". - Aggiudicazione.

72	Acquisto prodotti per stomia per assistenza territoriale ed ospedaliera per pazienti colo-ileo-uro-stomizzati destinati alle Aziende Sanitarie dell'ESTAV Nord-Ovest. - Aggiudicazione.
73	Acquisizione, in noleggio full-service quadriennale, dalla Ditta Kyocera Mita Italia di fotocopiatrici per l'Azienda USL 2 di Lucca mediante adesione a convenzione Consip.
74	Acquisizione, in noleggio full-service quadriennale, dalla Ditta Olivetti di fotocopiatrici per l'Azienda USL 2 di Lucca mediante adesione a convenzione Consip.
75	PROCEDURA NEGOZIALE per l'acquisto di n. 2 autovetture Fiat Panda 4x4 da destinare al Sevizio di Guardia Medica della Zona Valle del Serchio dell'Azienda USL 2 di Lucca. - Aggiudicazione.
76	Ampliamento fornitura aggiudicata con delibera n. 776 del 09/11/06 per la fornitura di Server vari per l'Azienda USL 5 di Pisa. - Aggiudicazione.
77	Appalto concorso per l'affidamento della gestione integrata dei servizi di ristorazione, sanificazione ambientale, lava-nolo e servizi di supporto per questa Azienda Sanitaria. - Richiesta all'Estav di apportare nel capitolato speciale d'appalto una nuova formulazione all'art. 6 "Ammontare dell'appalto".
78	Selezione ai sensi L.R.T. 87/97 per la fornitura del servizio di gestione dell'ambulatorio di omeopatia presso il P.O. di Lucca. - Aggiudicazione.
79	Appalto concorso per l'affidamento della gestione integrata dei servizi di ristorazione, sanificazione ambientale, lava-nolo e servizi di supporto per questa Azienda Sanitaria. - Richiesta all'Estav Nord-Ovest di apportare agli atti della gara le modificazioni conseguenti al disposto scorporo del servizio di movimentazione dei pazienti.
80	Selezione ai sensi L.R.T. 87/97 per la gestione di attività assistenziali, educative, di ospitalità e di soggiorno nella comunità terapeutica "Villa Nardi". - Ammissione cooperative concorrenti.
81	Selezione ai sensi LRT 87/97 per la gestione del centro diurno di carraia per soggetti disabili psico-fisici e fornitura del servizio di supporto per soggetti disabili inseriti in strutture ad alta valenza sanitaria e/o a domicilio.
82	Procedura negoziale servizi di assistenza, manutenzione e di supporto tecnico-applicativo hardware e software. - Anno 2006.
83	P.N. servizio manutenzione software SQL+LIMIS del Laboratorio Sanità Pubblica. - Anno 2006.
84	RSA di Magliano Giuncugnano. - Assunzione impegni di spesa e determinazione retta per il periodo 1° marzo - 31 dicembre 2006 nei moduli di RSA e Ospedale di Comunità.
85	Programmazione attività contrattuale. - Anno 2006.
86	Servizio di gestione dell'ambulatorio di omeopatia aggiudicato con deliberazione n. 70 del 31.01.2006. - Integrazione e modifiche.
87	Selezione ai sensi L.R.T. 87/97 per la gestione di attività assistenziali, educative, di ospitalità e di soggiorno nella comunità terapeutica "Villa Adelasia". - Aggiudicazione.

88	Selezione ai sensi LRT 87/97 per la gestione del centro diurno di carraia per soggetti disabili psico-fisici e fornitura del servizio di supporto per soggetti disabili inseriti in strutture ad alta valenza sanitaria e/o a domicilio. - Ammissione concorrenti e contestuale modifica lettera di invito.
89	Selezione ai sensi L.R.T. 87/97 per la gestione della Struttura Residenziale "Balfoia" di San Romano Garfagnana.
90	Selezione ai sensi L.R.T. 87/97 per la gestione del Centro Diurno ex Ceser di Fornaci di Barga.
91	Selezione ai sensi L.R.T. 87/97 per la gestione del Centro Diurno "Carlo del Prete" di Lucca.
92	Selezione ai sensi L.R.T. 87/97 per la gestione della Casa Famiglia di Santa Maria del Giudice (Lucca).

L'Azienda ha, inoltre, provveduto ad effettuare una riorganizzazione interna con l'obiettivo di realizzare una migliore programmazione ed un più puntuale controllo degli acquisti, specialmente nell'ambito di uno scenario completamente mutato dal ruolo che l'ESTAV è chiamato a ricoprire. Da tale riorganizzazione è scaturita la creazione dell'U.O. Programmazione Acquisti utilizzando personale già presente in Azienda.

c) - spesa farmaceutica territoriale: programmi attivati per la riduzione del consumo di farmaci: **SI**

se si, specificare:

- elaborazione e distribuzione ai medici di medicina generale di reports dettagliati quali-quantitativi sulla prescrizione del singolo medico, delle forme associative e equipe territoriali
- conduzione di riunioni con i referenti di ET per l'implementazione dei contenuti della delibera GR 463/06
- modifica del prontuario terapeutico alla dimissione ospedaliera in linea con gli obiettivi regionali.

d) - attivazione sistema di budget: **SI**

Servizi ospedalieri in rete:

livello di contrattazione			
presidio (specificare*)	area funz.	altro	
	▯	▯	**X**

* Aziendale

Servizi territoriali di zona:

livello di contrattazione				
dip.to prevenzione (specificare*)	zona	distretto	unità funz.	altro
▯	▯	▯	▯	**x**

* Aziendale

La retribuzione di risultato è correlata anche al raggiungimento degli obiettivi di budget: **SI**

3.5 LO SVILUPPO DELLA RETE DEI PRESIDI

L'Azienda ha proseguito il proprio consistente programma d'investimenti, finanziato per la parte prevalente in base a risorse statali e regionali, che vede interessati sia i due presidi ospedalieri che i presidi territoriali .

3.5.1 Stato di avanzamento alla data del 31/12/2006 del programma triennale per gli interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale di strutture esistenti

3.5.1.1 Interventi finanziati (tabella n. 8 – sezione VI - corredo documentale):

- *Adeguamento centro trasfusionale – P.O. Campo di Marte – Lucca*

Sono stati eseguiti ed ultimati i lavori di adeguamento del piano terra del padiglione n°7, relativi al centro trasfusionale, che vanno a completare l'intervento di ampliamento dello stesso centro realizzato nel 2005.

- *Banca delle cornee*

Sono stati eseguiti ed ultimati i lavori e l'attività è stata trasferita nella nuova sede.

- *Prosecuzione delle procedure per la costruzione dei bunkers e l'installazione dell'acceleratore lineare.*

Dopo l'agibilità dell'edificio, ottenuta nel 2005, è stata ultimata l'installazione ed attivato l'apparecchio.

- *Nuovo quadro elettrico padiglione n°3 – P.O. Campo di Marte*

Sono stati eseguiti ed ultimati i lavori.

- Impianto rilevazione incendi padiglione n°3 – P.O. Campo di Marte

Completato il progetto esecutivo ed eseguito un primo stralcio di lavori relativo alla sale chirurgiche.

- Studio fattibilità pronto soccorso – P.O. Campo di Marte

Aggiornato il progetto preliminare secondo i primi indirizzi forniti dalla Regione Toscana.

- Progetto esecutivo scale antincendio Padiglioni n°1 e n°3 – P.O. Campo di Marte

Completata ed approvata la progettazione esecutiva cantierabile dell'intervento.

- Nuova sede del Dipartimento della prevenzione – Capannori

Sono stati aggiudicati ed iniziati i lavori.

- Nuova RSA – Altopascio

Sono stati completati i collaudi, ottenuta l'agibilità ed inoltre sono stati eseguiti i lavori per la realizzazione dell'Unità di cure primarie.

- Ristrutturazione Casa di riposo di Marlia – Capannori

Sono proseguiti i lavori per tutto l'anno.

- Ristrutturazione e riorganizzazione di due padiglioni dell'ex OPP di Maggiano – Lucca

Sono stati completati i collaudi ed è stata ottenuta l'agibilità; sono stati eseguiti alcuni lavori di completamento all'esterno dell'edificio.

- Adeguamento antisismico dell'aggregato strutturale n° 2, realizzazione hospice e nuovo ingresso – P.O. Valle del Serchio Castelnuovo

Sono proseguiti i lavori per tutto l'anno; nel corso dell'anno è stata completata la nuova sede della dialisi ed attivata anticipatamente.

- Adeguamento sismico e funzionale padiglione D – P.O. Valle del Serchio - Barga

Dopo la rescissione del primo contratto d'appalto, sono stati ultimati i lavori della fase 2 aggiudicati a trattativa privata; sono stati aggiudicati a licitazione privata ed iniziati i lavori delle fasi 3 e 4 che sono in corso di esecuzione.

- Studio fattibilità e progetto preliminare nuovi parcheggi – P.O. Valle del Serchio - Barga

E' stato affidato l'incarico per la progettazione esecutiva.

- Verifiche strutturali per antisismica P.O. Valle del Serchio

Sono state completate tutte le indagini e le verifiche degli edifici del P.O. Valle del Serchio.

- Esami progetto prevenzione incendi – P.O. Valle del Serchio

Sono stati completati i progetti ed ottenuti i relativi pareri favorevoli dal Comando provinciale VVf.

- Nuova RSA – S.Romano

Sono proseguiti i lavori per tutto l'anno.

- Sistemazione edificio ex Ceser – Fornaci di Barga

E' stato ultimato ed appaltato il progetto esecutivo e quindi aggiudicati i lavori.

- Adeguamento centro socio sanitario – Piazza al Serchio

E' stato ultimato ed appaltato il progetto esecutivo.

- Nuova residenza psichiatrica – Fornaci di Barga

E' stato ultimato ed appaltato il progetto esecutivo e quindi aggiudicati i lavori.

3.5.1.2 Programma di realizzazione del nuovo ospedale a Lucca

L'attività svolta nell'anno 2006 è la seguente:
- Definizione bando di gara e lettera d'invito a livello europeo;
- Pubblicazione bando di gara;
- Ricezione e valutazione richieste d'invito;
- Inoltro lettere d'invito e ricezione offerte;
- Valutazione ed ammissione offerte;
- Definizione della composizione della Commissione aggiudicatrice;
- Richiesta nominativi per la costituzione della commissione giudicatrice;
- Nomina ed insediamento della Commissione;

Le attività sopra elencate sono state svolte in sede Sior e, per quanto di competenza, in sede Aziendale.

In parallelo è proseguito il monitoraggio dell'Accordo di programma sottoscritto dalla Regione Toscana con l'Azienda, il Comune, la Provincia e le varie Soprintendenze competenti ed in particolare è stata attuata la revisione del progetto della nuova viabilità ospedaliera, predisposto dal Comune di Lucca, progetto che è stato suddiviso in due lotti funzionali in accordo con la Regione Toscana. E' stato attivato il gruppo di coordinamento per la definizione delle convenzioni tra le Aziende USL ed i rispettivi Comuni in relazione alle procedure di esproprio delle aree edificatorie dei nuovi ospedali.

In attuazione dell'Accordo di programma è stata stipulata un'apposita convenzione con il Comune di Lucca mediante la quale si è affidata la redazione dei Piani attuativi di Carignano ed Arliano ad un gruppo di progettazione costituito tra tecnici del Comune e tecnici dell'Azienda.

3.5.2 Stato di avanzamento del programma di interventi di mantenimento del patrimonio strutturale e strumentale

Oltre alle opere sopra citate sono stati sviluppati una serie di lavori di manutenzione straordinaria per circa 2.700.000,00 Euro. Tra gli interventi di maggiore rilevanza si evidenziano:

- Attivazione nuova gamma camera P.O. Lucca;
- Realizzazione nuova sede U.O. Pediatria PO Lucca;
- Realizzazione nuova sede centro di prevenzione senologica PO Lucca;
- Prosecuzione adeguamento dell'Area Materno-Infantile del P.O. di Lucca con la realizzazione della sala per il parto naturale;
- Realizzazione ambulatori MMG centro socio sanitario S. Leonardo in Treponzio;
- Realizzazione sede formazione aziendale presso struttura Maggiano;
- Sistemazione parcheggio P.O. Valle del Serchio – Castelnuovo G.;
- Prosecuzione adeguamento poliambulatorio P.O. Valle del Serchio – Castelnuovo G
- Realizzazione nuova sede amministrativa Pieve a Fosciana (inizio lavori);

Vedere le seguenti tabelle riepilogative:
a) Per le strutture ospedaliere (*tabella n. 9 – sezione VI – corredo documentale*)
b) Per le strutture territoriali (*tabella n.10 – sezione VI – corredo documentale*)

SEZIONE IV LE POLITICHE AZIENDALI PER LA QUALITA'

4.1 QUALITÀ AZIENDALE
4.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE
4.3 LA COMUNICAZIONE
4.4 LA CARTA DEI SERVIZI
4.5 LA PARTECIPAZIONE E LA TUTELA
4.6 I TEMPI DI ATTESA
4.7 LA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE
4.8 LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA SALUTE
4.9 LA BIOETICA
4.10 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE
4.11 L'ACCREDITAMENTO
4.12 LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI
4.13 LE POLITICHE PER L'INNOVAZIONE
4.14 I PROGRAMMI INTERAZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE PROPOSTI DALLE AZIENDE SANITARIE
4.15 LA VALORIZZAZIONE E LA QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA NELLE ZONE INSULARI E MONTANE

4.1 QUALITÀ AZIENDALE

E' adottato un documento che delinea le politiche/strategie di qualità delle strutture organizzative: **SI**

se si, specificare:
DG08 - Politica per la Qualità – Linee di indirizzo per le Strutture Organizzative

E' stato redatto un piano, a valenza triennale, per il miglioramento della qualità: SI
se si, specificare:
DG09 - Piano Miglioramento della Qualità – Triennio 2004-2006

Esiste nell'azienda una struttura organizzativa (o un responsabile/referente, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità: SI

Nella *tabella n. 11 – sezione VI corredo documentale* sono riportati i progetti di miglioramento portati a conclusione nel 2006 che riguardano complessivamente i diversi aspetti della qualità (organizzativa, professionale, percepita).

Altre iniziative attivate per il miglioramento della qualità dei servizi (es. partecipazione a programmi di accreditamento professionale fra pari, partecipazione a programmi di valutazione interaziendali, ecc.):

1) Conclusione nell'anno 2006 della sperimentazione "Progetto Accreditamento: controllo e cura del dolore" (DGR 373/2005).

   Il progetto è stato effettuato:
   a - nella U.O. Anestesia e Rianimazione di Lucca per l'attività di degenza in rianimazione, blocco operatorio, parto analgesia.
   b - nella U.O. Anestesia e Rianimazione del P.O. Valle del Serchio per l'attività ambulatoriale di terapia antalgica, del blocco operatorio e della parto analgesia
   c - Zona - Distretto della Valle del Serchio per l'attività di assistenza domiciliare, valido collegamento funzionale che consente l'integrazione tra Ospedale e MMG.

   In queste Strutture si è proceduto alla reingegnerizzazione dei percorsi specifici con individuazione di responsabilità, stesura ed applicazione di procedure e protocolli condivisi, definizione di indicatori di processo e indicatori di efficacia con indicazione di standard e modalità di monitoraggio.

2) Installazione ed attivazione, rispettivamente in data 1/2/06 e 1/06/06, presso la U.O. di Radioterapia dell' Acceleratore lineare Siemens mod. Primus dotato di MLC e portal vision.

   L'apparecchio consente di eseguire trattamenti radioterapici transcutanei con tecnica 3D conformazionale con fasci di fotoni ed elettroni di alta energia e con sistema di verifica e controllo degli ingressi portali.

4.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Il percorso assistenziale si può definire come la modalità organizzativa che assicura tempestivamente al cittadino, in forme coordinate, integrate e programmate, l'accesso informato e la fruizione appropriata dei servizi sociosanitari in relazione ai bisogni accertati.
Il percorso assistenziale è lo strumento organizzativo che consente di valorizzare la continuità delle cure e promuovere la personalizzazione dell'assistenza.
In particolare nel corso dell'anno 2006, oltre a quelli già attivati negli anni precedenti:

- materno-infantile
- cardiologico
- salute mentale
- pronto soccorso
- oncologico

sono stati implementati i seguenti percorsi:

- ictus
- scompenso cardiaco
- riabilitazione ambulatoriale
- frattura di femore

La definizione dei percorsi assistenziali è avvenuta attraverso:

- l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, multidisciplinari e multiprofessionali
- il coinvolgimento diretto dei cittadini, con interviste e focus group
- il coinvolgimento all'interno del processo dei rappresentanti delle Associazioni di Volontariato e Tutela

4.3 LA COMUNICAZIONE

E' stato adottato un piano di comunicazione aziendale: **SI**

La programmazione delle azioni di comunicazione dell'Azienda USL 2 Lucca nell'anno 2006 è stata orientata in via prioritaria al supporto dei Progetti Speciali per la Salute contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007, individuati sulla base della loro forte caratterizzazione intersettoriale e dal rilievo fondamentale che assumono il coinvolgimento e la partecipazione nel processo di attuazione.
La realizzazione di una campagna di informazione/sensibilizzazione sui nuovi percorsi di attività motoria, previsti dalla DGRT 595/05, ha rappresentato un'altra azione di comunicazione di particolare rilevanza. È stato infatti ritenuto indispensabile assicurare un'adeguata e corretta informazione in merito ai cambiamenti introdotti sia agli operatori interni, sia ai Medici di Medicina Generale, che ai cittadini.
Le azioni di comunicazione sono state indirizzate dai seguenti obiettivi strategici:
Comunicazione interna:

- aumentare senso di appartenenza al SST
- accrescere consapevolezza del proprio ruolo, anche in tema di informazione finalizzata alla promozione di una cultura preventiva
- favorire la collaborazione e l'integrazione fra le diverse figure di operatori e fra le diverse strutture aziendali.

Comunicazione esterna:

- orientare la domanda verso livelli maggiori di appropriatezza

- favorire i processi di condivisione da parte delle comunità locali
- consentire un'adeguata conoscenza delle attività offerte e delle modalità organizzative.

Numero di punti informativi localizzati in presidi territoriali ed ospedalieri, collegati all'URP, per zona:

zona 1	zona 2	totale
1	2	3

Esistenza di un punto esclusivamente dedicato per l'informazione telefonica: **SI**

Sono stati attivati protocolli d'intesa con altre amministrazioni per la creazione di sportelli unici: **SI**

4.4 LA CARTA DEI SERVIZI

Aggiornamento nell'anno della Carta: **SI**

La carta è parte integrante del piano per il miglioramento continuo della qualità: **SI**

L'azienda, nel periodo di riferimento, ha adottato standard, intesi come obiettivi aziendali da raggiungere per migliorare la qualità dei servizi: **SI**
(se si, compilare la tabella n.15 – sezione VI)

Gli impegni e gli standard sono stati pubblicizzati: **SI**
(se si specificare gli strumenti utilizzati):
- Conferenza dei Servizi – Diffusione Carta dei Servizi – Incontri con le Associazioni di Volontariato e gli Organismi di Tutela

Gli standard specifici di qualità sono obiettivo di budget per il personale: **SI**

4.5 LA PARTECIPAZIONE E LA TUTELA

Convocazione nell'anno della conferenza dei servizi:
La Conferenza dei Servizi riferita all'anno 2006 si è svolta il 13 marzo 2007

se si, sono stati portati al confronto pubblico i risultati della valutazione del sistema carta: **NO**

Sono stati stipulati protocolli con le associazioni di volontariato e tutela: **SI**

E' stata attivata la Commissione Mista Conciliativa: **SI**

E' stata definita una procedura per l'analisi dei reclami: **SI**

E' stato pubblicizzato il diritto al reclamo: **SI**
se si, specificare le modalità:
Locandine numero verde – Opuscolo informativo URP - Diffusione Carta dei

servizi – Conferenza dei Servizi – Aarticoli sulla stampa locale – Incontri mirati con associazioni di cittadini

Numero reclami pervenuti all'U.R.P.: n. 129

Numero reclami mandati in CMC: n. 3

Sono state intraprese azioni di miglioramento a seguito dei reclami: **SI**

se si, specificare:

1. tempi di attesa rispettati per l'effettuazione delle ecografie alle anche per i neonati
2. miglioramento procedura di accesso alle prestazioni oculistiche di pronto soccorso
3. revisione segnaletica per il corretto accesso alla corsia preferenziale del Centro Prelievi del Presidio Ospedaliero di Lucca

4.6 I TEMPI DI ATTESA

Prosegue il monitoraggio quindicinale dei tempi di attesa delle sette visite specialistiche indicate dalla Regione Toscana per il "loro ruolo di indicatore di efficienza e di efficacia del sistema" in quanto visite "caratterizzate da un'alta richiesta e correlate a possibili patologie con alto impatto sulla salute".

Le sette visite specialistiche oggetto del monitoraggio sono:

- visita cardiologica
- visita dermatologica
- visita ginecologica
- visita neurologica
- visita visita oculistica
- visita ortopedica
- visita otorinolaringoiatrica

Dai dati rilevati sul monitoraggio dei tempi di attesa di queste sette visite si evidenzia un generale miglioramento, dovuto alle azioni intraprese dall'Azienda per superare le criticità. Al 31 dicembre 2006 tutte le visite sono al di sotto dei 15 gg di attesa ad eccezione della visita dermatologica, neurologica e otorinolaringoiatrica per la zona Valle del Serchio rispettivamente con 19, 24 e 20 giorni.

Al fine di migliorare la fruibilità delle prestazioni specialistiche ed abbattere i tempi di attesa sono state intraprese una serie di iniziative quali:

1. la definizione, condivisione e applicazione di linee guida per la prescrizione e l'erogazione di prestazioni che presentano carattere di inappropriatezza, da parte di appositi gruppi di lavoro che vedono la partecipazione degli specialisti ospedalieri, ambulatoriali e dei medici di medicina generale;
2. l'attivazione del CUP di Area Vasta;
3. l'aumento e la riorganizzazione dell'offerta, attraverso:
   - accordo con le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni specialistiche;
   - integrazione delle attività istituzionali finalizzate alla riduzione delle liste di attesa con attività incrementale da parte dei professionisti dell'Azienda;

L'obiettivo finale è quello di portare queste sette visite entro i 15 gg di tempo di attesa, obiettivo che è stato riconfermato nel PSR 2005-2007 al punto 3.2.9 *Visite specialistiche: un obiettivo di qualità.*
Per il superamento di tali criticità verranno messe in atto le azioni di cui al punto 1 e 3.

4.7 LA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE

Nell'intento di proseguire l'azione di semplificazione delle procedure amministrative è stato messa a punto una procedura diretta ad innovare l'iter dei percorsi amministrativi relativamente agli atti deliberativi, allo scopo di individuare il riferimento alle competenze, i passaggi interni e il controllo della spesa prima dell'adozione degli atti. Sono state effettuate analisi sui criteri di lavoro in essere presso le varie strutture organizzative, per individuare i punti critici al fine della ottimizzazione del processo. E' stato attivato, a livello di ogni singola macrostruttura, un processo di controllo per la verifica di corrispondenza della spesa al budget delle risorse assegnato.

E' stato altresì avviato, dal 1° gennaio.2005, il Protocollo Unico Informatico per tutta la corrispondenza a rilevanza esterna presso le varie strutture aziendali, che ha consentito l'abolizione dei vari registri di protocollo già in uso presso varie strutture organizzative ed uffici.
Riguardo alla corrispondenza interna sono stati istituiti, con la predetta decorrenza, seppur temporaneamente, registri complementari al Protocollo Unico Informatico. Tali registri sono stati infatti aboliti alla fine dell'anno 2005, nell'intento di favorire il transito della corrispondenza interna tramite posta elettronica o fax.

4.8 LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA SALUTE

La pianificazione delle azioni di educazione alla salute è stata rapportata:

1- alle priorità regionali: **SI**

2- alle scelte aziendali relative ai bisogni del territorio **SI**

Sono state individuate strategie di interazioni con enti e istituzioni territoriali **SI**
se si, specificare:
Lavoro di rete con le istituzioni del territorio le scuole e le Associazioni di Volontariato

Sono state realizzate azioni di educazione alla salute in collaborazione
con altre aziende sanitarie: **SI**

Vedere tabelle n. 16 e n. 17 – sezione VI – corredo documentale.

4.9 LA BIOETICA

- Istituzione Comitato etico locale: **SI**
  Se si, sottocomitato sperimentazione farmacologica: **SI**

- Strumenti organizzativi di supporto:

Ufficio di segreteria: **NO***
Altro: **NO**
**per il sottocomitato sperimentazione farmacologica è presente un ufficio di segreteria*

- Periodicità con cui si riunisce il Comitato etico locale:
  mensile ☒ bimestrale ☐ semestrale ☐

  Periodicità con cui si riunisce il sottocomitato sperimentazione farmacologica:
  mensile ☒ bimestrale ☐ semestrale ☐

- Indicare le attività svolte dal Comitato etico locale:

1. *Consulenze* (richiesta di pareri): **SI**
2. *Formazione* (per i membri del CEL e/o personale aziendale): **SI**
3. *Educazione/informazione sui temi bioetici*: **SI**
   (convegni, seminari, conferenze aperti all'utenza)
4. *altro* (linee guida, documenti, regolamenti): **NO**

Per ognuna delle voci sopra indicate specificare più in dettaglio le attività svolte:

Pareri:
Il CEL, a seguito di una segnalazione inoltrata da un dirigente sanitario, ha prodotto una dichiarazione sul fenomeno del mobbing indirizzata alla direzione aziendale e ne ha promosso la diffusione tramite la newsletter eCEL e tramite la pagina web del CEL.
E' stato richiesto e rilasciato un parere favorevole su uso compassionevole di Omalizumab in Pneumologia.

Fomazione:
Nel 2006 è terminato il corso teorico pratico "Corso di bioetica", 38 ECM.
Una lezione sugli aspetti etici del consenso informato alla trasfusione è stata tenuta dal Dr. Ardis in ogni edizione del corso "Incontri di aggiornamento in medicina trasfusionale". In ogni edizione del "Corso aziendale dedicato alla rosolia" è stata tenuta dal Dr. Ardis una lezione sugli aspetti etici delle vaccinazioni. E' stata tenuta dal Dr. Ardis una lezione sugli aspetti etici del trattamento del dolore nel "Corso HPH ospedale senza dolore". Un intervento su "Aspetti etici dell'operatività dello psicologo nelle Aziende Sanitarie" è stato dedicato dalla Dr.ssa Fulvio all'Aggiornamento dell'U.O. di Psicologia dell'Azienda.

Educazione/informazione sui temi bioetici:
Intervento di tre componenti del CEL (Prof. Matthieu, Dr.ssa Puliti, Dr. Ardis) ad un convegno "Etica al femminile" organizzato dai LIONS di Castelnuovo Garfagnana. Il CEL ha contribuito all'incontro-dibattito sulla donazione di organi organizzato in occasione della giornata nazionale della donazione di organi (intervento del Dr. Ardis).
Un intervento del Dr. Bellonzi sulle direttive anticipate di trattamento al Convegno "Le dichiarazioni anticipate in oncologia" organizzato dall'Associazione don Franco Baroni di Lucca.

In particolare specificare:

Numero totale di pareri espressi nell'anno dal Comitato etico locale: *n. 2*

Numero di pareri espressi (dal sottocomitato sperimentazione farmacologia) per la sperimentazione clinica dei medicinali:

n. 11 studi farmacologici
n. 1 studio relativo a dispositivo medico
n. 1 studio relativo a procedura clinica
n. 3 studi osservazionali
n. 11 emendamenti

Indicare le tematiche sulle quali si è indirizzata l'attività del Comitato etico locale:

Consenso informato:	**SI**
Sperimentazione sul farmaco:	**NO**
Donazioni d'organo :	**SI**
Altro:	**NO**

Se si specificare:

- Aspetti etici del trattamento psicologico. Relatore Ornella Fulvio.
- Aspetti antropologici dei riti funebri. Relatore Francis Jacques Matthieu.
- Integrazione fra sociale e sanitario: Etica del trattamento dell'inabile. Relatore Maria Bianca Lazzarini.
- Etica del volontariato ospedaliero. Relatori Stefania Porro Brazzi e Ornella Fulvio.
- Il trapianto di organi per le persone HIV positive. Relatore Sergio Ardis.
- Riflessioni etiche sulle medicine non convenzionali. Relatore Massimo Betti.
- Aspetti etici e medico-legali della compilazione della cartella clinica. Relatore Mauro Marchioro
- Studio e acquisizione di conoscenza: la prima responsabilità etica del sanitario. Relatore Graziella Di Quirico.
- Regole etiche della promozione della salute. Relatore Mariella Anchesi.

4.10 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il percorso che ha portato alla redazione del piano di formazione del personale si è avviato con una prima fase di analisi e di individuazione dei principi generali e degli obbiettivi dai quali far scaturire le proposte di formazione, condotta a livello di Direzione Aziendale. Principi generali e obbiettivi sono stati illustrati a tutti i responsabili di AAFF, di UUOO e dei coordinamenti dei tecnici sanitari e del personale infermieristico, nel corso di specifiche riunioni con, all'ordine del giorno, l'avvio del processo di programmazione per l'anno 2006, per cui l'attività formativa è stata strettamente legata agli obbiettivi generali aziendali e di singola Area Funzionale.
In tale occasione è stato dato l'input ai responsabili di discutere e di raccogliere i bisogni formativi del personale da tutte le strutture organizzative e professionali.
L'analisi dei bisogni formativi di ogni singola struttura e professionalità si è quindi intrecciata e raccordata con la programmazione aziendale. In questa fase c'è stato l'apporto degli animatori della formazione che hanno coadiuvato i responsabili di struttura nell'analisi dei bisogni formativi.
La raccolta delle proposte e la redazione del piano è stata curata dalla UO Formazione, naturalmente a seguito di un confronto con la direzione aziendale.

Finalità formative a cui sono stati prevalentemente orientati gli interventi realizzati a livello aziendale con risorse proprie, al netto dei finanziamenti regionali a destinazione vincolata, in riferimento alla tabella n.18.

Si conferma il dato dell'anno precedente con una netta prevalenza (38 corsi pari al 44,70%) degli eventi riguardanti aspetti peculiari alla professionalità ed alla struttura organizzativa; i restanti corsi sono stati distribuiti per lo più verso gli ambiti dell'emergenza urgenza (13 corsi pari al 15,29%), della comunicazione con l'utenza (10 corsi pari al 11,76%); una certa attenzione è stata rivolta anche alle problematiche della prevenzione (8 corsi pari al 9,4%) e della riorganizzazione dei servizi, programmazione, controllo di gestione e qualità (7 corsi pari al 8,23%).

Numero delle attività formative a livello aziendale ricomprese nella programmazione annuale: **135**
Specificare quante di queste sono state concluse: ***85***

Numero ore di formazione obbligatoria effettuate in azienda: **2661**

Numero interventi di formazione realizzati non ricomprese nel programma annuale: **13**

N° unità di personale coinvolte in attività formative/N° totale personale X100 (specificare numeratore, denominatore, indicatore): x100 **= 75,5%**

L'analisi della *tabella n. 20 - sezione VI* evidenzia la netta prevalenza dell'impegno di spesa per la formazione collettiva aziendale rispetto all'individuale, con una quota pari al 66% della spesa. Questa scelta dell'azienda è finalizzata a garantire la maggior aderenza possibile ai bisogni formativi aziendali coniugata con una ottimizzazione delle risorse economiche e di utilizzo del personale. Si sottolinea che la sostenibilità economica per la realizzazione dei corsi collettivi aziendali è stata possibile anche in virtù dell'utilizzo frequente delle risorse presenti in azienda, sia in termini di docenze che di organizzazione logistica. Si rileva peraltro che sono state soddisfatte le esigenze formative proposte dalle varie strutture dell'azienda anche per quanto riguarda l'aggiornamento l'individuale.

Le considerazioni su esposte e le tabelle 18 e 19 (*sezione VI)* sono riferite all'attività di formazione del personale dipendente; si vuole però evidenziare che l'attività di formazione sviluppata dalla ASL 2 riguarda anche la formazione di base, sono state infatti realizzate le seguenti iniziative:

- 2 Corsi di Operatore Socio-Sanitario (nuova formazione) per n. 58 partecipanti
- 3 Corsi integrativi di Operatore Socio-Sanitario, per un totale di n. 87 partecipanti
- 2 Corsi Operatore Socio-Sanitario Formazione Complementare per n. 52 partecipanti
- Laurea di 1° Livello in Infermiere - Sede Decentrata Università di Pisa – tre corsi, uno per annualità, per un totale di n. 102 studenti.

4.11 L'ACCREDITAMENTO

Stato di attuazione del programma accreditamento (tabella n.21 – sezione VI):

E' stato utilizzato "Il manuale per la verifica dei requisiti generali e specifici per accreditare le strutture sanitarie pubbliche e private" ai fini della autovalutazione interna: **SI**

Se si, specificare:

N° strutture organizzative coinvolte nel programma di autovalutazione /
N° totale strutture organizzative X 100
(riportare numeratore, denominatore e indicatore calcolato):

100% delle strutture organizzative in accreditamento (n° 26)

4.12 LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

Non sono state attivate sperimentazioni gestionali nuove rispetto all'anno precedente.

4.13 LE POLITICHE PER L'INNOVAZIONE

a) Il programma di acquisizione e gestione di nuove tecnologie al servizio della salute

U.O. Tecnologie Sanitarie

Modalità di predisposizione del piano investimenti

A fine 2005 l'U.O. Tecnologie Sanitarie, d'accordo con la Direzione Sanitaria, aveva effettuato una ricognizione delle esigenze di tutti i Responsabili dei vari Reparti e Servizi della Azienda Sanitaria, mediante incontri con i vari Responsabili di Aree Funzionali.

Le richieste erano state raccolte ed elaborate, nei mesi Novembre – Dicembre 2005, dall'U.O. Tecnologie Sanitarie che aveva effettuato una ricognizione "sul campo" per valutare tutte le richieste di sostituzione, e verificare, da un punto di vista tecnico, l'effettiva malfunzionalità / obsolescenza / non sicurezza delle attrezzature di cui era stata chiesta la sostituzione.
L'U.O. Tecnologie Sanitarie stessa aveva inserito, di propria iniziativa, alcune attrezzature nel piano di rinnovo, in quanto a conoscenza di particolari "situazioni" che, da un punto di vista tecnico, richiedevano un adeguamento tecnologico. Era stata quindi presentata una proposta di piano di rinnovo delle attrezzature alla Direzione Aziendale, la quale si era riservata di discuterlo con i Responsabili durante le contrattazioni dei budget. Infine era stato stilato il piano di rinnovo delle attrezzature sanitarie per l'anno successivo, approvato dalla Direzione Aziendale.

Gli obiettivi principali perseguiti sono stati i seguenti:

- garantire un adeguato rinnovo delle attrezzature presenti nei vari Servizi, con particolare riguardo per quelle che presentano i maggiori problemi di funzionalità e/o sicurezza; tale rinnovo è possibile grazie al continuo monitoraggio delle richieste di interventi di manutenzione che l'U.O. Tecnologie Sanitarie effettua durante l'anno; una consistente parte del rinnovo delle attrezzature viene infatti proposta personalmente dal Direttore U.O. Tecnologie Sanitarie, a seguito delle analisi ed elaborazioni fatte sui dati raccolti durante l'anno;
- garantire il contributo di tutte le componenti sanitarie utilizzatrici alla predisposizione del piano attrezzature, mediante la loro partecipazione alla

stesura del piano stesso durante gli incontri di programmazione e/o budget tra i Responsabili di Area Funzionale, i Direttori delle UU.OO. sanitarie, e la Direzione Aziendale.

Investimenti tecnologici realizzati nell'anno 2006

Di seguito vengono riportate le descrizioni delle principali attrezzature acquistate nelle singole Aree Funzionali (sanitarie), specificando il loro ambito di utilizzo.
Si premette che la scelta del tipo di attrezzature acquistate è sempre fatta di comune accordo tra la componente tecnica (U.O. Tecnologie Sanitarie) e medica (Primario del Servizio interessato); in tal modo si cerca sempre di far cadere la preferenza sulle attrezzature tecnologicamente più valide e quindi in grado di assicurare una migliore funzionalità per il servizio, anche quando tale scelta comporta una spesa maggiore per l'Azienda. Di questo fatto è possibile avere riscontro esaminando la documentazione relativa alle procedure di gara effettuate, in particolar modo per quelle a maggior contenuto tecnologico.

Area Funzionale Medica Lucca:

- -Ambulatorio Neurologia Castelnuovo : sostituzione elettroencefalografo (Euro 30.000)

Area Funzionale Materno Infantile:

- - Ostetricia Lucca: acquisto attrezzature varie per Sala travaglio in acqua (Euro 55.000)

Area Funzionale Chirurgica Lucca:

- Amb. Urologia Lucca: aggiornamento sistema di urodinamica e andrologia (88.000 Euro)
- S.O. Oculistica: nuovo sistema di sterilizzazione a gas plasma (Euro 52.000)
- Ambulatorio Oculistica Castelnuovo: apparecchio per campo visivo (Euro 32.000)
- Ortopedia Castelnuovo: nuove serie di trapani ortopedici (Euro 40.000)
- Ambulatorio Medicina dello Sport Lucca: nuovo ergospirometro (Euro 33.000)

Area Funzionale Terapie Intensive Lucca:

- Anestesia Lucca: aggiornamento monitor per Sala Operatoria (Euro 40.000)

Dipartimento Prevenzione:

- Laboratorio Area Vasta: sostituzione gascromatografo (Euro 81.000);

Area Funzionale Diagnostica per Immagini:

- Radiologia Lucca: implementazione modulo per stereotassi digitale su mammografo per Screening (Euro 126.000)
- Ecografia Lucca: implementazione modulo per (Euro 78.000)
- Radiologia Castelnuovo: sostituzione intensificatore di brillanza per Sala Operatoria (Euro 78.000)
- Medicina Nucleare Lucca: attivazione nuova gamma camera (Euro 756.000)

Si riporta di seguito una tabella riassuntiva degli investimenti effettuati in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.

Acquisizione apparecchiature elettromedicali anno 2006:

	Spesa effettiva 2006
Ospedaliere	1.900.000
Extra Ospedaliere	100.000

b) Il potenziamento del sistema informativo del servizio sanitario regionale

U.O. Tecnologie e Procedure Informatiche

Allo stato attuale, relativamente ai progetti di maggior interesse aziendale, risultano completate le seguenti fasi:

a) adeguamento hardware e software dei sistemi che sovrintendo ad attività che prevedono quote di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket); introduzione del "codice a barre" nella stampa dei riscontri di prenotazione rilasciati dal CUP e delle proposte di pagamento ticket per le attività di pronto soccorso con la conseguente possibilità di associare il pagamento alle prestazioni a cui esso si riferisce;
b) riunificazione delle anagrafi aziendali e creazione di una anagrafe aziendale di riferimento utilizzando la procedura SACS; nello specifico, dal punto di vista delle tecnologie, è stata potenziata la piattaforma hardware su cui è installata l'anagrafe SACS e sono stati effettuati interventi sull'infrastruttura di rete per garantire una utilizzazione più performante dello strumento e, dal punto di vista applicativo, sono state integrate le anagrafi relative al CUP, Medicina di base, Accettazione Ricoveri, Blocco Operatorio, Pronto Soccorso, Sistema Informativo Territoriale;
c) realizzata una procedura per la gestione dei "prodotti finali" nell'area del Dipartimento di Prevenzione" che assolve tutti i bisogni del settore; tale procedura, unica a livello toscano, consente di monitorare tutte le fasi di lavorazione di un "prodotto" e di ricondurre tutte le attività svolte al singolo "prodotto finito";
d) implementata una procedura per la gestione dei pazienti in carico al CORD che consente di registrare e consultare tutti gli accessi effettuati nella struttura e gli esiti delle indagini diagnostiche eseguite sul paziente;
e) introdotto il sistema di prenotazione SGP anche per la Libera Professione
f) attivate e/o consolidate le procedure relative al Sistema Informativo Territoriale denominate "Medicina Legale", "Dipartimento Salute Mentale", "Assistenza Domiciliare Integrata" e "Consultori";
g) installati i prodotti "FirstAid Pediatrico", "Gestione Consulenze" e "Statistiche FA-Stat" con le relative personalizzazioni;
h) acquisiti ed installati i moduli della suite "Ormawin" relativi alla "Gestione parti" e "Analgesia del dolore";
i) acquisita la procedura per la gestione del laboratorio di Anatomia Patologica; i moduli software sono stati installati e le postazioni "client" sono state sostituite; è in corso la formazione degli utenti sulla nuova procedura;
j) nei limiti imposti dalle risorse economiche disponibili, si è provveduto al rinnovamento tecnologico aziendale in termini di "server", "postazioni di lavoro", "apparati di rete" e "software di base";

La U.O. Tecnologie e Procedure informatiche ha partecipato alle iniziative promosse a livello Regionale per la messa a regime del sistema NAL/NAR e, a livello di Area Vasta Nord Ovest, per le seguenti attività:

- Nucleo Interaziendale Tecnico (N.I.T.);
- progetto "RIS/PACS"

- progetto “Logistica e Magazzino Unico”
- progetto “Risorse Umane – Stipendi e Concorsi”
- progetto “Reti”
- progetto “SovraCup”
- progetto “Anagrafe”
- progetto “Sistema Informativo Ospedaliero”

Per quanto concerne i progetti sostenuti da finanziamenti regionali, la U.O. Tecnologie e Procedure Informatiche partecipa ai seguenti progetti di E-Government Toscana:

1. Progetto A-1: “Costituzione del centro tecnico della rete regionale (RTRT), estensione e potenziamento della infrastruttura telematica sul territorio”
2. Progetto A-2: “Realizzazione della infrastruttura di sicurezza della rete e per l'accesso on-line ai servizi e sua cooperazione con sistemi analoghi di altre organizzazioni”
3. Progetto A-3: “Realizzazione della infrastruttura di servizi per la cooperazione applicativa ”
4. Progetto B-1: “Eliminazione delle attività di certificazione e di comunicazione”
5. Progetto B-2: “Invio telematico di comunicazioni da parte di cittadini ed imprese al sistema della Pubblica Amministrazione Toscana e fra organizzazioni pubbliche e private”
6. Progetto E-1: “Gestione integrata dei Servizi Sociali e Sociosanitari ”

U.O. Sistema Informativo Programmazione e Controllo

- Entrata in produzione del progetto NAL-NAR
- Corso DataWareHouse avanzato, strumenti di analisi e presentazione 1° parte
- Acquisizione, istallazione e configurazione nuovo server SISINFORMA
- Sperimentazione e avvio utilizzo portale share-point
- Supporto informatico al processo di Budget
- Rilevazione personale non dipendente integrato nel Budget
- Supporto all’avvio del processo di implementazione del sistema informativo territoriale
- Reingegnerizzazione del flusso Radiodiagnostica
- Avvio flussi consultori 1° parte flusso CON
- Entrata a regime del processo GSS
- Sperimentazione Cruscotti:
    - Consumi
    - Ritardi SDO
    - Qualità flusso SPA

Sistema Informativo Aziendale:

- Supporto informatico allo start-up del SovraCup di A.V.
- Supporto informatico al processo di Budget
- Reportistica del personale integrata nel Budget
- Completamento formazione DataWareHouse avanzato e strumenti di fruizione
- Reingegnerizzazione del DataWareHouse e porting sul nuovo server Sisinforma
- Sperimentazione Data-Mart integrati di attività sanitarie
- Sperimentazione Report-Builder e Report-Services
- Sperimentazione dell’invio mensile di alcuni flussi DOC

- Entrata a regime dell'invio mensile del flusso SDO
- Entrata a regime del Processo di acquisizione, validazione reportistica ed invio mensile flusso CAP, IVG e Aborto Spontaneo
- Entrata a regime di Share-Point come strumento di Group-Ware e Portale del S.I.
- Inizio del processo di riorganizzazione delle attività del Sistema Informativo
- Partecipazione alle iniziative regionali e di A.V. sui Flussi Informativi e al NIT

c) altri eventuali progetti innovativi finanziati direttamente dall'azienda

Non sono stati realizzati progetti innovativi finanziati direttamente dall'azienda.

d) sistema di controllo delle prescrizioni farmaceutiche

La lettura ottica delle ricette

Il sistema aziendale prevede la lettura del 100% delle ricette spedite dalle farmacie pubbliche e private.
La lettura ottica delle ricette viene effettuata mensilmente a cura di una ditta privata incaricata dalla nostra azienda che provvede alla rilevazione completa di tutti i dati presenti sulla ricetta.
Tale rilevazione permette di:

- evidenziare eventuali differenze contabili rispetto a quanto dichiarato dalle farmacie nelle distinte mensili;
- evidenziare difformità rispetto a quanto previsto dalla convenzione nazionale;
- ottenere i dati relativi alle ricette a favore di cittadini non residenti che saranno oggetto di compensazione;
- ottenere un archivio delle prescrizioni utilizzabile per analisi più complesse.

Le singole farmacie consegnano, per convenzione, insieme alle ricette del SSN anche un dischetto contenente i dati minimi relativi alle ricette spedite nel mese.
Tali dati vengono elaborati in via preliminare dalla stessa ditta, e attraverso l'incrocio con la banca dati farmaci si ottengono informazioni quali-quantitative sulla prescrizione.
Vengono sottoposte a lettura ottica anche tutte le ricette spedite dalle nostre strutture di distribuzione diretta farmaci.
Tutti i dati rilevati vanno ad alimentare i flussi regionali per il monitoraggio della spesa e la compensazione tra aziende.

Il monitoraggio dei dati di prescrizione

La fase di monitoraggio dei dati di prescrizione viene attuata attraverso il sistema ARGO, gestito dal centro di calcolo CINECA di Bologna, con cui la nostra azienda è attualmente convenzionata.
ARGO è un sistema di monitoraggio on-line distribuito su Internet; si basa su una Extranet costruita con la tecnologia IANUS del Cineca che garantisce la sicurezza e la riservatezza dell'informazione.
Il sistema utilizza i dati provenienti dalla lettura delle singole ricette e quelli relativi ai ricettari consegnati ai medici, che la nostra azienda invia con flusso mensile.
Presso il Cineca sono inoltre depositati e periodicamente aggiornati gli archivi dei medici, assistiti e farmacie.

Altre fonti del sistema sono i dati territoriali dell'ISTAT e l'archivio farmaci.
I dati vengono organizzati in "banche dati" seguendo un percorso di acquisizione e verifica basato su diverse fasi; al termine del processo le informazioni vengono rese disponibili per l'analisi on-line agli operatori.
La tecnologia Cineca ci permette di utilizzare il database relazionale per analisi anche molto complesse e/o su periodi molto ampi (es: confronto tra anni).
Il progetto ARNO del Cineca offre inoltre la possibilità di analizzare i dati aggregati relativi a popolazioni più ampie, costituite dall'insieme delle aziende italiane che partecipano al progetto ARGO.
Nell'ambito del Progetto ARNO sono state realizzate alcune pubblicazioni relative alla prescrizione in medicina generale, pediatria e popolazione anziana.
A livello locale i dati elaborati dalla nostra U.O. di Farmaceutica Territoriale permettono di produrre diversi tipi di reports per la direzione aziendale, utili a supporto delle decisioni di politica del farmaco.
Vengono inoltre prodotti reports personalizzati per i singoli medici.

L'archivio dei Piani Terapeutici

I Piani Terapeutici vengono sottoposti presso la Farmaceutica Territoriale ad un processo di acquisizione costituito da diverse fasi:
- controllo della completezza della compilazione;
- controllo della conformità della diagnosi alla nota cuf;
- eventuale contatto con il medico prescrittore per ulteriore verifica.

Se la scheda è ritenuta conforme si procede alla registrazione su apposito archivio computerizzato.

Le ricette contenenti farmaci con nota AIFA e/o obbligo di Piano Terapeutico vengono identificate utilizzando il sistema ARGO, archiviate separatamente e sottoposte a verifica attraverso l'incrocio con i dati dell'archivio dei piani terapeutici.
Le ricette che risultano mancanti del relativo registro vengono sottoposte alle commissioni aziendali preposte, per la eventuale contestazione al medico prescrittore.

4.14 I PROGRAMMI INTERAZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE PROPOSTI DALLE AZIENDE SANITARIE

Stato di realizzazione dei programmi in cui è prevista una compartecipazione finanziaria della Regione:

a) Banca delle Cornee (Vedi punto 5.3 - Azioni Programmate)
b) Laboratorio della Prevenzione (Vedi punto 5.1 - Prevenzione Collettiva)
c) Assistenza ai casi di comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi)

4.15 LA VALORIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA NELLE ZONE INSULARI E MONTANE

La valorizzazione e la qualificazione dell'assistenza nella Zona-Distretto Valle del Serchio si realizza attraverso il potenziamento della rete assistenziale extra ospedaliera che ha i suoi seguenti principali livelli di assistenza:

- Emergenza-Urgenza - 118
- Assistenza domiciliare
- Assistenza Primaria (Medicina e Pediatria di Base e Continuità Assistenziale)
- Ospedali di Comunità e Residenze Sanitarie Assistenziali

Medicina di base
L'associazionismo, su cui si basa ormai gran parte della medicina generale della Valle del Serchio, nel corso del 2006 si è ulteriormente arricchito con una nuova medicina di gruppo che si è strutturata nella zona bassa della Valle e più precisamente a Bagni di Lucca.
La medicina di gruppo di Bagni di Lucca va ad aggiungersi a quelle di Castelnuovo Barga e Fornaci.
Nel corso del 2006 inoltre, sono state avviate le procedure per sviluppare il progetto di Unità di Cure Primarie approvato dalla Regione Toscana per le medicine di Gruppo di Castelnuovo Garfagnana e Barga.
Il progetto prevede un allargamento nell'ambito dell'UCP sia dell'assistenza specialistica sia della continuità assistenziale. L'apertura degli ambulatori su 12 ore più la copertura dell'orario notturno da parte della Guardia Medica, l'accesso diretto ad alcune attività specialistiche sono alla base di una migliore assistenza quali-quantitativa territoriale che deve avere come obiettivo principale la riduzione degli accessi al Pronto Soccorso e la diminuzione dei ricoveri ripetuti ed impropri.

Continuità assistenziale e 118
E' una realtà efficiente ed efficace nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Lo stretto rapporto con il P.S. ospedaliero (alcuni medici del 118 coprono turni nell'ambito del P.S.) costituiscono un ottimo elemento di raccordo tra ospedale e territorio nell'ambito dell'emergenza-urgenza. E' stato predisposto il trasferimento della continuità assistenziale di Castelnuovo Garfagnana e Barga all'interno delle due UCP.

Assistenza domiciliare
Nel 2006 è stato portato avanti il progetto di riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata. Gli sforzi aziendali si sono concentrati specialmente nell'ambito di favorire l'assistenza domiciliare a malati particolarmente compromessi. Sono stati assistiti a domicilio 975 pazienti di cui ben 122 considerati pazienti ad alto carico assistenziale (ADI di III° livello). I pazienti sottoposti a prelievo ematico domiciliare sporadico o quelli assistiti a domicilio solo dal Medico di Medicina generale nell'ambito dell'ADP (Assistenza domiciliare programmata) non sono stati conteggiati nell'ambito dell'ADI.

Ospedali di comunità
Nel corso del 2006 sono stati attivati 10 posti letto di Ospedale di Comunità presso al RSA di Giuncugnano. Questi posti letto vanno ad aggiungersi a quelli di Gallicano attivi dal 2002 e costituiscono l'organizzazione delle cure intermedie della Zona-Distretto Valle del Serchio. Siamo passati così da 129 pazienti assistiti nel 2005 a 183 pazienti assistiti nel 2006.

Piano sanitario regionale 2005-2007. Assistenza sanitaria negli ambienti insulari e montani - Relazione sui progetti annuali 2006:

Progetto 1) Gestione RSA di Giuncugnano e modulo ospedale di comunità.
La struttura è completata ed è stata attivata dal dicembre 2005 ed i 10 posti letto sono occupati al 100%. Inoltre è attivato anche l'Ospedale di Comunità dal 15 marzo 2006. Con questa nuova struttura la Valle del Serchio si è adeguata all'offerta di posti residenziali

determinati dai parametri regionali coprendo, anche a livello geografico, il bisogno di mantenere il soggetto anziano nel proprio ambiente di vita.
Infatti le 4 RRSSAA della Valle del Serchio sono distribuite sulla Zona in modo omogeneo (Coreglia, Gallicano, S.Romano e Giuncugnano). La struttura si integra con i servizi territoriali (assistenza ADI, telesoccorso, medicina generale), con il terzo settore (associazionismo, cooperazione sociale) e con i reparti ospedalieri di medicina e ortopedia zonali. Il finanziamento richiesto di € 150.000 per l'anno 2006 ha costituito un sostegno per gestire questa nuova e impegnativa attività.

Progetto 2) Potenziamento e consolidamento PS – PO Valle del Serchio
Consolidamento e potenziamento del PS per la gestione delle Emergenze-Urgenze in un territorio montano con popolazioni sparse. Il potenziamento riguarda la creazione di un'area di osservazione nei locali del Pronto Soccorso inaugurati lo scorso anno.

Progetto 3) Guardia attiva anestesiologica – PO Valle del Serchio
Per migliorare lo standard qualitativo del punto nascita della Valle del Serchio e per conformarsi ai requisiti di accreditamento, è stata istituita la Guardia attiva sulle 24 ore. Il progetto permette inoltre di rispondere alle direttive regionali sul parto in analgesia per quelle partorienti che ne facessero richiesta.

Progetto 4) Interventi di manutenzione straordinaria finalizzati all'adeguamento del presidio ospedaliero Valle Serchio ai fini dell'accreditamento istituzionale.
Il progetto consiste in interventi mirati di manutenzione straordinaria nei due stabilimenti ospedalieri tesi all'adeguamento di strutture ed impianti per renderli consoni ai requisiti dettati dall'accreditamento istituzionale nonchè all'ottenimento delle necessarie autorizzazioni e certificazioni di legge.
Fra gli interventi realizzati od in corso di realizzazione si riportano i seguenti:

- Stabilimento ospedaliero di Barga: realizzazione nuova struttura per dialisi, adeguamento strutturale laboratorio analisi, adeguamenti strutturali e funzionali per realizzazione area materno infantile, adeguamento e installazione impianti elevatori.
- Stabilimento ospedaliero di Castelnuovo Garfagnana: nuovo impianto di acqua osmotizzata per dialisi, adeguamento strutturale impiantistico poliambulatorio, adeguamento e installazione impianti elevatori.

Progetto 5) Incremento dell'Assistenza Domiciliare Integrata e delle altre attività di assistenza domiciliare. Consolidamento progetto 2005.
L'obiettivo generale del progetto è quello di rispondere a bisogni assistenziali complessi per poter garantire una permanenza al domicilio e ridurre l'utilizzo improprio del ricovero ospedaliero.
Si è consolidata l'attività di ADI con l'apertura della Centrale Operativa di Assistenza Domiciliare ed il potenziamento dell'ADI oncologica.

Progetto 6) Telesoccorso ed assistenza attiva agli anziani ultrasettancinquenni.
Il progetto consiste nello sviluppo dell'attività di Telesoccorso attualmente svolta dal Servizio Sociale in collaborazione con il volontariato, relativa al territorio della Garfagnana. Il progetto garantisce agli anziani ultrasettantacinquenni che vivono soli in condizioni di limitata autosufficienza, la possibilità di attivare, se non già esistente, un accesso ADI o ADP da parte del MMG su segnalazione degli operatori del Servizio Sociale.
In questo modo si è ampliato il servizio di Telesoccorso da un punto di vista qualitativo aumentando le garanzie verso una fascia di popolazione critica e realizzando una

modalità di integrazione socio/sanitaria che arricchisce e completa il sistema integrato di servizi socio assistenziali attualmente offerti alla popolazione anziana.
Il progetto avrà la durata di un anno e sarà sviluppato in forma sperimentale per valutare la possibilità di una sua applicazione su tutta la Valle del Serchio e sull'area della C.M. Lucchese. Consolidamento attività 2005 e consolidamento progetto Inverno sicuro anziani.

Progetto 7) Potenziamento dell'assistenza riabilitativa territoriale.
Il progetto consiste nel potenziamento dell'assistenza riabilitativa territoriale. Con delibera 595/2005 la Regione Toscana ha ridisegnato i percorsi riabilitivi prevedendo una maggiore integrazione fra i percorsi specialistici attivati sul territorio e le attività riabilitative legate ai casi complessi da attivare in Ospedale. Un ruolo particolare in questi percorsi assumono gli aspetti riabilitativi inseriti nelle cure prestate nelle RR.SS.AA. E' stato potenziato il supporto riabilitativo nelle RR.SS.AA.

Progetto 8) Attivazione di un sistema di trasmissione dati (telemetria) dai mezzi di soccorso alle strutture ospedaliere di riferimento (C.O. 118, Pronto Soccorso, Cardiologia).
Tale sistema consente di:

- disporre di specialisti indipendentemente dal luogo in cui abita il paziente, migliorando l'assistenza nelle comunità montane
- accrescere la qualità delle decisioni del medico
- garantire un controllo continuo dei parametri vitali da parte della centrale operativa con possibilità di modificare e/o implementare in tempi rapidi la risposta sanitaria più appropriata.

Lo stanziamento di € 50.000 ha permesso l'avvio del sistema in grado di coprire sia le zone montane della Valle del Serchio, sia i Comuni di Villa Basilica e di Pescagli facenti parte della Comunità Montana Lucchese.

Progetto 9) Sperimentazione Punti decentrati di analisi.
Sono stati potenziati i punti di prelievo ematici territoriali in collaborazione con gli Enti Locali e le Associazioni di Volontariato e si è sviluppato il progetto per un punto decentrato di analisi.

Progetto 10) Centro Salute di Villa Basilica.
Il progetto interessa un territorio, quello di Villa Basilica, le cui caratteristiche geo-morfologiche, il limitato tessuto produttivo, la relativa distanza da centri attrezzati, la composizione socio-demografica della popolazione, fanno propendere per uno sviluppo dell'uso locale dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali, mettendo a sistema tutte le iniziative ed i servizi presenti ed ottimizzando le risorse umane disponibili.
Il progetto Centro Salute di Villa Basilica consiste nella realizzazione di un punto unitario nel territorio del comune di Villa Basilica, che rappresenti una proiezione sub-distrettuale delle attività di competenza di tutti i soggetti coinvolti nei servizi alla persona.

Progetto 11) Sorveglianza anziani ultra 75enni Comune di Pescaglia ed adeguamento strutturale ambulatorio di cure primarie.
A seguito dei fenomeni meteorologici e degli effetti delle ondate di freddo e gelo che interessano il territorio del comune di Pescaglia nel periodo invernale, soprattutto nelle zone ad alta rilevanza montana, si intendono attivare interventi coordinati ed integrati nei confronti della popolazione ultra 75enne sola ed a rischio di salute al fine di facilitare la fruibilità dei servizi socio-sanitari presenti nel territorio. Due sono le tipologie di intervento programmate:

- adeguamento di fabbricato parzialmente utilizzato come punto di erogazione dell'azienda USL e ambulatori medici in Pescaglia capoluogo e frazione Piegaio.
- sorveglianza e pronto intervento in collaborazione con le associazioni disponibili.

Progetto 12) Acquisto autovettura 4x4 per Guardia Medica Valle del Serchio
Sono state acquistate n. 2 autovetture adeguate alla realtà geo-morfologica e climatica della Valle del Serchio, per permettere un potenziamento delle attività di continuità assistenziale.

Progetto 13) Implementazione progetti di alta integrazione socio-sanitaria nei Comuni della Media Valle del Serchio nelle aree della disabilità, salute mentale, anziani non autosufficienti
Il progetto consiste nella implementazione di una serie di interventi di competenza sanitaria ad integrazione di quelli sociali, nelle aree suaccennate. Più specificatamente si tratta di potenziare le attività del Centro Diurno Disabili di Fornaci di Barga nelle componenti riguardanti l'assistenza riabilitativa alla persona e socio-riabilitativa secondo quanto indicato nell'Allegato 3 al P.S.R. 2005/2007. In modo analogo si prevede il potenziamento degli interventi riabilitativi e socioriabilitativi a livello domiciliare, secondo il piano individualizzato, per pazienti psichiatrici, disabili ed anziani non autosufficienti.

SEZIONE V LE POLITICHE DI SETTORE

5.1 PREVENZIONE COLLETTIVA
5.2 PROGETTI OBIETTIVO
5.2.1 La tutela della salute mentale
5.2.2 Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza
5.2.3 Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze
5.2.4 Handicap
5.2.5 Tutela della salute degli anziani
5.3 AZIONI PROGRAMMATE
5.4 IL PIANO SANGUE E PLASMA
5.5 IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA
5.6 LA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA
5.7 ASSISTENZA PROTESICA
5.8 INTEGRAZIONE DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI NEGLI INTERVENTI PER LA SALUTE
5.9 LA POLITICA DEL FARMACO

5.1 PREVENZIONE COLLETTIVA

Gli obiettivi prioritari principali perseguiti nel 2006 dal Dipartimento di Prevenzione sono riportati al punto 3.2.3.

Di seguito vengono descritte le attività svolte nel 2005 dal Dipartimento di Prevenzione con particolare riferimento a:
- prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
- igiene e sanità pubblica
- igiene degli alimenti e nutrizione
- sanità pubblica veterinaria
- medicina legale

5.1.1 Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro

Popolazione lavorativa

Circa il 18% degli addetti dell'industria lavora nel comparto carta, ed il 20% nel comparto metalmeccanico, che in buona parte costituisce un indotto del cartario. Pur essendoci un polo cartario di importanza europea, in Lucchesia sono presenti industrie manifatturiere molto varie.

Tabella 27 - Distribuzione degli addetti espressi in migliaia di unità. Dati Provincia di Lucca 1° trimestre 2005

	Agricoltura	**Industria**	**Terziario**	TOTALE
Piana di Lucca	2,3 (3,2%)	19,9 (28,3)	48,0 (68,3%)	**70,2** (100%)
Valle del Serchio	2,1 (9,7%)	8,7 (40,4%)	10,7 (49,7 %)	**21,5** (100%)

Complessivamente il tasso di disoccupazione risulta basso (2,2 nella Piana di Lucca, 4,9 nella Valle del Serchio nel 1° trimestre 2005).
Il Terziario, oltre che dalle comuni aziende di servizi, turistiche e commercio, vede una importante presenza di cooperative di facchinaggio e di aziende di trasporti.

Malattie professionali

Tabella 28 – Malattie professionali. Anni 2005-2006.

Malattia Professionale	*N° referti pervenuti nel 2005*	*N° referti pervenuti nel 2006*
Ipoacusia da rumore	76	91
Malattie osteoarticolari e tendinee	79	109
Broncopneumopatie e mal. vie aeree sup.	38	22
Neoplasie	7	8
Mal. Cutanee	4	4
S. di Reynaud	8	14
Intossicazioni professionali	-	1
Totale	**212**	**249**

Rapporti con altri Enti

L'introduzione di nuove forme di lavoro e la frammentazione delle Aziende, anche con intrecci societari complessi, rende più difficile applicare lo spirito preventivo del D.Lgs. 626 sia per la loro scarsa conciliabilità nella pratica con l'organizzazione del lavoro richiesta dalla 626, che per la maggior ricattabilità dei lavoratori.
Essendo da vari anni patrimonio delle istituzioni pubbliche della provincia di Lucca la consapevolezza dell'influenza dei fattori sociali sulla sicurezza del lavoro, nel 2005 è stato rinnovato il Protocollo d'Intesa con gli altri Enti e Forze Sociali interessate alla prevenzione nei luoghi di lavoro promosso dalla Prefettura. Tale protocollo generale ha dato origine nel corso del 2005 e 2006 ad altri importanti accordi:

- Protocollo sui contenuti minimi della formazione del carrellista (con forze sociali)
- Protocollo d'intesa per la trasparenza, l'informazione, la sorveglianza la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro negli appalti pubblici di edilizia dell'azienda USL 2 - Lucca (con Organizzazioni Sindacali)
- Protocollo d'intesa per attività di formazione alla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro erogate a lavoratori ed apprendisti da parte di agenzie formative accreditate dalla Regione (con Amministrazione Provinciale e Parti Sociali)

Si è inoltre sviluppato, come già negli anni precedenti, il rapporto consolidato con altri Enti attraverso il "Comitato Territoriale per la prevenzione nei luoghi di lavoro" ex art. 27 D.Lgs. 626/94, che si occupa di organizzare operativamente le collaborazioni fra Enti e di concordare linee guida comuni su particolari argomenti.
Fra le principali attività del Comitato nel 2005 e 2006 si segnalano:

- organizzazione di campagne di vigilanza congiunta in edilizia con Direz. Prov. del Lavoro, INAIL ed INPS
- elaborazione di *linee operative* per l'applicazione del D.Lgs. 233/2003 "Prescrizioni minime per il miglioramento della tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori esposti al rischio di atmosfere esplosive".

Attività di promozione della prevenzione e di facilitazione dell'accesso alle strutture

La promozione della prevenzione nei luoghi di lavoro è un'attività istituzionale delle ASL che viene svolta, oltre che con iniziative ad hoc, anche nel corso delle attività di vigilanza ed autorizzative, utilizzate quale occasioni per informare e sensibilizzare gli utenti sulle problematiche dell'igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Le occasioni "istituzionalizzate" di promozione sono state comunque le seguenti:

1. Informazioni ed assistenza regolarmente fornite a qualunque utente (Datori di Lavoro, lavoratori, consulenti, ecc.) che le richieda sia telefonicamente che di persona. A tale scopo è funzionante anche un N° Verde.
2. n. 1 operatore dedicato allo Sportello Unico di Prevenzione a Carraia, assistenza mediante front-office 1 g./sett. a Bagni di Lucca e ½ g./sett. a Castelnuovo Garfagnana *(attivo)*
3. Utilizzo sito WEB dipartimentale *(regolarmente utilizzato per divulgazione procedure di accesso e materiali di aggiornamento)*
4. Docenza a corsi di formazione per i soggetti aziendali della sicurezza organizzati da vari enti ed associazioni; in particolare:
    a. *docenze a corso Coordinatori D.Lgs. 494 su edilizia*
    b. *docenze a Corso per RSPP organizzato dal CPT-Lucca*

5. Educazione sanitaria nelle scuole in collaborazione con l'U.O.Educazione alla salute *(interventi in n. 3 scuole per anno)*
6. Dal 2006, è stato messo in atto un progetto finanziato dalla Regione Toscana, che prevede interventi di formazione alla sicurezza da realizzare direttamente in cantiere, in collaborazione con i CPT locali. L'ASL 2 è stata una delle poche nella regione che ha realizzato un congruo numero di interventi, grazie anche ai buoni rapporti di collaborazione con le forze sociali.

Seminari per RLS, RSPP e Professionisti anno 2006:

1. Seminario sul regolamento di attuazione dell.art. 82 comma 16 della L.R. 1/2005 (sicurezza cantieri edili) 15/2/2006 Auditorium Pia Casa
2. Seminario "Le cadute dall'alto" 15/6/2006 Fondazione Lazzareschi – Porcari
3. Corso "Alcol e Lavoro" in collaborazione con SERT 28 e 29/9/2006 ex Onmi

Incontri con parti sociali anno 2006:

1. Incontro su sicurezza nell'attività estrattiva 26/1/2006 - Sala della Comunità Montana Borgo a Mozzano
2. Incontro sui composti chimici potenzialmente tossici nell'industria della carta 1/12/2006 - Provincia di Lucca – Sala Maria Luisa
3. Incontro con Confcommercio "Problematiche di sicurezza del commercio di materiali edili" 24/5/2006 - Sala Confcommercio di Lucca
4. Incontro con Unione Provinciale agricoltori, Col diretti e CIA sulla sicurezza dei trattori 31/7/2006 - Sala Riunioni del Comune di Capannoni

N. 3 uscite del Notiziario per RLS "La voce della prevenzione" per anno.
Partecipazione al *progetto "Alcool e lavoro"* in collaborazione con il SERT.
Assistenza alle gestanti lavoratrici mediante il piano mirato "Promozione della salute della lavoratrice in periodo di gravidanza e puerperio" *(realizzazione di progetto di area vasta: organizzazione, distribuzione opuscoli e somministrazione questionari nei distretti e formazione personale dei distretti, interviste telefoniche alle gestanti, inserimento dati dei questionari)*

Attività di vigilanza ed autorizzativa

Complessivamente l'attività di vigilanza ed autorizzativa è stata la seguente:

Indicatori	**2004**	**2005**	**2006**
Interventi in azienda di iniziativa e su richiesta	755	796	763
Sopralluoghi (con esclusione delle verifiche impiantistiche)	1553	1482	1489
Verifiche impiantistiche	4978	4562	4212
Notizie di Reato	430	489	539
Sequestri/Dissequestri	11	13	8
Indagini ambientali	17	14	18
Notifiche Direttiva Macchine	3	1	4
Inchieste infortuni	154	222	227
Pareri su nuovi insediamenti produttivi ed altri (richiesti da vari Enti)	nc	1111	873

Attività sanitaria

Indicatori	2004	2005	2006
Idoneità sanitarie *apprendisti e minori*	1459	1050	740
Altre visite mediche	227	381	246
Astensioni anticipate dal lavoro *per gravidanza*	448	443	391

Le idoneità sanitarie ad apprendisti e minori sono destinate a calare in quanto nel 2006 una delibera della Regione Toscana ha abolito le visite preassuntive agli apprendisti maggiorenni, mantenendo solo quelle ai minorenni.
Questo provvedimento prevede peraltro che le energie così liberate siano dedicate ad altre iniziative di prevenzione maggiormente efficaci destinate ai giovani.
I Medici sono stati inoltre impegnati in numerose commissioni medico-legali, nelle quali hanno effettuato complessivamente circa 3500 visite collegiali per anno.

Tutela delle lavoratrici madri
Va notato inoltre che, anche in seguito alla campagna informativa effettuata, le richieste di astensione anticipata dal lavoro per gravidanza, oltre ad essere tuttora numerose, sono risultate più qualificate rispetto agli anni precedenti il 2004: sono diminuite quelle per patologia della gravidanza e sono aumentate quelle per i rischi legati al posto di lavoro.

Prevenzione della tossicodipendenza nei luoghi di lavoro
In collaborazione con il SERT e con la Cooperativa Marcella è stato attuato un progetto per la prevenzione della tossicodipendenza nei luoghi di lavoro.

Vibrazioni trasmesse a tutto il corpo
Nell'ambito del progetto multicentrico "Vibrisk", ed in collaborazione con i Medici competenti, sono stati somministrati questionari sulla patologia del rachide in lavoratori esposti a vibrazioni total body a escavatoristi nelle cave e carrellisti nelle cartiere.

Ex esposti a cancerogeni
Nel 2004 è iniziato il 4° follow-up degli ex-esposti ad amianto, proseguito nel 2005 ed è stato impostato ed avviato un follow-up per lavoratori ex-esposti a cancerogeni per la vescica.

Apprendisti
Nella Valle del Serchio sono state controllate 16 aziende che hanno assunto apprendisti in settori con particolari rischi per la salute (polveri di legno, solventi).

Ricerca attiva delle malattie professionali
Questa ASL partecipa al progetto di ricerca attiva delle malattie professionali coordinato dalla Regione Toscana.

Attività programmata per piani mirati

Nel 2005 e 2006, come già negli anni precedenti, si è cercato di dare impulso *all'attività programmata per piani mirati di intervento*, in quanto è quella che meglio permette di svolgere un'azione preventiva e che maggiormente coinvolge le diverse componenti aziendali nella ricerca di soluzioni ai problemi di sicurezza.

L'intento di tale attività, concordata con le forze sociali e gli altri Enti, è stato quello di rimuovere le situazioni di rischio professionale, ma anche di responsabilizzare i soggetti aziendali della sicurezza e, nel caso dell'edilizia, i Coordinatori per la sicurezza.

Gli interventi sono consistiti in ispezioni nelle Aziende, colloqui con le varie componenti aziendali, emissione di verbali di prescrizioni e successive rivisite alla scadenza dei tempi concessi per l'ottemperanza.
Alcuni piani mirati di comparto hanno interessato la globalità dei rischi presenti nelle Aziende, mentre altri hanno approfondito alcuni aspetti a maggior rischio; In tutti i casi si è analizzata anche l'organizzazione del lavoro e le interrelazioni fra diversi fattori di rischio.

In tutti i sopralluoghi sono stati presi contatti con le figure istituzionali previste dal D.Lgs. 626, dando particolare risalto alla figura dell'RLS sia per quanto riguarda la rilevazione dei rischi che per quanto riguarda le bonifiche da mettere in atto.

Piani Mirati	**N. interventi in aziende 2005**	**N. interventi in aziende 2006**
Cartiere	26	47
Cartotecniche	8	12
Chimica	19	13
Tintolavanderie	12	-
Edilizia	113 cantieri	170 cantieri
Riv. prod. fitosanitari	18	-
Estrattivo	41	57
Movimentazione	40	30
Rischio caduta dall'alto in manutenzione	-	16
Strutture sanitarie	3 strutture private + accreditamento strutture pubbliche altra Area Vasta	15 strutture private + accreditamento strutture pubbliche altra Area Vasta
Totale Piani Mirati	**280**	**344**

Nel 2006 si è scelto di destinare le energie soprattutto ai settori più a rischio, In particolare all'edilizia.
E' inoltre stata iniziata una nuova attività di vigilanza sulle attività di manutenzione con particolare attenzione per i rischi di caduta dall'alto ad esempio dai tetti in eternit.

I risultati di alcuni piani mirati meritano alcune considerazioni riportate di seguito.

Edilizia

L'attività di *vigilanza* in edilizia è riportata nel seguente prospetto:

Indicatori	**2004**	**2005**	**2006**
N° cantieri	159	113	170
N° imprese	228	246	301
N° violazioni su rischio caduta dall'alto	63	75	110
N° violazioni dei committenti	18	7	9
N° violazioni dei coordinatori	13	24	26
N° tot. Violazioni	103	210	233
N° sequestri	2	4	3

Una parte delle suddette ispezioni è stata effettuata nell'ambito della Task-force promossa dalla Prefettura di Lucca, ed in particolare, nel 2006:

- n. 12 cantieri
- n. 22 aziende
- n. 40 violazioni alle norme di sicurezza contestate.

La vigilanza nei cantieri si è concentrata in particolare sui rischi di caduta dall'alto e cadute entro scavi stradali.

Nel 2006 è iniziata, ed è tuttora in corso, una campagna di *misurazioni ambientali di polveri e silice,* che ha riguardato 4 aziende edili, su un fattore di rischio finora probabilmente sottovalutato in edilizia.

Dal 2006, è stato messo in atto un progetto finanziato dalla Regione Toscana, che prevede interventi di *formazione alla sicurezza* da realizzare direttamente in cantiere, in collaborazione con i CPT locali.

Interventi di formazione in cantieri edili	**2006**
N° Cantieri	30
N° lavoratori formati	288

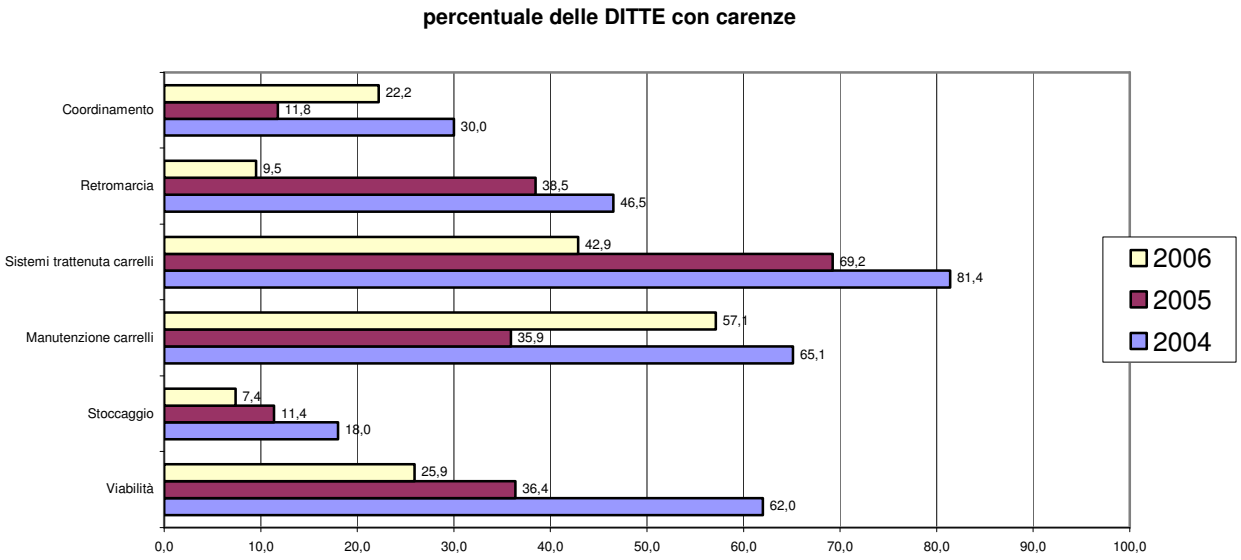
I dati dell'attività nel corso degli anni riflettono la forte tendenza alla frammentazione delle aziende in edilizia. Infatti il numero di aziende ispezionate nel singolo cantiere è in costante aumento.
Tale frammentazione oltre a rendere più difficile l'attività di vigilanza, introduce nei cantieri lavoratori meno garantiti, con il conseguente abbassamento degli standard di sicurezza.
A questo contribuisce anche il ricorso a lavoratori stranieri clandestini; non a caso due degli infortuni mortali del 2006 sono avvenuti in edilizia ed hanno riguardato entrambi lavoratori clandestini.

Movimentazione meccanica

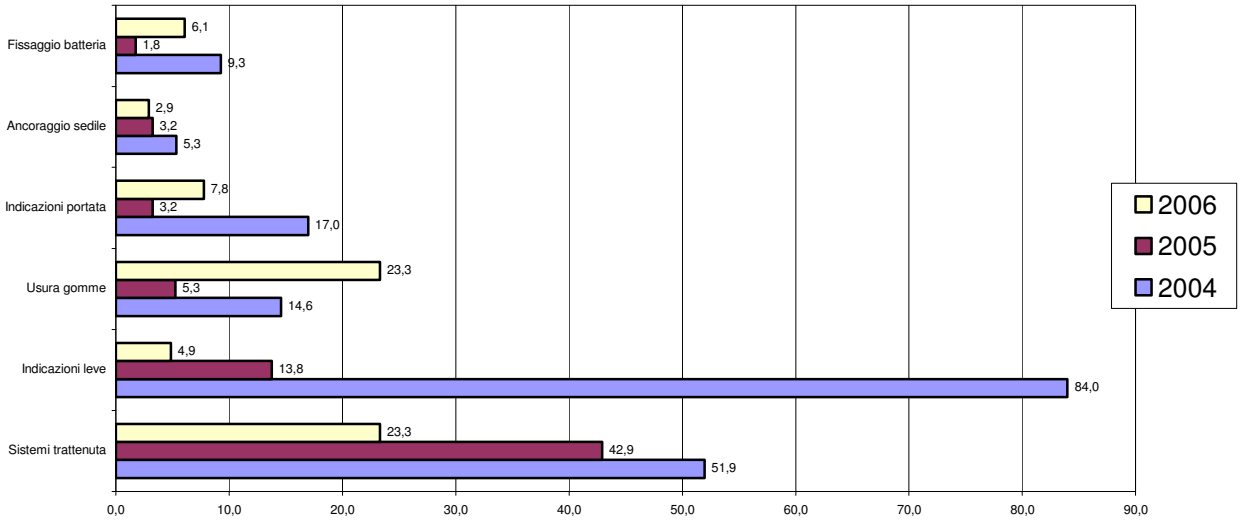
Nel 2002, data la rilevanza del problema nel nostro territorio, è stato elaborato, in collaborazione con gli altri Enti del Comitato territoriale, un Piano di Sicurezza sulla Movimentazione che è stato finanziato dalla Regione Toscana. L'attuazione di tale piano è iniziata nel 2002, con incontri con le parti sociali e con alcune attività di vigilanza sulla movimentazione.
Sulla base dei primi sopralluoghi conoscitivi e di incontri anche con rivenditori di carrelli elevatori, nel 2003 è stato elaborato un protocollo di sicurezza e di intervento sulla movimentazione meccanica. I successivi interventi sono stati effettuati secondo il protocollo elaborato, modificato nel 2004 per consentire la scelta fra un maggior numero di dispositivi (comunque certificati e valutati) di trattenuta al posto di guida dei carrelli elevatori.
Il protocollo di intervento adottato da questa ASL è stato diffuso alle forze sociali con varie iniziative di sensibilizzazione, ed ha portato le Aziende a mettere in atto soluzioni innovative rispetto alla prassi nel resto d'Italia, in particolare rispetto ai sistemi di trattenuta del conducente sul carrello elevatore aggiuntivi alla cintura di sicurezza. Molti di questi sistemi sono stati progettati nel 2003-2004 da alcune ditte produttrici in seguito alle sollecitazioni provenienti dalla nostra attività, e sono tuttora in fase di sperimentazione per ottenere la massima ricaduta antinfortunistica.

Le attività messe in atto hanno elevato complessivamente il livello di sicurezza in quanto nel corso degli anni, come desumibile dai grafici sotto riportati, i controlli evidenziano una diminuzione delle infrazioni sulla maggior parte dei fattori di rischio della movimentazione.

Il seguente grafico confronta la percentuale di *aziende* con carenze sui diversi fattori di rischio della movimentazione, riportando in colori diversi le percentuali del 2004 (su 50 aziende), del 2005 (su 44 aziende) del 2006 (su 27 aziende).



Il seguente grafico confronta la percentuale di *carrelli* con carenze sui diversi aspetti nell'anno 2004 (su 206 carrelli controllati), nel 2005 (su 247 carrelli controllati) nel 2006 (su 103 carrelli controllati)



Considerazioni e criticità

Il settore industriale lucchese negli ultimi anni ha attuato molti interventi, specie nel *comparto cartario*. In questo comparto l'impiego convergente dell'attività di assistenza con i vari protocolli di sicurezza concordati con le parti sociali e dell'attività di vigilanza hanno dato un buon contributo al miglioramento della sicurezza delle macchine e della movimentazione.
Si è così assistito alla scomparsa, negli ultimi anni, di infortuni mortali, solo 5-6 anni fa molto comuni, provocati da mancanza di sicurezza delle macchine per la carta, e da ribaltamenti dei carrelli elevatori.

Tuttavia viene segnalato da numerosi Rappresentanti dei Lavoratori un preoccupante aumento dei ritmi di lavoro che, insieme ad una generale tendenza all'adempimento formale degli obblighi di legge, rischia di riportare il rischio infortunistico a livelli elevati.
In questo settore resta critica talvolta la situazione dell'igiene del lavoro sia per la difficoltà di adattamento di alcune macchine ed impianti che non sono stati progettati per un'adeguata protezione da polveri e rumore, sia per lo sviluppo tumultuoso che ha avuto il settore, con il conseguente affollamento di impianti negli spazi preesistenti nonché con i conseguenti aumenti dei ritmi di lavoro.

Il piano mirato sulla sicurezza della *movimentazione meccanica* ha evidenziato alcune criticità in questa attività trasversale a tutti i settori produttivi, proponendo peraltro alcune soluzioni che sono oggetto di una proposta di legge regionale, ma di cui sarebbe utile una ulteriore diffusione:

- Come sopra riportato, l'installazione di chiusure laterali sui carrelli elevatori (sportelli o body-guard) ha permesso di evitare alcuni infortuni gravi o mortali per schiacciamento del conducente sotto le strutture del carrello. Tale soluzione è stata adottata dalle aziende in seguito ad una specifica campagna di vigilanza di questa ASL, che non si è accontentata dell'installazione di cinture di sicurezza, giudicate troppo facilmente eludibili e poco accette ai lavoratori.
- È stato firmato un protocollo d'intesa con le parti sociali sui contenuti minimi della formazione del carrellista. A livello regionale è stato proposta l'adozione di un patentino per carrellisti, analogo a quello adottato in Provincia di Bolzano.
- E' stato proposto di sottoporre a verifica periodica i carrelli elevatori, in quanto molto frequentemente gli stessi sono pericolosi per carenze di manutenzione (ad es. usura gomme)
- Una criticità, infine, è rappresentata dai rischi legati alla mancanza di visibilità anteriore dei carrelli elevatori che trasportano carichi ingombranti. In questi casi buona parte dei libretti di istruzione del carrello indicano come corretta la progressione in retromarcia; questo non garantisce una buona visibilità ed obbliga ad una postura scorretta, creando rischi notevoli nel caso che siano necessari spostamenti di varie centinaia di metri per buona parte del turno lavorativo.

Resta critica, anche se in assenza di infortuni mortali nel 2006, la situazione della sicurezza nel *settore edile*, nel quale, dato l'elevato turnover di aziende ed il forte sviluppo negli ultimi anni, è difficile stabilizzare risultati di prevenzione. L'elevato ricorso in questo settore (sensibilizzazione e vigilanza sui professionisti) si potrà valutare nei prossimi anni.

Un'altra problematica che richiede particolare attenzione è il mutamento del mercato del lavoro, con conseguente aumento del *lavoro temporaneo specie per i giovani*. Questo quadro richiede la messa in atto di specifiche azioni volte a limitarne gli effetti negativi sull'igiene e sicurezza del lavoro. Dal 2007 è stato previsto uno specifico piano in proposito, grazie alle risorse liberate con l'abolizione, da parte della Regione Toscana, delle visite preassuntive agli apprendisti maggiorenni.

5.1.2 Igiene e sanità pubblica

Vaccinazioni adulti e soggetti a rischio

Le attività ambulatoriali sono svolte:

- nella Zona Piana di Lucca presso la sede di Carraia;

- nella Zona Valle del Serchio presso le sedi di Bagni di Lucca, Castelnuovo Garfagnana e P.O. di Barga;
- La Medicina dei Viaggiatori c/o il P.O. C. di Marte e nella sede di Bagni di Lucca e Castelnuovo Garfagnana.

I dati presentati in ***Tabella 29*** sono stati elaborati dal Personale Infermieristico e Assistenti Sanitarie che hanno operato direttamente e/o in collaborazione con i Medici e altri Operatori Sanitari per il raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento di Prevenzione.

Tabella 29 - Dati sulle vaccinazioni effettuate su adulti e soggetti a rischio, durante il 2006 nella ASL2 Lucca

Vaccinazioni	**Lucca**	**Valle del Serchio**	**Totale**
Anti-epatite A	368	110	**478**
Anti-epatite B	341	293	**634**
Anti-epatite A+B	381	79	**460**
Anti-febbre gialla	233	38	**271**
Anti-tifica parenterale	293	88	**381**
Anti-tifica orale	74	2	**76**
Anti-influenzale*	171	93	**264**
Anti-pneumococcica*	143	66	**209**
Anti-polio Salk	2	-	**2**
Anti-rabbia	2	-	**2**
Anti-haemophilus influ.	3	-	**3**
Anti-tetanica	5	42	**47**
Anti-difto-tetano	583	107	**690**
Anti-difto-tetano-pertos	75	8	**83**
Anti-meningococcica C	-	6	**6**
Anti-meningococcica A, C, W e Y	58	-	**58**
Anti-colerica	77	4	**81**
Anti-varicella	-	3	**3**
Anti-rosolia	-	1	**1**
Anti-difto-tetano-polio	2	1	**3**
Anti-MPR	34	3	**37**
Totale	**2845**	**944**	**3789**

* Vaccinazioni eseguite nelle sedi di: Carraia, C.S.S. di S. Vito e Ambulatorio Medicina Viaggiatori P.O. Lucca.
** Vaccinazioni eseguite a Carraia

Ambulatorio medicina del viaggiatore

L'ambulatorio viene eseguito previo appuntamento il mercoledì mattina e il giovedì pomeriggio c/o il P.O. Campo di Marte, con personale medico ed a rotazione il personale paramedico, Assistenti Sanitari ed Infermieri della Piana di Lucca e della Valle del Serchio.

Vengono fornite tutte le informazioni necessarie per viaggiare in sicurezza, e somministrate tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate; inoltre viene promossa la profilassi antimalarica tramite la distribuzione diretta dei farmaci.

Per la prevenzione dei rischi per il lavoratore che viaggia è stata anche realizzata una specifica comunicazione via lettera, spedita a tutti i Medici Competenti della Provincia di

Lucca.
Nel 2006 ci sono stati 637 viaggiatori che si sono rivolti all'Ambulatorio.

Tabella 30 - Attività dell'Ambulatorio per la Medicina del Viaggiatore ASL2 Lucca. 2006

Attività	Lucca	Valle del Serchio	Totale
Counseling	637	140	**777**
Vaccinazioni consigliate eseguite	1227	241	**1.468**
Vaccinazioni Anti-febbre gialla	233	38	**271**
Lariam (compresse)			**2240**
Malarone (Compresse) *			**1560**
Clorochina			**390**
Antibiotici			**540**

** in persone con controindicazione alla assunzione di meflochina.*

Acque potabili

Piana di Lucca

Nel corso del 2006 si è continuato a svolgere l'attività di monitoraggio della qualità dell'acqua di pubblici acquedotti tramite campionamenti alla distribuzione nel rispetto delle indicazioni contenute nel Dec.leg.31/01 in vigore dal 25/12/03 e controlli analitici mirati su alcune fonti di approvvigionamento, come di seguito riportato:

1. controllo dei parametri Tricloroetilene e Tetracloroetilene presso i pozzi di S. Filippo 1 e 2 (acquedotto Civico di Lucca) la cui acqua dal 2004 viene immessa in rete dopo essere stata sottoposta a trattamento con filtri a carboni attivi per rimuovere i prodotti organoalogenati sopra indicati; infatti gli attingimenti sono localizzati in un'area soggetta ad Ordinanza nell'ambito dell'inquinamento da organoalogenati rilevato dal 1992 nella frazione di Arancio;
2. controllo dei parametri Tricloroetilene e Tetracloroetilene presso il pozzo INCIS (acquedotto Civica di Lucca) dotato di filtri a carboni attivi per abbattere i composti sopra indicati. L'attingimento è localizzato in un'area soggetta a monitoraggio nell'ambito dell'inquinamento da Organoalogenati emerso nel 1997 nella frazione di Lucca S. Donato. Nell'ambito di tale monitoraggio sono proseguiti i controlli sui pozzi spia dell'acquedotto di Gattaiola, localizzato lungo la direzione di falda dell'inquinamento sopra riportato. Comunque per quanto riguarda l'acqua erogata dall'acquedotto di Gattaiola, la presenza di tali sostanze si è mantenuta al di sotto dei limiti previsti dal Dec leg.31/01.
3. è proseguito, nel rispetto delle disponibilità offerte dal dipartimento ARPAT, il monitoraggio del parametro *antiparassitari* nell'acqua di pozzi di pubblici acquedotti per i quali si è evidenziato un possibile rischio legato al rilevamento di coltivazioni agricole a ridosso dei pozzi. Si è continuato a rilevare la presenza, anche se in modesta quantità, di *atrazina e desetil-atrazina* presso alcuni attingimenti dell'acquedotto di Paganico, Felicione, Capannoni Nuovo Centro e IACP (Acquedotti del Comune di Capannori).

Inoltre i dati del monitoraggio ambientale operato da GEAL spa (Gestore dei pubblici acquedotti del Comune di Lucca) su pozzi acquedottistici pubblici, nell'ambito del Progetto Life-ambiente finanziato dall'Unione Europea ed i dati dei controlli alla distribuzione del parametro Antiparassitari confermano la presenza, anche se in modeste quantità, del

prodotto *terbutilazina* e/o suoi derivati a livello dell'acqua di approvvigionamento proveniente da Salicchi (Acquedotto Civico Lucca) e da S. Alessio (Acquedotto di S. Alessio).

Per quanto riguarda i Pozzi di S.Pietro a Vico che alimentano alcune utenze della frazione di S. Pietro a Vico nel Comune di Lucca e dal marzo 2007 le utenze della frazione di Marlia nel Comune di Capannori, la immissione dell'acqua in rete, al fine di limitare il fenomeno della subsidenza nel Comune di Capannori, è stata subordinata all'installazione di idonei filtri a carboni attivi, dal momento che nel monitoraggio effettuato negli anni passati in alcune occasioni sono state rilevate concentrazioni di antiparassitari *(terbutilazina)* superiori ai limiti previsti dalla normativa vigente.
Dal monitoraggio effettuato sui pozzi dall'Ente Gestore GEAL spa, si è continuato a rilevare, in alcune occasioni nel corso del 2006, la presenza di tali prodotti in modeste concentrazioni.
Pertanto, anche se per quanto riguarda il rilevamento di *atrazina* si ritiene che si tratti di un inquinamento passato, in quanto il prodotto è stato sospeso prima come vendita ed impiego e successivamente come registrazione dal 1990, la presenza di sostanze *antiparassitarie* è una realtà che interessa vari approvvigionamenti localizzata nella Piana e non solo quelli posti nell'alveo del Fiume Serchio; poiché il comune fattore di rischio rilevato è la presenza di coltivazioni agricole intorno agli approvvigionamenti si avanza l'ipotesi che i terreni garantiscano una scarsa protezione all'acquifero sottostante.
Per questo motivo si ritiene che la strada da percorrere per la protezione degli acquiferi sia quella di attivare, da parte degli Enti coinvolti (Ente Gestore, ATO, Comune), le procedure per la delimitazione delle aree di salvaguardia secondo le indicazioni previste dal D. Lgs 152/99 e dalla linee Guida contenute nell'Accordo del 12/12/02 approvato dalla Conferenza Stato Regioni.

***Tabella 31* -** Campioni di acqua potabile di "routine" e di "verifica" prelevati ai sensi del dec.leg.31/01 nell'acqua in distribuzione da acquedotti pubblici. Zona Piana di Lucca. 2006.

Tipo di Campioni	Numero	Positivi (superamento valori di parametro Dec.leg.31/01
Chimici	"Routine" 241 "Verifica" 75	N.ro1 prelievo non conforme per Manganese; n.5 prelievo non conforme per Cloro residuo maggiore del valore consigliato;
Microbiol.	"Routine" 241 "Verifica" 75	N.ro 4 campioni non conformi per parametri microbiologici .
TOTALI verifica e routine chimici e microbiol.	632	10 (6 chimici e 4 microbiologici)

Valle del Serchio

In Valle del Serchio l'estrema dispersione degli acquedotti richiede un notevole sforzo da parte del servizio per rispettare i campionamenti minimi previsti dalla normativa.

Nel 2006 i campionamenti effettuati sono stati 965 così suddivisi:

Tabella 32 - Campioni di acqua potabile di "routine" e di "verifica"prelevati ai sensi del dec.leg.31/01 nell'acqua in distribuzione da acquedotti pubblici. Zona Valle del Serchio. 2006.

Esami di routine		Esami di verifica	
Chimici	microbiologici	chimici	microbiologici
416	424	62	63

I risultati di tali esami confermano la buona qualità dell' acqua che non presenta problemi di inquinamento chimico né da fitofarmaci o da contaminanti ambientali. Rari fenomeni di alterazione dei parametri chimici si sono verificati per la presenza intorbidamento dovuto principalmente a presenza di ferro.

Resta invece il problema dei microinquinamenti microbiologici legati alla superficialità delle sorgenti per limitare i quali viene fatto largo uso della pratica della clorazione, non ben accetta dalla popolazione anche in considerazione delle oscillazioni della stessa con, a volte, spiacevoli alterazioni organolettiche dell' acqua.

Valutazione complessiva ASL2

L'andamento dei campioni positivi chimici e microbiologici, riscontrati negli ultimi anni è in netta diminuzione e questo testimonia l'idoneità delle caratteristiche delle acque destinate all'uso umano e l'attenzione prestata a questo tipo di attività

Autorizzazione e vigilanza strutture sanitarie e ambulatori privati individuati dalla Legge Regionale N. 8 /99 e seguenti

Presso il Dipartimento della Prevenzione dell' ASL 2 opera un gruppo di lavoro, costituito a seguito della Legge Regionale n.8/99, con lo scopo di fornire i pareri di competenza ai Sindaci, nel caso di richieste di autorizzazione all'apertura di nuove strutture sanitarie e di effettuare vigilanza su quelle esistenti.

5.1.3 UCAP (Ufficio Coordinamento Attività Produttive)

I *SUAP* comunali si avvalgono del Dipartimento della Prevenzione per acquisire pareri, nulla osta, atti di consenso, e verifiche in materia igienico-sanitaria e di sicurezza al fine del riscontro dei presupposti di legge per il legittimo esercizio dell'attività e per l'adozione del provvedimento autorizzativi finale.

L'*UCAP* è la struttura funzionale del Dipartimento a cui compete la verifica o l'espressione dei pareri igienico sanitari e di sicurezza sulle nuove attività produttive di beni o servizi o per variazioni di attività già esistenti.
L'*UCAP* svolge i propri compiti garantendo l'interdisciplinarietà professionale a livello del Dipartimento di Prevenzione e attraverso 4 settori di riferimento specifici, quali:

- Settore 1 - Alimenti
- Settore 2 - Artigianato e Industria
- Settore 3 - Servizi e Terziario
- Settore 4 - Veterinaria

L'*UCAP* svolge funzioni informative ed operative a supporto degli Enti Comunali ed è coinvolto nei procedimenti di sportello unico in qualità di "*ente terzo*", attivato solo ed esclusivamente dai SUAP.

In seguito alla normativa di semplificazione e decentramento amministrativo e nel rispetto del Protocollo provinciale di Lucca siglato nel maggio 1999 l'UCAP garantisce:

- trasparenza nell'iter procedurale
- tempi di risposta certi
- interlocutore unico nei confronti del SUAP

Competenze UCAP in edilizia

L'espressione di pareri in edilizia si rende necessaria per:

- strumenti urbanistici, nuovi regolamenti edilizi e programmi integrati di intervento, piani attuativi per zone produttive e relative opere di urbanizzazione primaria e secondaria;
- pareri preventivi (ex art.11 comma 5 L.R. 52/99) su trasformazioni urbanistiche ed edilizie riferite agli insediamenti produttivi (diversi dal residenziale) che il professionista non può certificare perché la progettazione richiede una deroga ai parametri stabiliti dalla normativa di riferimento
- pareri (di cui all'art.7-comma 6.4 ter L.R. n. 43 del del 5 agosto 2003) su progetti di interventi edilizi che riguardano immobili con destinazione scolastica, sanitaria, socio assistenziale, commerciale, sportiva e ricreativa, stabilimenti balneari e termali, cimiteri.

Competenze UCAP in fase di inizio attività produttiva

Per l'esercizio di una attività produttiva o per variazione della stessa, l'imprenditore ha come punto di riferimento, per attivare i procedimenti e gli adempimenti necessari, lo SUAP comunale.
A tale struttura l'utente dovrà inoltrare anche la documentazione pertinente l'ASL ritenuta indispensabile per esercitare le valutazioni igienico-sanitarie e di sicurezza.

Tabella 33 - Attività complessiva anno 2006 per ASL2, Piana di Lucca e Valle del Serchio.

TOTALE ATTIVITA' UCAP ASL2				
	Totale Pratiche arrivate nel 2006 dai SUAP COMUNALI	Pratiche assegnate alle UU.FF per l'espressione del parere	Pratiche Visionate e aggiornate negli archivi (senza espressione di parere)	TOTALI PARERI ESPRESSI (nell'anno solare)
TOTALI	878	553	325	**897**
ATTIVITA' UCAP ZONA PIANA DI LUCCA				
	Totale Pratiche arrivate nel 2005 dai SUAP	Pratiche assegnate alle UU.FF per l'espressione del parere	Pratiche Visionate e aggiornate negli archivi (senza espressione di parere)	TOTALI PARERI ESPRESSI (nell'anno solare)
TOTALI	589	370	219	**604**
ATTIVITA' UCAP ZONA VALLE DEL SERCHIO				
	Totale Pratiche arrivate nel 2005 dai SUAP	Pratiche assegnate alle UU.FF per l'espressione del parere	Pratiche Visionate e aggiornate negli archivi (senza espressione di parere)	TOTALI PARERI ESPRESSI (nell'anno solare)
TOTALI	289	183	106	**293**

Sia le attestazioni dei requisiti che le richieste di pareri devono essere presentate su una modulistica, reperibile presso i SUAP, o scaricabili dal sito www.us.2.toscana.it/sup/.
Su tale sito (sezione UCAP) si trovano inoltre numerose indicazioni su diverse attività.
L'*UCAP* riunisce quindi in unico procedimento i vari aspetti e atti autorizzatori di competenza della ASL.

Tabella 34 - Attivita' suddivisa per procedimenti esaminati nell'anno 2006. (una pratica può avere anche più sub-procedimenti e quindi pareri).

Tipo Di Prestazione	Totale
UCAP: N.O.I.A. (procedimenti semplificati, autocertificazioni, ecc)	**331**
UCAP: PARERI EX ART.7 DPR 203/88	**27**
UCAP: PARERI AUTORIZZAZIONI SANITARIE	**106**
UCAP: CONCESSIONI EDILIZIE	**91**
UCAP: PARERI NELL'INTERESSE DI TERZI	**8**
UCAP: ARTICOLO 48	**14**
UCAP: BASSA SIGNIFICATIVITA'	**114**
UCAP: CAMBIO DI RAGIONE SOCIALE	**9**
UCAP: SUBENTRO SENZA MODIFICHE	**102**
UCAP: DIA (dichiarazione inizio attività)	**248**
UCAP: L.R. 8/99	**13**
UCAP: CESSAZIONE ATTIVITA'	**7**
Totali	**1070**

5.1.4 Igiene degli Alimenti e Nutrizione

Lo stato di salute di una popolazione è fortemente influenzato dal livello e dalla qualità della nutrizione. La proporzione dei tipi di alimenti e la qualità dei cibi che mangiamo sono alla base di uno sviluppo umano completo, sia fisico che mentale; un'alimentazione squilibrata o scorretta può generare condizioni di disordine o vere e proprie patologie.

D'altra parte, cibi di cattiva qualità, contaminati o non conservati correttamente, possono costituire fattori di rischio consistenti e essere causa di malattie anche gravi.

Possiamo dividere quindi l'insieme degli argomenti relativi all'alimentazione in due grandi aree tematiche, certamente interconnesse, ma caratterizzate al tempo stesso da specifiche definizioni e caratteristiche:

- Igiene degli alimenti
- igiene della nutrizione

La U.O. Igiene Alimenti e Nutrizione svolge attività e prestazioni relative a:

- sicurezza alimentare (verifica preliminare alla realizzazione e/o attivazione e/o modifica di imprese e controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle imprese di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande)
- sorveglianza ed indagini epidemiologiche per gli specifici aspetti di competenza sui casi ed epidemie presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni alimentari;
- sorveglianza sulla commercializzazione e sull'utilizzo dei prodotti fitosanitari;

- prevenzione delle intossicazioni da funghi. Attività di consulenza e controllo proprie dell'Ispettorato Micologico;
- ristorazione collettiva (promozione della qualità igienica e nutrizionale);
- formazione e educazione sanitaria abbinata all'igiene degli alimenti e delle preparazioni alimentari e del personale addetto;
- promozione di corretti stili di vita ed educazione ad una sana alimentazione;
- sorveglianza nutrizionale (per stabilire la correlazione tra malattie ed abitudini alimentari al fine di proporre azioni preventive)
- counseling nutrizionale

Alimenti

Settore Autorizzativo

L'attività autorizzativa si esplica sia nei confronti delle pratiche che pervengono all'Ufficio Coordinamento Attività Produttive (UCAP) da parte degli Sportelli Unici dei Comuni dell'ASL, sia per le pratiche che afferiscono direttamente alla U.O. (es. sagre, manifestazioni temporanee, mezzi di trasporto).

Tabella 35 - Attività autorizzativa. Anni 2003-2006

Piana di Lucca	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
Pareri per Autorizzazioni Sanitarie ex L. 283/62	359	351	274	183
Pareri per autorizzazioni mezzi di trasporto alimenti e	54	67	47	41
Valle del Serchio	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*
Pareri per Autorizzazioni Sanitarie ex L. 283/62	158	70	33	62
Pareri per autorizzazioni mezzi di trasporto alimenti e	5	5	4	2
ASL2 Lucca	*2003*	*2004*	*2005*	*2002*
Pareri per Autorizzazioni Sanitarie ex L. 283/62	517	421	307	194
Pareri per autorizzazioni mezzi di trasporto alimenti e	59	72	51	43

Settore Vigilanza

Dal 1° gennaio 2006 sono entrate in vigore le disposizioni comunitarie in materia di igiene delle produzioni e commercializzazione degli alimenti costituenti il cosiddetto *"pacchetto igiene"* (Regolamenti CE 852, 853, 854, 882/2004, e Direttiva 2002/99); tali norme approfondiscono e precisano le tematiche della sicurezza alimentare e le modalità di applicazione del sistema HACCP e definiscono nuove regole anche per quanto relativo alle azioni di controllo svolte dalle autorità competenti.
Il fine è creare un sistema, applicabile in modo omogeneo in tutta Europa, capace di individuare gli obiettivi, le azioni necessarie per il loro raggiungimento e chi deve agire nei diversi livelli per identificare, caratterizzare e verificare tutti i fattori di abbattimento del rischio sanitario attuabili a partire dalla produzione fino al consumo dell'alimento**.**
Questi regolamenti vanno ad aggiungersi al Reg (CE) 178/2002, che istituisce l'Autorità Europea per la Sicurezza alimentare (E.F.S.A.) e identifica nell`analisi del rischio (valutazione-gestione-comunicazione), nell`adozione dei principi dell`analisi HACCP, nella responsabilizzazione primaria degli operatori e nel concetto di rintracciabilità, i cardini del nuovo sistema teso a garantire sicurezza ai consumatori in campo alimentare.

I regolamenti comunitari pongono l'accento su alcuni fattori essenziali, da considerare nella legislazione alimentare:

- l'importanza che gli alimenti in libera circolazione siano sicuri e sani;
- l'eliminazione o riduzione delle differenze legislative fra gli Stati Membri, anche per quanto riguarda i mangimi destinati agli animali;
- la necessità di considerare "alimento" anche l'acqua destinata al consumo;
- l'esigenza di aumentare la fiducia dei consumatori nei confronti della legislazione alimentare;
- la necessità di garantire la sicurezza alimentare lungo tutti gli aspetti della catena produttiva
- l'esigenza che le misure adottate dagli Stati Membri partano da un'analisi del rischio;
- la necessità che sia garantita a qualsiasi livello (alimenti, mangimi, allevamenti, ecc.) la "rintracciabilità";
- l'esigenza di lasciare discrezionalità alle Autorità competenti sull'uso dei piani di campionamento (frequenze)
- il rafforzamento del sistema di assistenza scientifica e tecnica relativa alla sicurezza alimentare, attraverso l'istituzione dell'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare;
- la necessità di istituire un sistema efficace per la raccolta e l'analisi, a livello comunitario, dei dati relativi alla catena di approvvigionamento alimentare;
- l'esigenza di potenziare il "sistema di allarme rapido" da estendere anche ai mangimi (sistema già peraltro previsto dalla direttiva 92/59/CEE
- l'esigenza del potenziamento della ricerca scientifica e dell'omogeneizzazione delle metodiche di laboratorio

Si modifica il modo di intendere la fase ispettiva e si passa da una tipologia di vigilanza improntata sul controllo di struttura, a quella legata al controllo di processo e quindi basata sull'individuazione preventiva di un "Profilo di Rischio" igienico-sanitario. Questo vuol dire seguire una linea di vigilanza sempre più mirata alle esigenze del territorio e interpretare le ispezioni in modo da indirizzarle verso gli elementi individuati nei profili di rischio.

Osservatorio Micologico

L' aspetto relativo al controllo dei funghi commercializzati e destinati al consumo umano è stato affrontato attraverso l'istituzione degli *Ispettorati Micologici* (ART. 9 Legge 352/93 e ART. 1 D.P.R. 376/95), affidati a micologi in possesso di attestato abilitante conseguito ai sensi del D.M. 686/97…".
Attraverso l'istituzione della figura del Micologo, il legislatore ha inteso definire le caratteristiche dei soggetti che, nell'ambito della pubblica amministrazione, devono assumersi la responsabilità di giudicare la commestibilità dei funghi destinati al consumo diretto o alla commercializzazione. Tali figure, nell'espletamento delle loro funzioni, oltre al requisito specifico (attestato di Micologo ai sensi del D.M. 689/96), ricoprono la carica di Pubblico Ufficiale onde poter operare attività ispettiva e di certificazione.

Gli Ispettorati Micologici delle Aziende Sanitarie Locali, come previsto dalle Linee Guida Ministeriali (D.M. 16/10/1998), sono stati inseriti funzionalmente nel Dipartimento di Prevenzione e più precisamente nel Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione tra le cui competenze rientra l'importante funzione di controllo ufficiale dei funghi nell'ambito pubblico e privato.
Agli Ispettorati Micologici competono le funzioni sotto riportate:

a) in riferimento alla raccolta dei funghi epigei spontanei:

- Il riconoscimento delle specie fungine raccolte da privati cittadini raccoglitori e/o consumatori e determinazione dei funghi commestibili;
- La consulenza in occasione di presunti casi di intossicazione ad ospedali e strutture di emergenza in genere
- Interventi formativi ed educativi diretti alla popolazione, alle scuole attraverso corsi di formazione, pubblicazioni e mostre;

b) in riferimento alla "commercializzazione di funghi spontanei, coltivati, condizionati":
- Controllo e relativa certificazione dei funghi spontanei freschi destinati alla vendita (mercati ortofrutticoli, esercizi di vendita e di ristorazione)
- Interventi formativi ed educativi diretti agli operatori del settore ortofrutticolo e della ristorazione
- Interventi in occasione di presunte intossicazioni derivanti dal consumo di funghi ammessi alla vendita o in pubblici esercizi (indagini epidemiologiche, indagini ispettive, interventi di salute pubblica)
- Vigilanza sugli esercizi di vendita di funghi epigei freschi, secchi e conservati;
- Vigilanza sulle imprese di lavorazione e confezionamento dei funghi freschi, secchi e conservati;
- Controllo allo sdoganamento dei funghi importati sotto vincolo doganale;
- Interventi di vigilanza ispettiva sulla produzione, commercializzazione, vendita e somministrazione dei funghi ai sensi della L. 23 Agosto 1993 n. 352;
- Pareri igienico sanitari per il rilascio di Autorizzazione Sanitaria per l'esercizio dell'attività di lavorazione e confezionamento delle diverse specie fungine;
- Esami di idoneità all'identificazione delle specie fungine commercializzate al dettaglio (operatori del settore) ai fini del rilascio dell' Autorizzazione alla vendita.

Il controllo della commestibilità viene effettuato gratuitamente dal personale del Centro di controllo micologico del S.I.A.N. (in totale, nel 2006, le valutazioni sono state 48).
La collaborazione con i Gruppi Micologici e con il P.S. dell'Ospedale di Lucca ha garantito l'efficacia degli interventi attuati dai Tecnici nei casi di presunta intossicazione da consumo di funghi.
Nel 2006 sono stati effettuati 12 interventi al P.S. per un totale di 14 persone ricoverate.
L'attività di formazione rivolta agli operatori del settore ortofrutticolo e della ristorazione ai fini del rilascio dell' Autorizzazione alla vendita si è concretizzata in 2 Corsi di Formazione sull'identificazione delle specie fungine commercializzate al dettaglio.
I Corsi sono stati effettuati a Castelnuovo Garfagnana e a Borgo a Mozzano ed hanno visto la partecipazione di 50 operatori.

Attività di vigilanza igienico-sanitaria

L'attività di vigilanza si è mossa lungo queste linee di indirizzo:
- priorità alle ispezioni in centri di ristorazione collettiva e commerciale
- controlli su esercizi del settore turistico, specie durante il periodo estivo
- controlli in esercizi pubblici nei centri storici, specie durante il periodo estivo
- controlli su produzione alimenti destinati ad alimentazioni particolari

Per quanto riguarda l'attività di campionamento di alimenti presso il circuito commerciale, si sono privilegiati in particolare gli alimenti distribuiti a collettività "sensibili" (anziani, malati, bambini) ed i prodotti dietetici, mirandola alla ricerca di contaminanti specifici, sulla base delle indicazioni fornite dalla letteratura scientifica e/o da precedenti allerte.
Da rilevare l'importanza attribuita al controllo delle produzioni dietetiche destinate ad una alimentazione particolare (senza glutine, aproteici), in quanto dal 2005, oltre al Pastificio

Mennucci di Ponte a Moriano, c'è un nuovo stabilimento che opera sul nostro territorio e che ha ottenuto il riconoscimento, da parte del Ministero della Salute, di idoneità alla produzione e al confezionamento di alimenti dietetici nella tipologia di prodotti da forno senza glutine, la Ditta Alpipan di Altopascio.
Su tutti i campioni esaminati da un punto di vista chimico-microbiologico non è stata ritrovata la presenza di patogeni o di fattori di rischio per la salute e il giudizio di qualità è stato normalmente buono/soddisfacente.
Come negli anni precedenti, la maggior parte delle sanzioni amministrative comminate ha riguardato problematiche amministrative (assenza della prescritta Autorizzazione Sanitaria, mancata comunicazione di variazione dei locali autorizzati, ecc.); solo in pochi casi (n. 4), per il riscontro di vere e proprie carenze igieniche nei locali, si è arrivati alla richiesta di Ordinanze sindacali per la sospensione temporanea dell'attività fino alla risoluzione degli inconvenienti evidenziati.

Riportiamo di seguito alcune tabelle riassuntive delle attività:

Tabella 36 **-** Ispezioni 2006 - Piana di Lucca

Tipologia	*Attività presenti Piana di Lucca*	*N°attività controllate*			
		2003	*2004*	*2005*	*2006*
Ristorazione commerciale	311	45	43	52	29
Mense e refettori	104	88	50	56	18
Gastronomie – catering	105	*27	20	26	2
Pasticcerie/gelaterie	94	53	48	38	9
Altri commercio/produzione	1362	81	83	76	43
Altri somministrazione	612	61	31	11	22
TOTALE	***2657***	***355***	***275***	***221***	**123**

* Attività svolte in collaborazione con la Veterinaria (Gruppo Operativo Igiene Alimenti).

Tabella 37 **-** Ispezioni 2006 – Valle del Serchio

Tipologia	*Attività presenti Valle del Serchio*	*N°attività controllate*			
		2003	*2004*	*2005*	*2006*
Ristorazione commerciale	250	65	55	29	25
Mense e refettori	75	79	75	70	70
Gastronomie – catering	15	*7	7	5	4
Pasticcerie/gelaterie	43	38	20	9	9
Altri commercio/produzione	400	40	71	29	71
Altri somministrazione	354	37	10	9	7
TOTALE	***1148***	***266***	***238***	***155***	***186***

* Attività svolte in collaborazione con la Veterinaria (Gruppo Operativo Igiene Alimenti).

Tabella 38 **-** Campioni.

Campioni	*Piana di Lucca*			
	2003	*2004*	*2005*	*2006*
Commercio/produzione	90	120	138	95
somministrazione	*46	22	17	11
Totale	***136***	***142***	***155***	**106**
Campioni	*Valle del Serchio*			
	2003	*2004*	*2005*	*2006*
Commercio/produzione	118	100	106	88
somministrazione	*70	53	53	32
Totale	***188***	***153***	***159***	***120***

* Attività svolte in collaborazione con la Veterinaria (Gruppo Operativo Igiene Alimenti).

Tabella 39 **-** Verifica Autocontrollo.

	2003	*2004*	*2005*	*2006*
Piani di autocontrollo verificati	147	152	132	114
Prescrizioni	29	75	85	74
Sanzioni	1	3	2	1

Allerta Sanitario

Il SARAM (Sistema di Allerta Rapido per Alimenti e Mangimi) istituito, sotto forma di rete a livello centrale, regionale e periferico, in base al Regolamento CE n. 178 del 28.01.02, assolve alla funzione di comunicare un rischio grave e immediato per la salute del consumatore al fine di consentire il ritiro dal mercato del prodotto a rischio, di quello fabbricato in condizioni tecnologiche simili o di impedire l'immissione in commercio di prodotti anche solo sospetti di costituire un rischio potenziale per la salute umana.

Anche nel corso del 2006, numerose sono state le comunicazioni pervenute al nostro Punto di Contatto e gli interventi predisposti di conseguenza.
Le segnalazioni per informazione sono state 16, mentre le vere e proprie segnalazioni di allerta sono state 14.
Le emergenze segnalate hanno richiesto 58 sopralluoghi in altrettante industrie alimentari e 19 relazioni finali e hanno riguardato in particolare:

- presenza di IPA (idrocarburi aromatici policiclici) in oli di sansa;
- presenza di erbe non ammesse in prodotti ayurvedici;
- presenza di micotossine (ocratossina A, aflatossine, patulina), tossine prodotte da funghi del genere *Aspergilus* e *Penicilium* presenti nei mangimi e foraggi o nella frutta e negli ortaggi contaminati, note cancerogene e mutagene (aflatossine);
- riscontro di *isopropiltioxantone o ITX,* sostanza usata per l'etichettatura degli imballaggi utilizzati per gli alimenti, in alcuni alimenti pronti destinati all'infanzia (poche e contrastanti le informazioni disponibili in letteratura riguardo alla sua pericolosità; definito come "moderatamente tossico" e "non cancerogeno", l'ITX in polvere è considerato irritante per gli occhi, la pelle e l'apparato respiratorio, l'EFSA (European Food Safety Authority) riporta che la sua presenza negli alimenti, anche se indesiderabile, ai livelli riscontrati non comporta rischi;
- presenza del colorante *Sudan rosso (*sostanza cancerogena e mutagena) in prodotti alimentari.

"Occhio Al Piatto" - Campagna per la sicurezza alimentare in ambito domestico.

Dati recenti diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità indicano chiaramente che la gran parte delle tossinfezioni alimentari (malattie causate dall'ingestione di alimenti e bevande contaminati da microrganismi o sostanze tossiche da questi prodotte), intorno al 60%, ha origine nell'ambiente domestico.
La situazione nella Regione Toscana è simile a quanto riportato in ambito nazionale: i dati, peraltro sicuramente sottostimati, dimostrano, relativamente agli anni 1996/2000, una media annua di circa 500 soggetti coinvolti con episodi tossinfettivi e più della metà in ambito familiare.
Nonostante l'aumento delle tecnologie disponibili per le preparazioni casalinghe, infatti, spesso non viene assicurata la corretta tenuta degli alimenti a causa di una carente informazione dei consumatori.

Al fine di prevenire la diffusione delle tossinfezioni in ambito domestico, la nostra Regione, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Toscane, ha predisposto una campagna di informazione, realizzando del materiale informativo rivolto ai consumatori e organizzando una mostra itinerante sulla sicurezza alimentare.

In particolare, è stata allestita una "casina" mobile dotata di una cucina, fornita delle comuni apparecchiature presenti nelle case, al fine di dimostrare praticamente le modalità di una corretta gestione, in ambito familiare, dell'acquisto, preparazione, cottura e conservazione dei cibi.

Nutrizione

Una nutrizione corretta costituisce, assieme a una adeguata attività fisica e al controllo di altri fattori di rischio, come il fumo o l'alcol, un elemento fondamentale nella prevenzione di numerose condizioni patologiche. È infatti ormai dimostrato, da numerose evidenze scientifiche, che lo stile di vita e le scelte alimentari agiscono in modo incisivo sulla possibilità di evitare lo sviluppo di malattie, controllarne l'evoluzione o, al contrario, provocarne l'insorgenza.

L'U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione da tempo ormai sta portando avanti molte iniziative su questi argomenti.
"Alimentazione e salute" è anche uno dei 12 progetti speciali per la salute previsti dal Piano Sanitario della Toscana 2005 – 2007.

Sorveglianza epidemiologica del comportamento alimentare e dei disturbi connessi

Obiettivi generali:
- rilevare in modo sistematico i dati relativi a comportamenti, abitudini e consumi alimentari
- monitorare e valutare lo stato di nutrizione di fasce di popolazione
- rilevare la presenza e distribuzione nella popolazione di stati morbosi associati o mediati dall'alimentazione
- identificare i fattori nutrizionali di rischio e individuare le misure preventive e correttive
- supportare i programmi di informazione, formazione ed educazione alimentare e nutrizionale.

Sono stati individuati alcuni stati morbosi o pre-morbosi connessi alla nutrizione da seguire con particolare attenzione, in particolare la malnutrizione per eccesso (soprappeso o obesità nella popolazione infantile e tra gli adulti) e per difetto (nella popolazione anziana ospite nelle RSA).

Progetto: " A tavola con la celiachia: per non farne una malattia"

La nostra ASL ha aderito a questo progetto di cui è referente a livello regionale per l'Area Vasta Nord Ovest.
Nel corso del 2006 è stato realizzato il percorso formativo concordato con le varie associazioni (AIC - confcommercio - confesercenti) ed indirizzato agli addetti del settore alimentare interessati

Attività di Counseling Nutrizionale - Progetto "PRISMA"

Nel 2006 è continuata l'attività di counseling nutrizionale che, attraverso una serie di incontri quindicinali indirizzati a piccoli gruppi di soggetti (6-8 persone), ha l'obiettivo di sviluppare la gestione autonoma di un comportamento alimentare corretto, combattere la sedentarietà e promuovere una attività fisica mirata.
Nel corso dell' anno, inoltre, è stato effettuato un corso di formazione (docente la D.ssa Ventura della Didasco) cui hanno partecipato tutte le AASSLL dell' area Vasta NO.
Da questo evento ha preso spunto un progetto condiviso di Area Vasta denominato "PRISMA" che consiste sostanzialmente nella sperimentazione di gruppi strutturati a tema secondo Lewin nel counseling nutrizionale.

Attività di comunicazione su corretta alimentazione e idonei stili di vita

Tale attività viene effettuata in collaborazione con la U.O. Educazione alla Salute e prevede incontri con ragazzi delle scuole medie inferiori e superiori, insegnanti, genitori e gruppi di popolazione, come per es. gruppi di anziani (Università terza età), per promuovere l'acquisizione di conoscenze e capacità critiche utili a costruire stabilmente una cultura comportamentale coerente con una corretta nutrizione e con la promozione e la difesa della salute.

Pareri sui menù scolastici, aziendali e delle strutture per anziani

La ristorazione scolastica rappresenta un settore della ristorazione collettiva in cui si concentrano peculiari valenze di tipo preventivo, educativo e nutrizionale e in cui occorre fornire garanzie di tipo igienico sanitario e di sicurezza nell'ambito di un percorso di qualità totale. Rappresenta perciò un'occasione privilegiata da cui possono prendere avvio e svilupparsi strategie educative tese a potenziare un corretto approccio nei confronti degli alimenti e dell'alimentazione.

Dal momento che la ristorazione scolastica viene proposta in un'età in cui le abitudini alimentari sono ancora in via di formazione, può e deve diventare un mezzo di prevenzione sanitaria, un primo passo per migliorare progressivamente le scelte alimentari dei bambini e conseguentemente della famiglia.

Ben consapevoli di queste possibilità, l'U.O. Igiene Alimenti e Nutrizione svolge da tempo l'attività di valutazione dei menù scolastici rivolta alle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado, sia pubbliche che private, nonché alle strutture protette e per anziani.

Indagini sulla qualità nutrizionale e sugli aspetti igienico sanitari dei pasti serviti nelle mense

Nel corso del 2006 è continuata l'attività di verifica quali-quantitativa sui menù scolastici forniti nelle mense comunali presenti sul territorio della ASL 2; l'iniziativa vuole rilevare la "qualità" della refezione offerta, non solo dal punto di vista igienico-sanitario (ambienti, attrezzature), già controllata in fase di vigilanza, ma anche sensoriale e nutrizionale (per gli alimenti) e tecnologico-ambientale (per il sistema di produzione e le sale destinate al consumo dei pasti).

Tossinfezioni Alimentari

La Regione Toscana, con Delibera 1241/99, ha istituito il Centro di Riferimento Regionale sullo Studio delle Tossinfezioni Alimentari (Ce.R.R.T.A), realizzando uno specifico e dedicato sistema di sorveglianza epidemiologica delle patologie correlate al consumo di alimenti.
Il Ce.R.R.T.A. tra le sue funzioni, ha quella di raccogliere le denunce ed i rapporti relativi ad episodi isolati od epidemici di tossinfezioni alimentari.
Con Delibera Regionale n. 245/02 sono state approvate le *"Linee Guida: l'indagine epidemiologica in caso di tossinfezione alimentare".*

I dati relativi ai focolai epidemici ed ai casi singoli sono riportati su apposite schede utilizzate per effettuare l'indagine epidemiologica e, ad episodio concluso, vengono inseriti in un data-base informatizzato predisposto per il focolaio epidemico e per il caso singolo.
Periodicamente le schede vengono inviate per e-mail all'articolazione sub-regionale del Ce.R.R.T.A Toscana nord-ovest con sede a Pistoia presso L'U.O. Igiene degli Alimenti, che provvede ad inviarli a Firenze, presso l'U.O.C. di Igiene Pubblica del Dipartimento Regionale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà.

I casi di tossinfezione alimentare di seguito descritti non sono sempre sovrapponibili ai dati registrati con il SIMI per le singole Zone, in quanto rispondono a criteri di classificazione differenti stabiliti dalle Linee Guida, in merito ad esempio alla residenza del soggetto colpito, alla effettuazione dell'inchiesta epidemiologica, che viene attivata in ogni caso, anche su segnalazione telefonica.

I casi di intossicazione da funghi sono gestiti dai tecnici micologi afferenti all'Ispettorato Micologico. In caso di sospetta intossicazione l'intervento, su richiesta telefonica, è attivato generalmente da personale medico del P.S.
I micologi offrono la loro consulenza, effettuano l'indagine epidemiologica su apposita modulistica e attuano l'analisi micologica diretta ed indiretta sui funghi o su residui dei pasti ingeriti, quando disponibili.
Nella zona Piana di Lucca sono state effettuate 50 consulenze micologiche a privati cittadini che si sono recati presso il Dipartimento di Prevenzione. Si segnala lo scarso numero delle notifiche pervenute con la conseguente sottostima della numerosità delle tossinfezioni alimentari, quest'anno particolarmente significativa per la Zona Valle del Serchio.

Zona Piana di Lucca

Caso singolo

Tossinfezione alimentare

Il numero totale delle notifiche e delle inchieste epidemiologiche effettuate nell'anno 2006 relative ai casi singoli di malattie trasmesse da alimenti è pari a 143 (escluse n. 4 intossicazioni da funghi e n. 1 intossicazione da istamina). Trattasi di soggetti residenti nella zona Piana di Lucca.

Nella *Tabella 40* e nel grafico allegato si legge la ripartizione fra i vari agenti eziologici individuati tramite coprocoltura e/o esami ematochimici e pervenuti tramite notifica alla U.O. Igiene Alimenti e alla U.O. Igiene Pubblica.

La Figura 11 e la Figura 12 indicano la distribuzione mensile dei casi e delle relative notifiche di rotavirus, adenovirus e salmonella.

Tabella 40 – Numero di casi singoli e relative percentuali sul totale delle notifiche pervenute. Anno 2006.

Agente Eziologico	**n.**	**%**
Yersinia Enterocolitica	2	1 %
Escherichia Coli	9	6 %
Salmonella	32	22 %
Campylobacter Jejuni	9	6 %
Epatite A	6	4 %
Adenovirus	4	3 %
Rotavirus	81	58 %
TOTALE	***143***	***100 %***

Figura 10 – Distribuzione percentuale

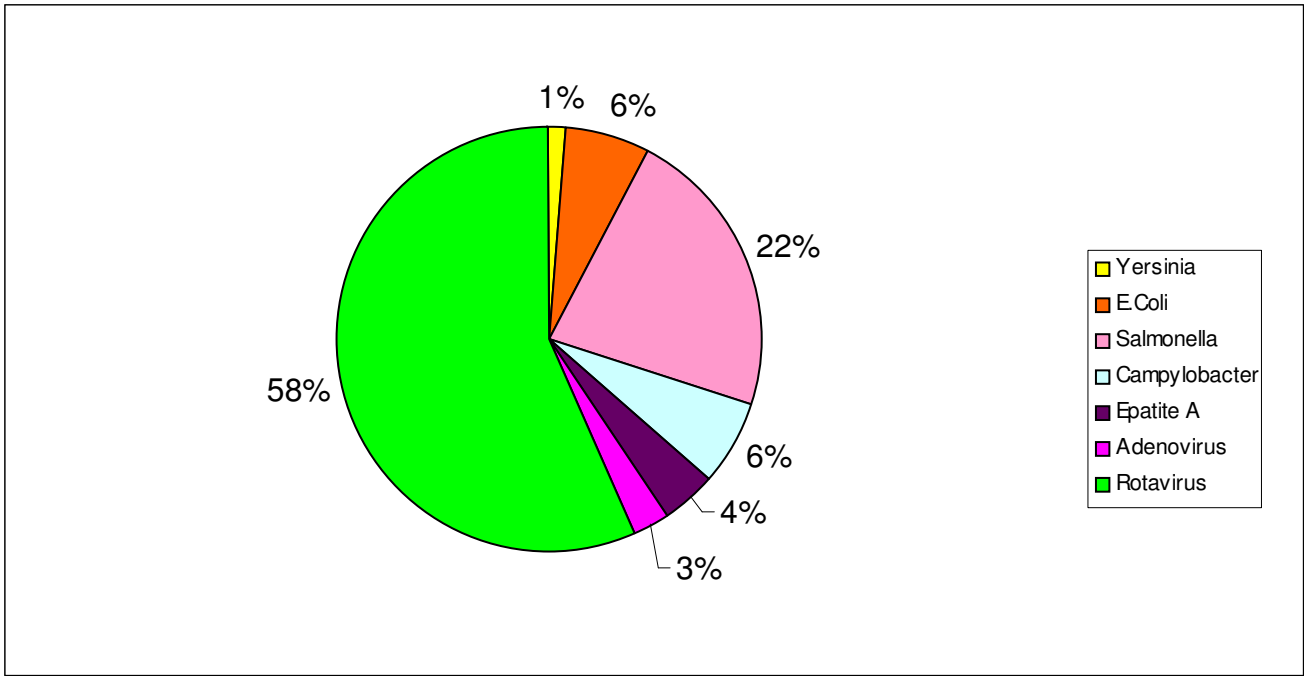


Figura 11 - *Distribuzione casi notificati di rotavirus e adenovirus per mese. Anno 2006.*

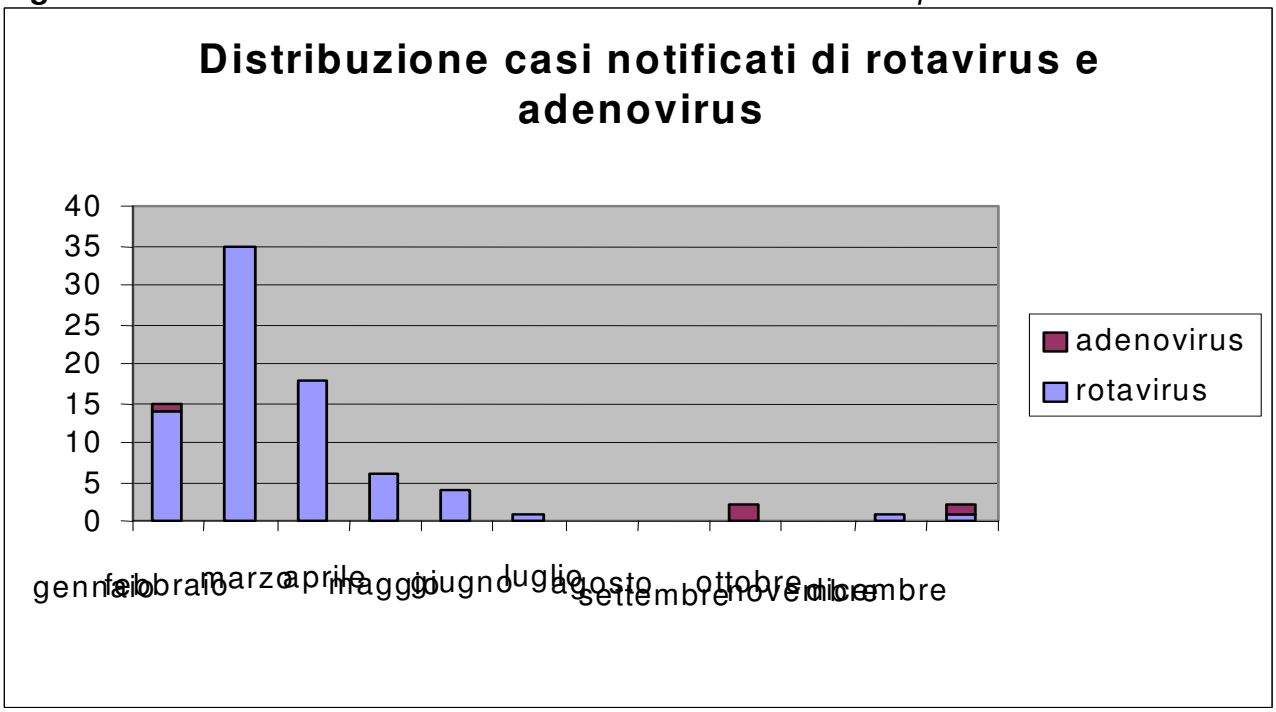
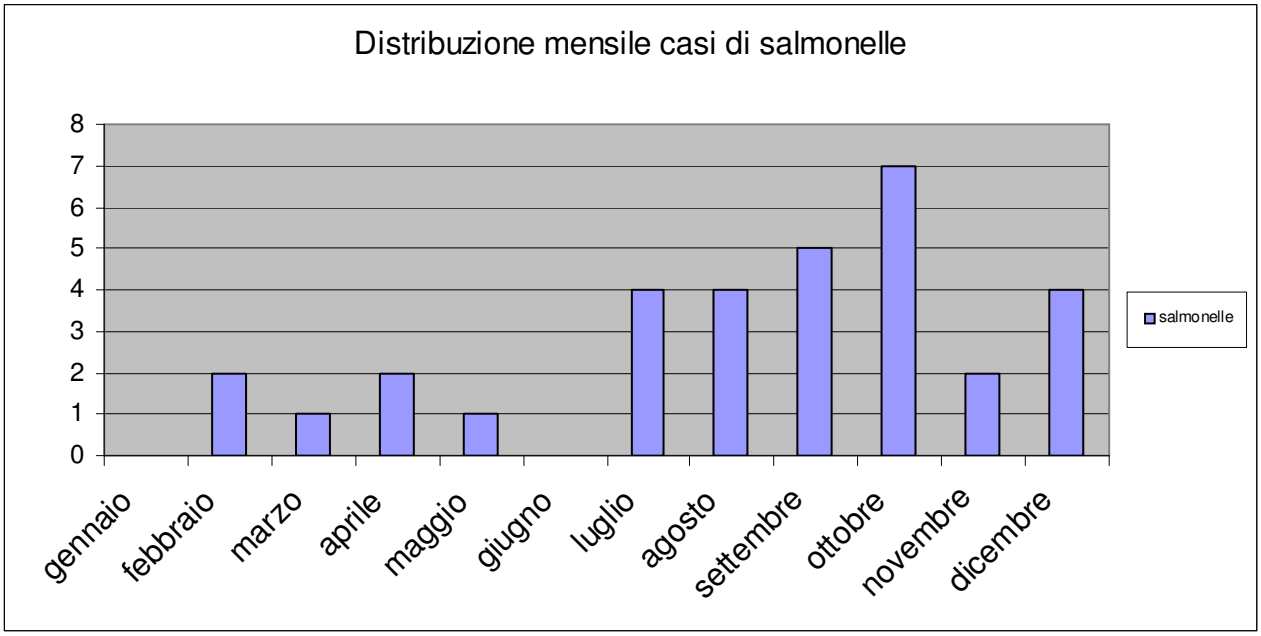


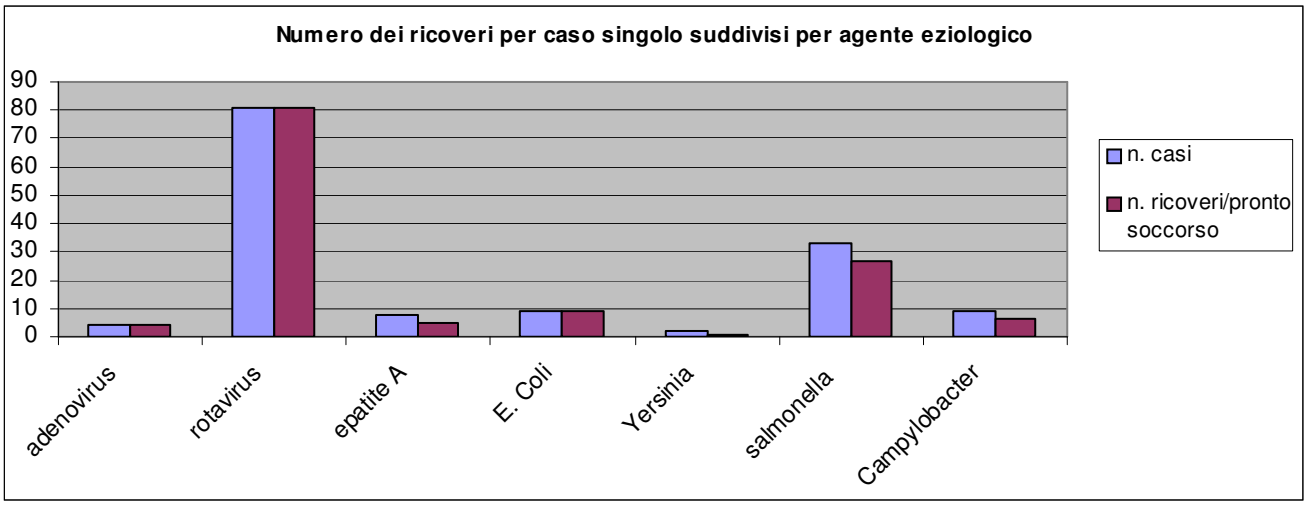
Figura 12 - *Distribuzione casi notificati di salmonelle per mese. Anno 2006.*



In merito ai casi di salmonellosi, nell'anno 2006 si è registrato un incremento di notifiche in soggetti adulti di età compresa tra i 45 e 75 anni, pari al 15,6% del totale delle notifiche pervenute, che ha determinato, rispetto all'anno 2005, un innalzamento dell'età media più colpita.
La durata media della malattia è stata pari a 4 giorni. Sono stati ricoverati l' 81,5% dei soggetti affetti, prevalentemente presso l'U.O. Pediatria del P.O. di Lucca. Il 30% dei soggetti consuma abitualmente almeno un pasto fuori casa (si tratta di bambini e adolescenti che consumano il pranzo presso le mense scolastiche).
In nessun caso è stato possibile individuare con l'inchiesta epidemiologica l'alimento che ha causato la tossinfezione alimentare.

Si sono verificati 6 casi singoli di epatite A; nell'anamnesi dei casi risulta un pregresso viaggio e/o consumo di alimento a rischio. Si è registrato inoltre un altro caso di epatite A per probabile contagio interumano e un altro in soggetto non residente.
Si segnala un ulteriore incremento delle notifiche di rotavirus che hanno costituito il 57% di tutti i casi notificati; il 100% dei soggetti colpiti, compresi tra un'età minima di 2 mesi ad una massima di 14 anni, sono stati ricoverati presso il U.O. Pediatria del P.O. di Lucca (Figura 13).

Figura 13 – *Numero dei ricoveri per agente eziologico. Anno 2006.*



Intossicazione da funghi / istamina

Nell'anno 2006 si sono verificati 4 casi singoli che hanno richiesto l'intervento dei micologi presso il P.O. di Lucca. In tutti i casi l'episodio è avvenuto in ambito familiare a seguito del consumo di funghi cotti e/o crudi, raccolti in proprio o acquistati presso rivenditori. È stata effettuata un'analisi micologica su residui alimentari e solo in un caso è stata accertata la presenza di una specie non commestibile. Negli altri casi si è trattato di funghi del genere Boletus. La sintomatologia prevalente è stata di tipo gastroenterico (vomito, diarrea, dolori gastrici e addominali).
Nel mese di luglio si è infine verificato un caso singolo di intossicazione da istamina per ingestione di tonno in scatola consumato presso un pubblico esercizio con ricorso alle cure del P.S. del P.O. di Lucca.

Focolaio epidemico

Tossinfezione alimentare

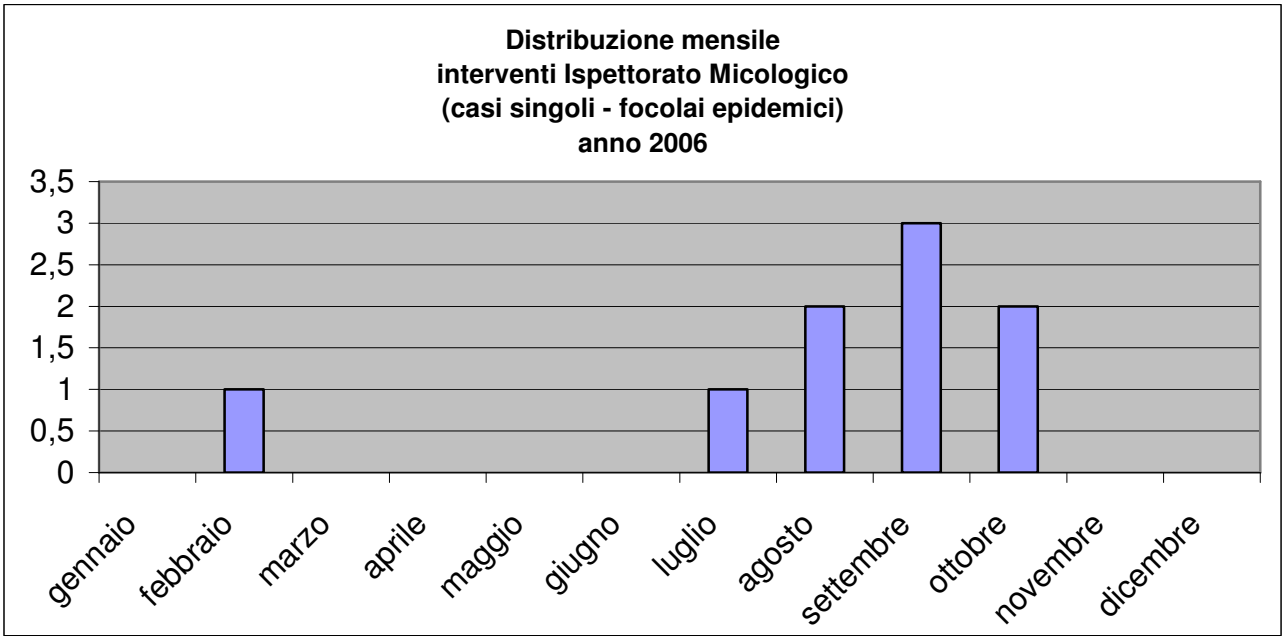
Si sono registrati n. 4 focolai epidemici: 2 a seguito di un pasto consumato presso ristoranti, mentre i restanti episodi sono accaduti in ambito familiare.
Degli esercizi pubblici coinvolti, 1 è ubicato nel territorio dell'ASL 2: a seguito di ispezione l'esercizio ha subito un provvedimento di sospensione temporanea dell'attività; i campioni di alimenti e i tamponi ambientali hanno dato esito negativo; il secondo episodio ha visto coinvolto un ristorante ubicato nel territorio di competenza dell'ASL 5 di Pisa, in questo caso l'alimento sospetto è risultato il dolce "tiramisù". L'inchiesta epidemiologica è stata effettuata a 4 soggetti (non residenti, in gita scolastica) ricorsi al P.S di P.O. di Lucca.

In ambito familiare si segnala il focolaio epidemico che ha colpito due bambini, con individuazione del patogeno con la coprocoltura (Campylobacter), ma non è stato identificato l'alimento che ha causato la tossinfezione.

L'altro focolaio sospetto è avvenuto in ambito familiare a seguito del consumo di funghi e carne di pollo, i residui di cibo analizzati hanno dato esito negativo.
I soggetti affetti da sintomatologia tossinfettiva sono stati in tutto 11, le interviste epidemiologiche sono state estese a tutti i soggetti esposti.

Intossicazione da funghi
Si segnalano inoltre 5 focolai epidemici da ingestione di funghi, gestiti dai micologi.
Dodici le persone ricorse al P.S. e ricoverate in osservazione con sintomi di vomito, diarrea, dolori gastrici e addominali. Dei 5 focolai, 2 sono avvenuti a seguito di un pasto a base di funghi consumato presso un ristorante: l'intervento effettuato ha permesso di accertare la presenza di regolare certificato di commestibilità.
Un ristorante è rimasto ignoto.
I restanti 3 focolai sono avvenuti in ambito familiare a seguito di consumo di funghi raccolti in proprio o acquistati presso un rivenditore, consumati cotti e/o crudi. In 4 dei cinque focolai è stato possibile effettuare l'analisi micologica dei funghi, solo in un caso è stata accertata la presenza di un genere non commestibile, mentre un altro episodio è attribuibile ad una insufficiente cottura dei funghi.

Figura 14 – *Distribuzione mensile interventi ispettorato micologico. Anno 2006.*



Zona Valle del Serchio

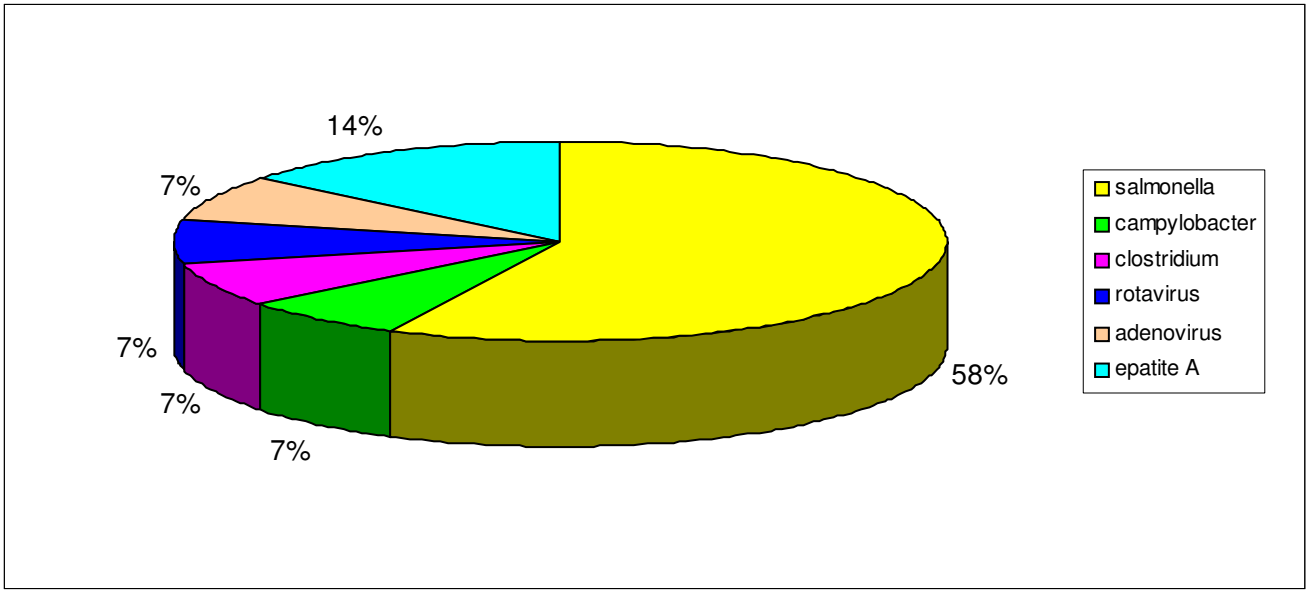
Caso singolo

Tossinfezioni alimentari
Il numero totale delle notifiche e delle relative inchieste epidemiologiche effettuate nell'anno 2006, relative ai casi singoli di malattie trasmesse da alimenti, è pari a 14.
Nella *Tabella 41* si legge la ripartizione fra i vari agenti eziologici individuati tramite coprocoltura e/o esami ematochimici.
I casi notificati di salmonellosi riguardano soggetti prevalentemente adulti (età media 37 anni). Non è stato possibile individuare con certezza l'alimento responsabile anche se nell'anamnesi compaiono alimenti tipo uova, salsiccia, contatto con volatili ecc.

Tabella 41 **–** Numero di casi singoli e relative percentuali sul totale delle notifiche pervenute. Anno 2006.

Agente Eziologico	**N.**	**%**
Salmonella	8	58%
Campylobacter Jejuni	1	7%
C. Difficilis	1	7%
Rotavirus	1	7%
Adenovirus	1	7%
Epatite A	2	14%
Totale	**14**	**100%**

Figura 15 – Distribuzione percentuale



Intossicazione da funghi

Si sono verificati 3 episodi legati al consumo di funghi, raccolti da privati, con ricorso al P.S. del P.O. di Castelnuovo Garfagnana e di Barga, rispettivamente nei mesi di febbraio, ottobre e novembre; i funghi sono stati consumati crudi in un caso e negli altri due casi fritti e conservati sott'olio. L'esame micologico ne ha rivelato la commestibilità in un caso e la tossicità e l'inadeguata cottura nei restanti.

Focolaio epidemico

Non si sono registrati casi di focolaio epidemico**.**

Tabella 42 **–** Tabella riassuntiva n. tossinfezioni / intossicazioni. Anno 2006.

	Caso Singolo	**focolaio epidemico**
Zona Piana Di Lucca	148	9
Zona Valle Del Serchio	17	0
Totale	**165**	**9**

Prodotti Fitosanitari

Si descrive di seguito l'attività di controllo e vigilanza effettuata nel corso del 2006 secondo le disposizioni della D.G.R.T. n. 118 del 08/02/99 e dal Decreto del Ministero della Salute del 09/08/02 "Adozione del Piano di controllo ufficiale su commercio e impiego dei prodotti fitosanitari per il quinquennio 2002-2006".

Ispezioni presso le rivendite e depositi di prodotti fitosanitari

Nel territorio di competenza di questa ASL sono presenti 51 rivendite di prodotti fitosanitari autorizzate, di cui 34 sono localizzate nella Zona Piana di Lucca e 17 nella Zona Valle del Serchio.
Nella Piana di Lucca sono stati effettuati sopralluoghi congiunti con personale tecnico afferente all'UF. Igiene Sanità Pubblica Animale, Settore mangimi e allevamenti zootecnici e personale afferente all'U.F. Igiene Pubblica e Igiene Alimenti presso le rivendite che detengono mangimi, animali da cortile (con particolare riferimento agli avicoli), fertilizzanti e sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano, nonché farmaci.

Di seguito sono riportati i dati relativi alle ispezioni effettuate:

Tabella 43 - Esito controlli effettuati presso le rivendite di prodotti fitosanitari (U.O. Igiene alimenti).

n. rivendite Zona Piana di Lucca	n. ispezioni	n. verifiche (esito positivo 100%)	n. verifiche D.Lgs 155/97 (esito positivo 100%)
34	34	32*	19
n. rivendite Zona Valle del Serchio	n. ispezioni	n. verifiche	n. verifiche D.Lgs 155/97
17	17	17	0

** cessata attività n. 2 rivendite*

Tabella 44 - Irregolarità riscontrate presso le rivendite di prodotti fitosanitari

irregolarità riscontrate	Zona Piana di Lucca	Zona Valle del Serchio
Mancanza di Autorizzazione Sanitaria	1	0
Mancanza o non validità Certificato di abilitazione	0	0
Mancanza dei requisiti igienico sanitari	0	0
Scorretta gestione dei documenti di vendita	0	0
totale prescrizioni	1	0

Tabella 45 - Rivendite con presenza di prodotti destinati all'alimentazione animale controllate dal Settore mangimi e allevamenti zootecnici.

Zona Piana di Lucca		
n. agrarie con vendita di prodotti ad uso zootecnico	48	
n. rivendite con presenza di animali	*16	**12
n. rivendite con vendita di fertilizzanti /farmaci	48	
n. rivendite controllate	48	
n. prescrizioni	48	

** Munite di Autorizzazione Sanitaria* *** Vendita su prenotazione*

Ispezioni presso le aziende agricole

Aziende agricole Piana di Lucca
L'attività di controllo ha riguardato 10 aziende collocate nell'area dei pozzi idrici di Salicchi e S. Pietro a Vico.
L'intervento è stato finalizzato all'accertamento del rispetto dei principi di corretta gestione, detenzione ed utilizzo dei prodotti fitosanitari
Alla luce dei nuovi regolamenti CE è emersa la necessità di ottimizzare l'attività di controllo mediante una integrazione delle varie competenze professionali; sono stati effettuati sopralluoghi congiunti con personale afferente ad ARPAT, all'U.F Igiene Pubblica e Igiene Alimenti e con personale afferente all'U.F. Igiene Sanità Pubblica Veterinaria, settore mangimi e allevamenti zootecnici nelle aziende che producono e/o vendono materie prime ad uso zootecnico.
Nel corso delle ispezioni viene utilizzata una chek-list congiunta per la rilevazione di dati di interesse igienico-sanitario ed ambientale.

Tabella 46 - Esito controlli presso le aziende agricole

dati aziende agricole	u.o. igiene alimenti	settore mangimi e allevamenti zootecnici
Aziende agricole controllate	10	* 5
Superficie aziende controllate	36,5 ettari	10 ettari
Ispezioni effettuate	10	5
totale irregolarità rilevate	20	-

** in 5 delle 10 aziende controllate erano presenti materie prime ad uso zootecnico*

Tabella 47 - Tipologia Accertamenti effettuati in azienda e non conformità registrate

tipologia irregolarità riscontrate	
Non possesso del patentino	0
Presenza/uso di prodotti fitosanitari non registrati o revocati	4
Non idoneità dei locali destinati al deposito dei prodotti fitosanitari	1
Presenza contemporanea in un locale di derrate alimentari e di prodotti fitosanitari	0
Mancata comunicazione art.4 L.R. n. 36/99	0
Mancanza del registro dei trattamenti effettuati	10
Mancanza del deposito per i prodotti fitosanitari	3
Materiale non pertinente nel deposito fitosanitari	1
Presenza prodotto fitosanitario non registrato in Italia	1
totale irregolarità riscontrate	20

Nulla-osta trattamento diserbante nel settore extra agricolo

<u>Comunicazioni trattamento diserbante nel settore agricolo</u>

Tabella 48 – Rilascio di nulla-osta igienico-sanitario per trattamento diserbante settore extra-agricolo

Nulla-osta	zona piana di lucca	zona valle del serchio
n. nulla-osta rilasciati	3	2
n. pareri negativi	0	0
* n. pareri con limitazioni	3	0
** n. aree trattate	82	2

** Sono state imposte delle limitazioni in quanto il trattamento interessava aree di rispetto di un pozzo pubblico.*
*** n. 82 aree oggetto di trattamento con prodotti diserbanti e oggetto di verifica documentale*

Comunicazioni trattamenti diserbanti nel settore agricolo

La valutazione delle comunicazione riguarda la completezza dei dati, la presenza e l'esattezza del numero di registrazione, il nome commerciale del prodotto, il principio attivo, il campo di impiego, l'eventuale revoca del prodotto da parte del Ministero della Salute.

comunicazioni	zona piana di lucca	zona valle del serchio
n. comunicazioni pervenute	432	3
*n. integrazioni documentali	73	0
n. integrazioni pervenute	73	-

** le integrazioni documentali sono state richieste per mancanza del n. di registrazione del prodotto fitosanitario utilizzato, della denominazione del prodotto, della classe tossicologica. A tali richieste hanno risposto il 100% degli utilizzatori*

Nulla-osta gas tossici

Riguardo all'impiego del gas tossico bromuro di metile, in considerazione del nuovo Regolamento CE 2037/2000 e del Decreto del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio del 9 agosto 2004, il nulla-osta viene rilasciato in base alla deroga per usi critici. Viene effettuata una verifica della completezza e conformità della documentazione inviata dalla Questura di Lucca nonché una verifica della etichetta e delle scheda tecnica del prodotto utilizzato tramite il programma FITOGEST.

I prodotti prevalentemente utilizzati sono il bromuro di metile e la fosfina.

Non risultano rilasci di nulla-osta nella zona Valle del Serchio.

Zona Piana Di Lucca	
strutture/aree trattate	n. trattamenti
Molini	3
Pastifici	0
Terreni agricoli	0
Manifattura tabacchi	2
Centro stoccaggio cereali	1
TOTALE	6

Archivio dati relativi all'attività di controllo e vigilanza

I dati relativi all'attività di controllo e vigilanza effettuato presso le rivendite e le aziende agricole sono stati inseriti nell'archivio informatizzato.
Il programma acquistato è composto da vari moduli interagenti fra loro con collegamenti ai vari archivi anagrafici tramite semplici finestre di dialogo, al fine di consentire la memorizzazione dei dati necessari ed ottenere report riassuntivi.

L'archivio di base comprende un'anagrafica generale composta da anagrafica unica nominativi/ditte, archivio prodotti e principi attivi, archivio colture, zone, comuni, località, archivio particelle catastali pozzi pubblici (per ora non in uso), archivio tipologia (classificazione tossicologica dei prodotti).

Controllo ufficiale dei residui di prodotti fitosanitari nelle matrici alimentari ortofrutticole e negli alimenti di origine animale

Per l'anno 2006 il numero complessivo dei campioni per la ricerca multiresiduo ammonta a 54, di cui 2/3 effettuati nella Zona Piana di Lucca e 1/3 nella Zona Valle del Serchio, pari rispettivamente a 35 e 19.

Nella *Tabella 49* sono riportati gli esiti dei campioni stabiliti dal Piano Nazionale Residui Fitosanitari negli Alimenti di origine animale.

Tabella 49 – Controllo ufficiale dei residui di prodotti fitosanitari nelle matrici alimentari ASL2 Lucca. Anno 2006

Matrice	D.G.R.T. n. 164/04 n. campioni programmati		n. campioni effettuati	n. campioni effettuati
	zona piana di lucca	*zona valle del serchio*	*zona piana di lucca*	*zona valle del serchio*
Cereali	9	5	11	6
Vino	2	1	0	0
Olio	1	1	0	0
Conserve	2	1	1	1
Frutta	9	5	11	8
Ortaggi	12	6	14	5
Totale *(per Zona)*	35	19	34	20
TOTALE	54		54	

Piano Nazionale Residui			
matrice	*n. campioni effettuati*	*principio ricercato*	*esito analisi*
Miele	3	organofosforati	conforme
Tessuto adiposo di pecora	3	piretroidi	conforme
Tessuto adiposo di pecora	2	organoclorurati	conforme
Tessuto adiposo di pecora	2	organofosforati	conforme

5.1.5 Sanità Pubblica Veterinaria

5.1.5.1 UO Sanità Animale - UO Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche

1 - Il comparto zootecnico

Nel 2006 sono state mantenute le qualifiche di territorio Ufficialmente Indenne per Brucellosi Bovina, Leucosi Bovina Enzootica e Brucellosi ovina e caprina.
Per la Tubercolosi bovina si è mantenuto il regime di diradamento delle prove eseguite sugli animali e nel mese di luglio è stata inviata alla Comunità Europea la richiesta di classificazione di zona Ufficialmente Indenne.

Le qualifiche concesse significano facilitazioni per gli allevatori nelle movimentazioni degli animali da allevo e riduzione dei costi per la esecuzione delle prove sugli animali.
La definizione del campione di aziende di allevamento da sottoporre a test avviene mediante una procedura di valutazione del rischio ormai consolidata.
Nel corso del 2006 è stata rilevata una positività per TBC in fase di macellazione di un capo bovino da ingrasso proveniente da un'altra provincia. Sono stati adottati, con esisto favorevole, tutti i provvedimenti del caso.

La formalizzazione di uno stato sanitario superiore per i comparti bovino, ovino e caprino si affianca a quelli già acquisiti nel comparto suino (zona accreditata per Malattia Vescicolare Suina) e, soprattutto, nel comparto dell'allevamento ittico (bacino fluviale a monte dello sbarramento del Piaggione indenne da malattie infettive).
Questi risultati di eccellenza sono stati possibili grazie al rapporto di stima e fiducia che intercorre tra allevatori e operatori della ASL.

Il declino della zootecnia lucchese pare inarrestabile anche se è più lento che in altre realtà toscane. Gli allevatori che rimangono possono però usufruire delle migliori condizioni sanitarie esistenti per rimanere quanto più possibile nel mercato.

Le consistenze del patrimonio zootecnico (specie principali) al 31-12-2006 sono riportate nella *Tabella 50*.

Tabella 50 – Patrimonio zootecnico ASL 2. Anni 2001-2006.

	All. Bovini	Capi. Bov.	All. Ovini	Capi Ovini	All. Suini	Capi Suini
2001	1003	6.421	356	15.180	368	2.958
2002	982	6.032	354	15.090	351	2.060
2003	984	6.105	352	15.086	356	2.048
2004	925	5.085	335	14.615	359	2.452
2005	646	4.586	440	16.092*	650	2.239*
2006	597	4.404	553	13.058	690	2.356*

I dati del 2005, tranne quelli con asterisco, sono derivati dalla Banca Dati Nazionale.

Le notevoli oscillazioni sono da imputare al progressivo miglioramento di affidabilità dei dati conseguente alla attivazione delle relative anagrafi in Banca Dati Nazionale.
I valori relativi a consistenze di ovicaprini e suini sono ancora prodotti con stime.

La gestione delle anagrafi degli animali richiede un grosso sforzo in termini di assorbimento di risorse umane ma garantisce una più adeguata conoscenza della situazione reale con la massima definizione e, soprattutto, la possibilità di procedere con la programmazione puntuale degli impegni di campagna.

1.1 - Anagrafe degli animali
L'Anagrafe Bovina della ASL 2, pienamente operativa anche grazie all'impegno delle Associazioni Professionali di categoria, resta tra le migliori a livello regionale sia per affidabilità che per numero di controlli operati in allevamento. Ampiamente superato il numero minimo dei controlli previsti con esito prevalentemente favorevole.

L'Anagrafe degli ovini e caprini è stata precisata con disposizioni nazionali e regionali ed anche in questo caso si è riusciti a coinvolgere le Associazioni di categoria per l'attivazione del circuito della distribuzione dei nuovi contrassegni auricolari.
Notevole lo sforzo per ottenere, nel corso del 2006, le consistenze dei capi allevati (rilevazione annuale al 15 marzo) e riallineare quindi le posizioni, tenuto conto che dal 2006 anche per il settore ovi-caprino devono essere registrate le movimentazioni (partite).

L'Anagrafe suina presenta alcune criticità dovute dalla netta prevalenza di allevamenti per autoconsumo. Nel 2006 è stato avviato il processo di individuazione ed esclusione dalla banca dati nazionale per questa tipologia di allevamento che richiede comunque la gestione di una anagrafica distinta.

L'Anagrafe avicola è divenuta di pressante attualità a seguito della emergenza Influenza aviaria. Mentre nella Banca Dati Nazionale le registrazioni sono esclusivamente finalizzate agli allevamenti di tipo industriale (8 allevamenti) ossessiva è la situazione che discende dagli obblighi di registrazione previsti dal D. L.gs 336/99 per tutti i detentori, a qualunque titolo, di esemplari avicoli.
L'attività, sia pure gestita con la compartecipazione delle Amministrazioni Comunali, è stata davvero gravosa per la ridotta struttura amministrativa della U.O.

1.2 – Altri eventi notevoli
Nel 2006 è stato attivato nel comprensorio della Piana di Lucca un centro di transito temporaneo per spoglie animali (gestione ASCIT) cofinanziato dalle amministrazioni comunali della zona. Una risposta semplice e di basso costo alle problematiche di smaltimento di animali morti destinati alla termodistruzione.
Il settore apistico non ha subito variazioni notevoli nel corso dell'anno 2006 per quantità di alveari e numero di allevatori. Notevole il disagio creato dal nomadismo (arnie spostate per seguire la fioritura di alcune essenze pregiate quali acacia e castagno) operato da allevatori non locali nella zona montana. La sottrazione avviene a carico degli allevatori locali che non hanno disposizioni normative che li tutelino.

Nel settore di produzione del latte bovino e ovino (ex DPR 54/97) è proseguita l'attività di vigilanza resa più agevole da una disposizione tecnica regionale. La presenza di una cooperativa di produttori di latte bovino (CAPLAC) economicamente molto attiva garantisce la sopravvivenza di questo comparto (92 produttori) altrove scomparso perché fagocitato dal mercato.

Nel settembre 2006 abbiamo sostenuto un Audit si sistema della Regione Toscana. La verifica ha avuto esito favorevole per la materia professionale. Sono state rilevate carenze di organigramma che si spera di risolvere con la ridefinizione nell'ambito del percorso qualità (progetto triennale) intrapreso dal Dipartimento della Prevenzione.

Il 26 novembre abbiamo ricevuto una ispezione comunitaria nel comparto trasformazione latte. Alcune carenze evidenziate in questa occasione sono state rapidamente risolte.
Le frequenti ispezioni comunitarie (2 dal 2005) e gli Audit regionali sono occasioni di miglioramento dell'assetto organizzativo e professionale ma non sono consentiti errori.

2 - Epidemiologia

2.1 - Encefalite di West-Nile.
Nell'anno 2006 è stato svolto un complesso protocollo di sorveglianza di questa insidiosa

zoonosi. Nei mesi da maggio a settembre è stata realizzata una stazione di polli sentinella che sono stati sottoposti a prelievo sierologico con cadenza quindicinale per evidenziare la eventuale circolazione del virus. Questo intervento è stato affiancato da una serie di test su equini dislocati in zone a rischio di infezione e a monitoraggio delle popolazioni dei ditteri vettori.
Non è stata dimostrata circolazione virale.

2.2 – Influenza aviaria
L'emergenza creata dall'allarmismo diffuso dagli organi di informazione a partire dal mese di agosto 2005 non ha trovato alcuna giustificazione concreta nel 2006. Sono state applicate, con la maggior serenità possibile, tutti le misure previste dalla normativa comunitaria e nazionale facendo, contemporaneamente, fronte al panico che si diffondeva.
Davvero encomiabile il settore aziendale di interfaccia con il pubblico e i media (URP) così come notevole è stata l'utilità del sito web aziendale strumento prezioso per fornire una informazione corretta.
Sono stati stretti rapporti di collaborazione con i corpi di polizia coinvolti (Polizia Provinciale, Corpo Forestale dello Stato, Vigili del Fuoco) e con le amministrazioni comunali (mailing list).
Gli interventi di monitoraggio epidemiologico realizzati sono stati identici agli anni precedenti sia pure con la maggior visibilità accordata dal fenomeno mediatico.
Non si sono avuti episodi di circolazione virale.

2.3 - Encefalite Spongiforme Bovina e altre TSE
Nel 2006 si è manifestato un focolaio di scrapie nella zona Valle del Serchio. Gli animali abbattuti non sono stati indennizzati a causa di violazioni compiute dai detentori.
Le previste attività di sorveglianza e informazione sono state correttamente eseguite nel 2005. Non sono stati segnalati casi di BSE e Scrapie a carico di allevamenti della ASL 2.
Nel 2006 la Regione Toscana ha finanziato un contratto con un medico veterinario esperto di questa patologia per garantire l'attuazione di un programma di campionamenti nei macelli e per la realizzazione della prima fase di un Programma di selezione genetica negli allevamenti di ovini per la eliminazione dei soggetti di sesso maschile vulnerabili alla Scrapie.
Nel 2006 hanno confermato l'adesione 45 allevamenti (progetto su base volontaria) e sono stati testati 153 arieti con la eliminazione di 12 capi. Notevole l'attuazione del progetto su tutti gli animali di razza reliquia garfagnina con buoni risultati.
L'andamento favorevole di questa prima fase incoraggia a procedere con il progetto di selezione genetica con l'obiettivo di raggiungere lo stato di territorio indenne.

3 - Igiene urbana veterinaria

Dal 1° gennaio 2006 sono erogati soli interventi di natura sanitaria.
Gli obiettivi prefissati per il comparto (sterilizzazioni, profilassi della rabbia, anagrafe canina, educazione sanitaria) sono stati raggiunti.
Pienamente funzionante nella zona Valle del Serchio l'accordo tra tutte le amministrazioni comunali (con l'eccezione di Sillano e Fabbriche di Vallico) ed una struttura canile privata per la dotazione di posti canile e l'effettuazione delle catture dei cani vaganti.

4 – Osservatorio delle malattie trasmesse da artropodi vettori

L'evoluzione del precedente gruppo operativo multiprofessionale in Osservatorio rende l'idea dell'investimento che si intende effettuare in questo settore epidemiologico.

Le infestazioni da specie non autoctone e la circolazione di patogeni fin qui definiti “esotici” costituiscono fattori di rischio davvero importanti per la tutela della salute pubblica. Le conoscenze, le metodiche e le tecniche di monitoraggio e cattura in questo particolare settore non si improvvisano. Il gruppo ha operato in modo encomiabile per mantenere i flussi di dati necessari a valutare il livello di esposizione a rischio della popolazione e contemporaneamente allacciare rapporti e formalizzare procedure con le amministrazioni coinvolte nel processo.

Nel 2006 è stato accolto e finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca un progetto di ricerca di patogeni in zecche che hanno punto esseri umani. Le indagini (metodica PCR) hanno consentito di avviare la redazione di un carta di rischio e di individuare (prima segnalazione in Italia) una nuova patologia (Tibola) che colpisce in particolare i bambini.
L’Osservatorio sarà strumento strategico in caso di epidemie di West Nile Disease, Dengue per la conoscenza delle popolazioni di vettori e dei fattori climatici che ne condizionano l’ampiezza così come oggi è utile per la conoscenza della distribuzione del rischio acarologico e delle patologie ad esso collegate (Borelliosi, Ricketsiosi spp, TBE).

5 - Farmacosorveglianza e controllo di filiera dell’alimentazione animale

L’attività nel 2006 ha compreso la esecuzione dei campionamenti previsti da Piani Nazionali e Regionali.
Con l’entrata in servizio di un medico veterinario in questo settore, nel 2006 è stato possibile effettuare le attività necessarie indicate dal cosiddetto “Pacchetto igiene” previsto dalla CE a partire dal 1° gennaio 2006.
Il controllo di filiera assorbe molte risorse. Il controllo sugli alimenti somministrati agli animali da reddito è impegnativo ma strategico per tutelare la salute dei consumatori.

5.1.5.2 U.O. Igiene degli Alimenti di Origine Animale

Nel corso del 2006, l’attività istituzionale svolta dall’U.O. di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, nei controlli ispettivi sugli animali da macello, sulle carni e sugli altri alimenti di origine animale, ha evidenziato un equilibrio, rispetto ai valori 2005 a fronte di vari avvenimenti importanti avvenuti nell'anno e alla applicazione di 2 nuovi Reg. CE il 2073 sui criteri microbiologici degli alimenti ed il 2075 sui controlli ufficiali relativi alla presenza di Trichinella nelle carni.

Per il settore bovino si conferma il superamento della crisi BSE, ma il consumo di carne fresca è leggermente diminuito.
I dati riguardanti il nostro territorio sono buoni, per quanto riguarda la BSE sono stati effettuati 74 test tutti negativi. La netta diminuzione dei prelievi effettuati rispetto agli anni precedenti è dovuta alla ripresa del mercato delle carni di vacca, settore commerciale inesistente sul nostro territorio, per cui gli animali "vecchi" vengono avviati alle industrie del Nord specializzate in questo settore e non più consumate per autoconsumo in ambito locale.
I campioni seppur sempre in numero limitato per esprimere un giudizio ponderato (1535 in 6 anni), sono significativi in quanto coprono la quasi totalità degli allevamenti, le aziende più importanti e più a rischio per tipo animale allevato (vacca da latte). Questo, unito ai dati sulle positività in Italia (6 nel 2006) fa dedurre che l'emergenza bse bovina è definitivamente superata.

Nel settore ovino il deciso miglioramento della situazione sanitaria relativamente alla Febbre Catarrale degli Ovini nelle province della Toscana in generale non ha prodotto un corrispondente miglioramento nel settore che continua ad accusare difficoltà economiche soprattutto nella maggiore industria di macellazione presente sul nostro territorio, che ha sospeso l'attività per 7 mesi nell'anno 2006. Questo è provato da una diminuzione delle UGB macellate che nell'anno 2006 sono state 11703.
Sempre nel settore ovino l'anno 2006 ha comportato un immane lavoro di campionamento per scrapie (encefalopatia spongiforme ovi-caprina) dovuta alla emanazione di una circolare che ha reso dal luglio 2006 obbligatorio il campionamento su tutti i capi adulti macellati (compatibilmente con le strutture degli impianti di macellazione).
Nel 2006 sono stati eseguiti 1493 campioni di tronco encefalico e cervelletto su ovini e 250 su caprini. A seguito del campionamento sono stati evidenziati 2 focolai di scrapie di cui uno nel territorio della ASL 2, prontamente estinto con abbattimento di tutti i capi presenti nelle aziende interessate e tutti i provvedimenti di restrizione negli allevamenti epidemiologicamente correlati.

Nel settore Suino l'anno 2006 è stato caratterizzato dalla entrata in vigore del Reg. 2075/2005 che ha comportato una profonda riorganizzazione del settore.
In primis si è resa necessaria la riorganizzazione delle macellazioni domiciliari istituendo dei concentramenti dove vengono portati a visita i visceri degli animali macellati a domicilio, in giorni e orari stabiliti.
Il Reg. 2075/2005 ha comportato la necessità di avere dati epidemiologici su trichina nel territorio dell'ASL 2 ed ha portato ad un accordo con la Provincia di Lucca - Settore Caccia per la ricerca di Trichine anche sui cinghiali cacciati.

DATI

Prelievi su suini macellati	3107
Campioni esaminati (ASL 2 + ASL 12)	3329
Cinghiali esaminati (ASL 2 + ASL 12	1530
Totale campioni esaminati	*4859*

I sopralluoghi nelle industrie alimentari e l'attività di Supervisione Veterinaria sono stati rivolti essenzialmente al miglioramento della gestione delle procedure di autocontrollo delle varie attività produttive, per adeguare l'industria alimentare all'applicazione dei Reg 852-853/04/CE ed alla responsabilità diretta del produttore nei confronti della sicurezza alimentare.
L'anno 2006 è stato caratterizzato dall'entrata in vigore del Reg 2073/2005 sui criteri microbiologici degli alimenti che ha comportato una revisione completa dei piani di autocontrollo di tutte le imprese alimentari per adeguarsi ai nuovi criteri di sicurezza alimentare e sui criteri di igiene di processo. L'applicazione del nuovo regolamento è stata attuata immediatamente nella ASL 2.
I risultati ottenuti sono buoni e con qualche difficoltà tutti gli stabilimenti riconosciuti sono a regime.
Va ricordato che tutte le attività sono state concordate con l'area vasta Nord Ovest in varie riunioni.
Sempre nell'anno 2006 è stato fatto un ulteriore passo avanti riuscendo a classificare le imprese alimentari secondo livelli di rischio delle linee guida emanate dalla Regione Toscana e questo ha reso possibile la programmazione delle attività di controllo per l'anno 2007 secondo livelli di rischio, (prog.12 P.S.R. Toscana) ed è iniziata la valutazione del rischio nelle imprese al dettaglio.

Sempre nelle industrie alimentari di settore sono stati verificati anche i sistemi di tracciabilità e rintracciabilità dei prodotti che sono stati messi alla prova dal Sistema di allerta divenuto completamente operativo.

Nel Novembre 2006 si è avuta l'ispezione del F.V.O. di Dublino (Organo di vigilanza della Commissione Europea) sullo stato di igiene delle imprese alimentari in Italia e lo stato di applicazione dei nuovi regolamenti.
Questo ha impegnato il tutto il settore della Sanità pubblica veterinaria in uno sforzo notevole.
L' ispezione negli stabilimenti della Toscana è andata bene e nessuna osservazione è stata fatta nei confronti della Sanità Pubblica Veterinaria a Lucca mentre il report di ispezione è stato negativo per l'Italia; fatto che ha generato una nuova ispezione della quale non si conosce l'esito.

Il settore avicolo ha superato l'emergenza Influenza Aviaria.
Si espande e si consolida la produzione di Miele e Prodotti dell'alveare che raggiunge numeri di assoluta importanza sia come attività primaria che come laboratori di produzione.

Anche il settore dell'acquacoltura si espande ed aumenta la produzione.
L'esecuzione di prelievi di campioni nel contesto del Piano Nazionale Residui su ormoni, farmaci e contaminanti ambientali nelle carni di animali macellati nella nostra ASL non ha evidenziato situazioni di rischio particolari con nessuna positività risultata. Questo è un dato importantissimo da portare a conoscenza del consumatore ed anche degli operatori economici e dimostra come il sistema di prevenzione su trattamenti illeciti, farmaci e contaminanti sia attivo e funzionante e che le derrate provenienti da alimenti di origine animale siano sicure anche riguardo questi aspetti.

Per quanto attiene alla vigilanza programmata per il controllo microbiologico degli alimenti negli esercizi di vendita, e nell'industrie alimentari, in questo anno si sono registrate 4 positività per salmonella.

Nel 2006 il controllo sulle micotossine nel latte e nei prodotti a base di latte, in particolare della aflatossima M1, è sempre stato nei limiti della norma. Pertanto i problemi rilevati nell'anno 2004 sono da ritenere superati. Rimane comunque alta l'attenzione su questa tipologia di alimenti dato il target di consumatori e l'andamento climatico del 2007.

Rimane consolidato il rapporto con le principali associazioni di categoria dei produttori ed esercenti del commercio, attraverso attività di formazione e informazione relative alla attivazione e gestione dei sistemi di autocontrollo ai sensi dell'ex D.Lvo 155/97 ora riassorbito nei regolamenti 852-852/2004.

E' continuato il programma di educazione sanitaria presso le scuole ed istituti sulla corretta gestione degli alimenti in ambito domestico in modo da creare una coscienza igienica di base e prevenire le tossinfezioni alimentari che in questo ambiente possono manifestarsi. Da sottolineare al riguardo la collaborazione con l'UO di Educazione Sanitaria.

SINTESI DATI DI ATTIVITA'

UGB Macellati	11703
Campionamenti effettuati	276 + 1535 prelievi per TSE + 3129 prelievi per Trichine
Illeciti penali	4
Sanzioni amministrative	30
Prescrizioni impartite	216
Controlli UVAC	193
Sospensioni attività	1
Indagini allerte	18

5.1.6 Medicina legale

Zone-distretto Piana di Lucca e Valle del Serchio

In base agli indirizzi del Piano Sanitario Regionale 2005/2007 e alle disposizioni aziendali la U.O. di Medicina Legale è tenuta ad assicurare prestazioni agendo su aree di lavoro complesse quali:

- tutela dei portatori di menomazioni
- sicurezza sociale
- accertamento della morte
- diritto al lavoro
- bioetica
- tutela dei diritti dei cittadini
- appropriatezza delle prestazioni
- attività di consulenza per prevenzione dei conflitti, gestione del contenzioso e del rischio clinico.

Tutela dei portatori di menomazioni

Gli obiettivi specifici erano il contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni di competenza con in particolare la riduzione dei tempi di attesa delle visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap, la disabilità a fine di integrazione lavorativa.
In tal senso si sono raggiunti i risultati evidenziati nelle tabelle seguenti.

Tabella 51 - Risultati ottenuti Medicina Legale Lucca 2006

Certificazione di competenza	*Obiettivo Regionale PSR generico*	*Obiettivo 2006 di budget Az. USL 2*	*Risultato medio raggiunto nel 2006*
Invalidità civile	Riduzione tempi di attesa per le visite	Effettuazione invito a visita entro 90 gg nel rispetto del DPR 698 del 21 settembre 1994	Visita al 76°gg
Visite Handicap L.104/92	Riduzione tempi di attesa per le visite	Effettuazione invito a visita entro 90 gg nel rispetto del DPR 698 del 21 settembre 1994	Visita al 92°gg

L'obiettivo della Regione Toscana del 2005, in merito ai tempi di attesa in ambito di Invalidità Civile e disabilità, ovvero di effettuare le visite entro 60 gg non è stato raggiunto nel 2006 a causa dell'intervento della legge 80/2006, che ha imposto l'anticipazione delle visite oncologiche, e dell'aumento della domanda di riconoscimenti di invalidità civile.

Tabella 52 - Dati sulle prestazioni erogate nel 2006 – Medicina Legale

Descrizione Prestazione	***Anno 2001***	***Anno 2002***	***Anno 2003***	***Anno 2004***	***Anno 2005***	***Anno 2006***
Zona Piana di Lucca						
Visite Commissioni Invalidi Civili	2541	2685	2928	3008	2728	3393
Visite Commissioni Handicap	334	390	440	466	477	694
Visite Commissione Legge 68/99	317	356	479	235	243	
Totale Piana di Lucca	**3192**	**3431**	**3847**	**3709**	**3448**	
Zona Valle del Serchio						
Visite Commissioni Invalidi Civili	1250	1341	1342	1522	1300	1478
Visite Commissioni Handicap	105	288	252	258	283	281
Visite Commissione Legge 68/99	158	333	92	88	101	
Totale valle del Serchio	**1513**	**1962**	**1686**	**1868**	**1684**	
ASL2						
Totale ASL2	**4705**	**5393**	**5533**	**5677**	**5132**	

In merito al monitoraggio i dati del 2006 a confronto con quelli del 2005 ci indicano che, complessivamente nella Piana di Lucca ed in VdS, l'attività ha subito un netto incremento quantitativo; in particolare:

- Invalidità civile, cecità, sordomutismo: visite esitate 5871 (3393 Lucca e 1478 VdS), con circa il 45% di aumento rispetto al 2005
- Handicap: 2006 - visite esitate 875 (694 Lucca e 281 VdS), con circa il 20% di aumento.

Relativamente ai tempi di attesa, in base alla rilevazione delle ultime sedute di visita del 2006, i dati sono i seguenti:

- Invalidità civile: 76 gg;
- Handicap: 92 gg.

Concludendo, l'indicatore della realizzazione degli inviti a visita entro 90 gg sia per l'invalidità civile che per l'handicap è stato rispettato.

Considerato che nella Piana di Lucca l'utenza visitata è più del doppio di quella della VdS, anche i valori medi dei tempi di attuazione delle visite per invalidità civile ed handicap, in proiezione al 31 dicembre, sono minori di un terzo e comunque inferiori anch'esse a 90 gg.

Gruppo/Progetto aziendale "Rischio clinico e osservatorio per la prevenzione della gestione dei conflitti e del contenzioso" - Appropriatezza delle prestazioni/Consulenze per il Sistema di Pubblica Tutela: diritti dei cittadini/Bioetica.

In materia di gestione del contenzioso e di prevenzione dei conflitti, è stato realizzato quanto segue:

- delibera del DG n. 514 del 27/06/2003 di Costituzione dell'Osservatorio aziendale per la Prevenzione dei Conflitti e la qualità dell'Assistenza,
- partecipazione, con azione di coordinamento a livello di area vasta, degli Osservatori Medico-Legali aziendali di tutte le Aziende Sanitarie, ai sensi della delibera G.R. n.657 del 20/6/2005, alla Costituzione di un coordinamento di area vasta per la gestione del rischio clinico e delle coperture assicurative e, nel 2006, partecipazione del Direttore della UO di Medicina Legale ai lavori del Nucleo Tecnico Regionale per il Coordinamento ed il Monitoraggio del Sistema Assicurativo ed Amministrativo del Contenzioso, istituito con Deliberazione della GRT n.674 del 25/9/2006 e Decreto regionale n.4977 del 20 Ottobre 2006;
- produzione delle procedure di funzionamento degli Osservatori medico-legali;
- produzione di una scheda di analisi del contenzioso e di rilevazione delle criticità medico-legali con individuazione di priorità di intervento in ambito di rischio clinico;
- produzione della scheda di monitoraggio-rilevazione amministrativa e medico-legale del contenzioso a livello di area vasta, aziendale ed in sede regionale;
- produzione di statistiche medico-legali in materia di contenzioso e reclami;
- attività di consulenza medico-legale per la U.O. AA.GG.e LL anche a fine di studio delle Riserve, che ha portato alla realizzazione in collaborazione con il broker di area vasta ad un ridimensionamento delle riserve assicurative da euro 6,2 milioni ad euro 3,9 milioni con successivo possibile abbattimento del premio assicurativo per responsabilità professionale verso terzi a seguito di gara di appalto con un risparmio di euro 800000 nell'anno 2006 e che trova attualmente impegnata l'UO di Medicina Legale nell'attività di consulenza per responsabilità professionale, come da accordo assicurativo per l'assicurazione aziendale;
- integrazione dell'attività medico-legale nel sistema di pubblica tutela (URP, CMC, Difensore Civico Regionale) con realizzazione di un'azione chiarificatrice sui reclami avanzati, diminuendo le possibilità di ricorso successivo in azioni legali risarcitorie e nelle attività bioetiche aziendali;
- realizzazione di giornate formazione per medici ed infermieri in materia di cartella clinica e cartella infermieristica nel 2005 per primari e caposale e nel 2007, gennaio e febbraio, (8 giornate), per medici dirigenti ospedalieri e infermieri;
- preparazione per utilizzo di un sistema a griglia di valutazione/autovalutazione della cartella clinica e cartella infermieristica ai fini di verifica della attuazione di una corretta compilazione sia per finalità di buona assistenza che per prevenzione da esposizione a potenziale procedimento legale ed avvio dello studio sull'archivio dell'Osservatorio medico-legale aziendale, con realizzazione di un database da utilizzare a confronto con lo studio interno delle cartelle cliniche ed infermieristiche nei reparti, da concludere nel 2007 per la fase di avvio, stabilendo una ulteriore fase di autovalutazione dei reparti. Tale pratica è all'attenzione della ARS per una eventuale applicazione regionale;
- preparazione per utilizzo nel 2006 di un sistema a griglia base per la registrazione dell'informazione data e per la raccolta del consenso, salvo le eccezioni di legge per il consenso per favorire la piena aderenza alla attuazione del capitolo quarto del codice di deontologia medica, che regolamenta i comportamenti di buona pratica clinica in materia di consenso informato, omogeneizzando le modalità di registrazione del colloquio avvenuto avviato nel 2006 e da concludere nel 2007;
- preparazione per realizzare il progetto di formazione su Diritto alla Salute, diritto alle prestazioni e prevenzione dei conflitti, coordinato dalla ASL 2 di Lucca per tutta l'Area Vasta, riproposto nel 2007 per motivi organizzativi.

In materia di gestione del rischio clinico, è stato realizzato quanto segue:

- nomina del Referente, Coordinatore del GGRC della Azienda USL 2 Lucca, come da delibera n.200/2005;
- seminario di lancio effettuato il 20 aprile 2005;
- costituzione del Comitato per la sicurezza del paziente e del Gruppo per la GRC, come da delibera n.376 del 12 maggio 2005;
- formazione del GGRC,(nel numero di 14 membri), nel corso di Area Vasta nei giorni 2, 23 e 24 maggio e 27 e 28 giugno 2005;
- formazione dei facilitatori, (nel numero di 15), nel corso di Area vasta iniziato il 7 ottobre 2005 e conclusosi il 16 febbraio 2006;
- piano aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, approvato in data 12 settembre 2006 con Deliberazione del DG n.629;
- partecipazione del Referente al corso di formazione biennale per Riskmanager, conclusosi il 20 settembre 2006;
- scelta e preparazione di due Audit; avvio della pratica degli audit nel 2006 e realizzazione di un audit, concluso nel 2007 sulla conta delle garze in sala operatoria;
- produzione di una scheda terapeutica unica ed avvio e realizzazione della formazione per i reparti interessati con introduzione della scheda;
- produzione di una scheda per la conta delle garze ed avvio e realizzazione degli incontri per i reparti interessati con introduzione della scheda;
- avvio del progetto mani pulite in ospedale con incontri di formazione, sia nella piana di Lucca che nella VdS, con gli operatori e distribuzione di materiale informativo e del gel alcolico per il lavaggio delle mani all'interno del Piano aziendale per la prevenzione delle infezioni ospedaliere;
- realizzazione nel 2006 del primo piano di formazione per gli utenti del rischio clinico con formazione di n.119 operatori, (per il 2007 il nuovo corso ne prevede formati altri 450 circa);
- avvio della produzione dei piani di prevenzione delle cadute e di salvaguardia delle protesi dentarie e della prevenzione delle lesioni da decubito;
- realizzazione e applicazione del protocollo in tema di diagnosi di avvelenamento da funghi con condivisione e diffusione dello stesso in ospedale tra i reparti interessati;
- piano di accesso alle banche dati per interazioni fra farmaci e fra farmaci ed alimenti, utilizzo di tesserino traccia-farmaci ed utilizzo nelle gare di acquisto dei farmaci del criterio del miglior design delle confezioni per evitare errori di scambio o di posologia (piano da realizzare sulla base delle indicazioni regionali);
- protocollo per uso corretto degli antibiotici (piano da realizzare sulla base delle indicazioni regionali);
- realizzazione della proposta di piano di formazione sulla comunicazione interdisciplinare ed interprofessionale a fine di miglioramento qualitativo e preventivo sui conflitti con le persone assistite (predisposizione nel 2006 di un questionario da diffondere tra i reparti ospedalieri e da studiare da parte del GGRC in collaborazione con la Direzione Ospedaliera);
- realizzazione del progetto per protocollo su tecniche di identificazione del paziente con produzione e diffusione del protocollo tra i reparti interessati.

Sono stati regolarmente effettuati numero 1 incontro mensile del GGRC.
Sono stati analizzati 12 eventi sentinella.
Sono entrati in funzione i 4 riskmanager previsti in deliberazione in aggiunta al clinical riskmanager aziendale.

Tabella 53 - Medicina Legale prestazioni realizzate. Piana di Lucca.

Descrizione Prestazione	**Anno 2001**	**Anno 2002**	**Anno 2003**	**Anno 2004**	**Anno 2005**	**Anno 2006**
Zona di Lucca						
Visite Commissioni Invalidi Civili/Ciechi/Sordi prelinguali	2541	2685	2928	3008	2728	3393
Visite Commissioni Handicap	334	390	440	466	477	694
Visite collegiali Comm. Medica Locale patenti guida	3891	3517	4019	4401	4587	4679
Visite Commissione Legge 68/99	317	356	479	235	243	294
Visite Collegio Medico per idoneità al servizio	193	195	114	81	44	22
Visite necroscopiche polizia mortuaria	755	764	805	805	759	718
Visite Collegio ricorsi vari	21	26	51	56	35	64
TOTALI	8052	7933	8836	9052	8843	9864**+ 6000***

Tabella 54 - Medicina Legale prestazioni realizzate. Valle del Serchio.

Descrizione Prestazione	**Anno 2001**	**Anno 2002**	**Anno 2003**	**Anno 2004**	**Anno 2005**	**Anno 2006**
Zona VDS						
Visite Commissioni Invalidi Civili	1250	1341	1342	1522	1300	1478
Visite Commissioni Handicap	105	288	252	258	283	281
Visite collegiali Commissione Medica Locale patenti guida						
Visite fiscali domiciliari						273*
Visite fiscali ambulatoriali USL						
Visite fiscali ambulatoriali per conto INPS						
Visite Commissione Legge 68/99	158	333	92	88	101	139
Visite Collegio Medico per idoneità al servizio					2	3
Visite necroscopiche polizia mortuaria						
Visite ambulatoriali con certificazione			57	80	80	150
Visite Collegio ricorsi vari						
Visite richieste Magistrato Sorveglianza						
Prelievi/Tine Test/Mantoux						
Esami riflessi semplici e complessi patenti guida cat C-D-E						
TOTALI	1513	2059	1906	1948	1821	2178+ 273*
Visite Invalidità Civile effettuate a domicilio Barga			21			
Visite Handicap effettuate a domicilio Barga			3			
Visite Invalidità Civili effettuate a domicilio Castelnuovo			35			
Visite Handicap effettuate a domicilio Castelnuovo			19			
Totale			78	37	20	

**A questi dati sono da aggiungere i dati relativi a visite fiscali,visite ambulatoriali con certificazione, visite per esenzione tasse,mantoux, riflessi per patenti C-D-E, corsi.*

Infine nel 2006 è stata ampia l'attività di consulenza in ambito Epidemiologico, Educazione sanitaria e Formazione.

Nell'anno 2006 la U.O. ha contribuito in materia di formazione del personale in sede aziendale e di Area Vasta per i seguenti corsi:

- Corso HPH e Cartella Clinica di Area Vasta;
- Corso su discriminazione in ambito sanitario per HIV;
- Cartella clinica e cartella infermieristica: aspetti qualitativi e medico-legali;
- Qualità in ambito del Dipartimento della Prevenzione;
- Gestione del rischio clinico: formazione facilitatori del rischio clinico;
- Gestione del rischio clinico: formazione utenti del rischio clinico;
- Avvio formazione su "mani pulite" in ambito rischio clinico;
- Conclusione del Corso di riskmanager di livello regionale con partecipazione al Work-shop.

5.1.7 Laboratorio di Sanità Pubblica

Il Laboratorio di Sanità Pubblica dell'Area Vasta Toscana Nord Ovest (LSP) opera a supporto e integrazione dell'attività di prevenzione collettiva dei Dipartimenti di Prevenzione (DP) delle Aziende UU.SS.LL. dell'Area Vasta (AV) (ASL N° 2 di Lucca, ASL N° 12 della Versilia, ASL N° 5 di Pisa, ASL N° 6 di Livorno) e degli altri Enti della Pubblica Amministrazione. Può erogare prestazioni anche per soggetti privati.

Il complesso iter di costituzione del LSP, che ha sede a Capannori presso il DP, e che ha visto la "chiusura" delle articolazioni territoriali periferiche (laboratori di Pisa, Livorno, Massa) con l'integrazione delle stesse nella struttura unificata di Lucca, è ad oggi concluso.

Nel 2005 le attività biotossicologiche hanno conseguito la conformità alla norma europea UNI CEI EN ISO/IEC 17025 e a quanto previsto dall'art.3 del D.Lgs. 156/97 in relazione ai metodi di prova accreditati. Il LSP è iscritto nell'elenco dei laboratori riconosciuti dall'ISS al numero 0039.

Programmazione e bilancio

Con deliberazione n. 287 del 14.04.05 del Direttore Generale dell'ASL 2 di Lucca è stato predisposto il regolamento di organizzazione del LSP. E' stato istituito un comitato di coordinamento del LSP, formato dai direttori dei DP di AV e dal direttore del LSP, che effettua la programmazione annuale dell'attività.
Il LSP predispone un bilancio elaborando un conto economico preventivo ed effettuando una verifica a consuntivo, entrambe sottoposte alla approvazione dei cinque direttori generali (DDGG) delle AUSL di AV che contribuiscono, assieme alla Regione Toscana, alla copertura dei costi della produzione del laboratorio, finalizzato al pareggio di bilancio.
E' stato attivato un sistema di contabilità analitica per la valutazione del costo di ogni determinazione stimando i fattori produttivi impiegati al fine di valutare i costi reali delle prestazioni per un confronto con il tariffario regionale vigente.

Sistema di raccolta e trasporto dei campioni

Personale tecnico del LSP e del DP effettua il trasporto di campioni a matrice varia, di referti d'analisi e di attrezzature dalle ASL n° 5 di Pisa, n° 1 di Massa, n° 12 di Viareggio,

n° 2 di Lucca, dai punti di raccolta territoriali alla sede del LSP. Per l'ASL di Livorno opera una ditta privata. Lo spostamento delle attrezzature di campionamento favorisce e potenzia l'uso integrato in campo.
Per il 2007 è allo studio la possibilità di effettuare i trasporti nell'ambito del servizio di magazzino e trasporto farmaci di AV, gestito dall'ESTAV, allorquando quest'ultimo sarà operativo.

Attività analitiche

Il LSP svolge complessivamente attività nei settori sotto descritti erogando prestazioni, oltre che per i DP, anche per soggetti pubblici e privati.

Biotossicologia acque

- analisi microbiologiche di acqua per il consumo umano
- analisi microbiologiche di acqua di piscina
- analisi microbiologiche di acqua per la dialisi
- analisi microbiologiche di acqua termale
- analisi microbiologiche di acqua di sorgente

Biotossicologia alimenti

- analisi microbiologiche su campioni di alimenti e bevande nelle fasi di: produzione e vendita diretta (pasticcerie, gelaterie, ecc.); trasformazione e distribuzione (mercati, supermercati, ecc.), somministrazione e ristorazione collettiva
- controlli ambientali nella fase di produzione
- controllo ufficiale sulle acque minerali
- determinazione degli indici e degli indicatori di qualità igienico-sanitaria e di buona prassi di produzione

Alla luce dei nuovi regolamenti CE in materia di igiene e sicurezza alimentare c'è da attendersi una diversa strategia di programmazione in materia di campionamento con conseguenti riflessi sulle corrispondenti analisi.

Agenti Chimici e Tossicologia Occupazionale

- analisi di sostanze organiche volatili su campioni aerodispersi in ambienti di vita e di lavoro
- analisi di metalli su sostanze e polveri in aria
- ricerca di metaboliti e sostanze nei liquidi biologici su personale esposto ad agenti di rischio chimico in ambienti di lavoro (Es: SOV, metalli)

L'attività analitica è legata all'utilizzo di strumentazione ad alta tecnologia ed i dati necessitano di elaborazioni complesse con l'allungamento dei tempi di refertazione. E' quindi importante una programmazione dei campionamenti per campagne o piani mirati che consentano un uso continuativo e ottimale della strumentazione in dotazione.

Agenti fisici, polveri e fibre

- determinazione della silice su campioni in massa e su filtri
- identificazione e classificazione di fibre di amianto e di altra natura; valutazione dello stato di conservazione delle lastre di eternit
- prelievo e conteggio di polveri e fibre aerodisperse in MOCF ed in SEM
- misurazioni di radiazioni ionizzanti (radioattività) e non ionizzanti (campi elettromagnetici)

- misurazioni di rumore e determinazione requisiti acustici passivi degli edifici
- determinazioni delle vibrazioni in ambienti di vita e di lavoro
- determinazioni microclimatiche

Anche per queste attività analitiche valgono le considerazioni già espresse relativamente alle analisi chimiche. Inoltre l'acquisto del microscopio elettronico a scansione (SEM) ha completato la dotazione del laboratorio polveri e fibre, consentendo analisi rapide di restituibilità per i cantieri di bonifica dell'amianto in matrice friabile (es: vapordotti area geotermica dell'Alta Val di Cecina).

Agenti biologici

- analisi microbiologiche per la prevenzione delle infezioni ospedaliere (tamponi ambientali, controllo di sterilità delle autoclavi degli ospedali, controllo della qualità dell'aria e delle superfici nelle strutture ospedaliere)
- analisi preventive e di verifica per legionelle in impianti domestici, sanitari, alberghieri
- analisi microbiologiche in ambienti di vita e di lavoro

Tabella 55 – LSP: prestazioni erogate espresse come parametri. Anno 2006.

Biotossicologia Acque	***Totale***
Parametri	22747
Biotossicologia Alimenti	***Totale***
Parametri	14422
Biotossicologia Acque e Alimenti	***Totali***
Parametri complessivi	37169
Tossicologia Occupazionale e Igiene Industriale Agenti Chimici	***Totale***
Parametri	7486
Igiene Industriale Agenti fisici polveri e fibre	***Totale***
Parametri	4649
Igiene Industriale e Tossicologia Occupazionale	***Totali***
Parametri complessivi	12135

Le prestazioni erogate nell'anno 2006 espresse come parametri sono riportate in *Tabella 55*.

Nella *Tabella 56* viene riportato il confronto tra il 2005 e il 2006.

Tabella 56 – LSP: Confronto anni 2005 e 2006.

Totale Biotossicologia	
Campioni 2005	7963
Campioni 2006	7889
Parametri 2005	40259
Parametri 2006	37169
Totale Igiene Industriale e Tossicologia Occupazionale	
Parametri 2005	26258
Parametri 2006	12135
Totale parametri LSP	
Anno 2005	66517
Anno 2006	56902

La riduzione di attività si è in pratica verificata per la contrazione dei parametri analitici chimici. Infatti le altre linee produttive sono rimaste sostanzialmente invariate quantitativamente. La contrazione si è determinata per il ridotto afflusso di campioni da parte dei DP, nel 2005 pervenuti anche a seguito di grosse campagne previste da progetti di area vasta o regionali (es: cancerogeni, indoor scuole, algoritmo).
D'altra parte la contrazione è del tutto logica tenendo conto della situazione del personale nel settore chimico, al di sotto dello standard minimo, condizione da raggiungere con l'attuazione del piano di sviluppo 2007, che viene sinteticamente descritto nel seguito.

Obiettivi generali 2007

E' stato elaborato un piano di sviluppo che prevede la riorganizzazione della struttura ed il riequilibrio di personale. Ciò consentirà, con il pensionamento di due dirigenti biologi, la ridistribuzione di personale nel laboratorio, con l'inserimento di 1 chimico dirigente, 1 tecnico di laboratorio, 1 amministrativo ed 1 biologo a contratto. Inoltre le strutture complesse verranno ridotte da tre a due.
Si avrà il miglioramento dei costi a prestazione per la Biotossicologia e l'incremento di prestazioni chimiche per l'Igiene Industriale e Tossicologia Occupazionale senza ulteriori incrementi di costi di personale.

Relazione Attività del Gruppo Comunicazione e Sup

Figura 16 - Accessi sito web dipartimentale anni 2004-2006

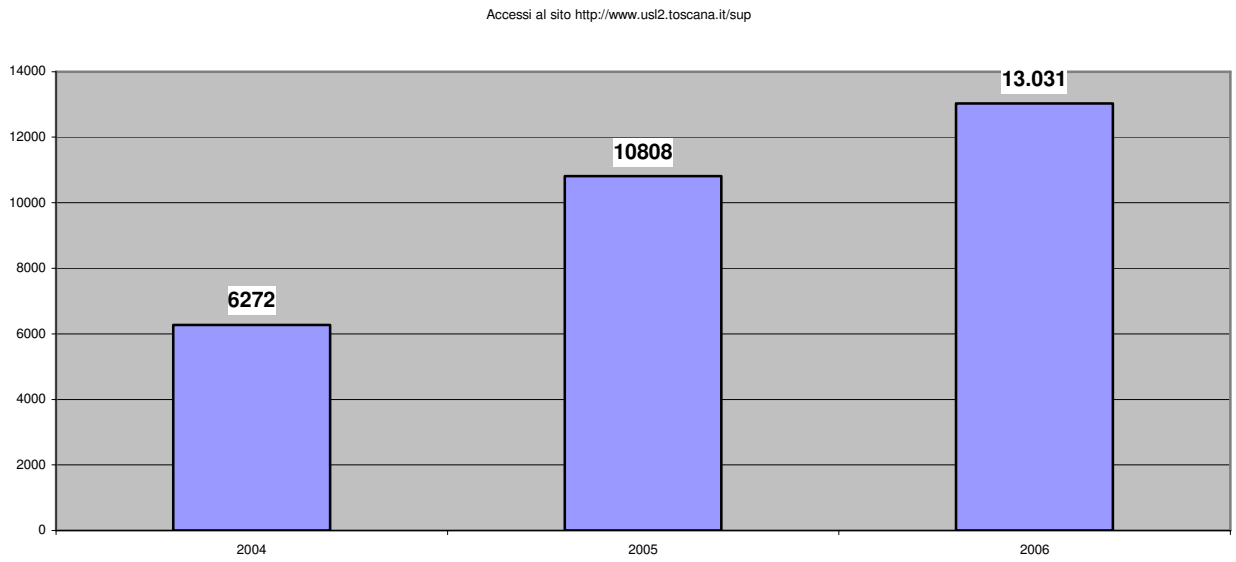


Tabella 57 - Accessi al sito web dipartimentale. Confronto anni 2004-2006

	Visite				Pagine visitate			
	2004	2005	2006	Incremento 2006/2005	2004	2005	2006	Incremento 2006/2005
Totale	6272	10808	13.031	21%	8681	16147	18.784	16%
Media mensile	523	901	1085		723	1346	1565	

Il progetto per il miglioramento della comunicazione interna e il software intranet del dipartimento di prevenzione

Le problematiche connesse alla comunicazione interna, intesa come strumento per il miglioramento della performance del dipartimento e del clima interno all'organizzazione sono state affrontate con un ampio progetto, partito nel 2005 con un questionario somministrato a tutti gli operatori.
E' stato elaborato un piano di comunicazione interna che prevede, tra l'altro, una serie di riunioni a vari livelli, standard per le riunioni e la condivisione di documenti come i verbali del comitato direttivo, gli atti deliberativi che riguardano il dipartimento, le iniziative di formazione, le attività dei gruppi di lavoro.
E' stato elaborato, con risorse interne al dipartimento, un software che integra le funzioni di posta elettronica con quelle del web avvisando in tempo reale i gruppi di operatori interessati circa la presenza di un nuovo documento.
Il progetto e il software sono stati presentati in Regione Toscana al comitato dei direttori di dipartimento. Alcuni dipartimenti di prevenzione toscani hanno fatto richiesta per l'uso del prodotto e stanno adottando modelli analoghi a quello sviluppato a Lucca.

Il progetto news di area vasta

Il dipartimento di prevenzione di Lucca è capofila del processo "News di area vasta".
Si tratta di un prodotto software sviluppato dal dipartimento di prevenzione di Lucca in base ad un progetto elaborato congiuntamente con le ASL dell'Area Vasta Toscana Nord Ovest che facilita la sinergia tra i cinque dipartimenti nella produzione di notizie in ambito di Igiene e sanità pubblica, Igiene degli alimenti, Luoghi di lavoro, Sanità Pubblica Veterinaria e Medicina Legale.

La banca dati della comunicazione in ambito di prevenzione collettiva

E' un progetto ideato e realizzato dal Dipartimento di Prevenzione di Lucca per conto del gruppo regionale "Comunicazione in ambito di prevenzione collettiva".
L'obiettivo è quello di condividere le iniziative di comunicazione dei dipartimenti di prevenzione toscani (convegni, brochure, campagne di comunicazione, etc) e di diffondere attraverso il web tali iniziative.
Il software, realizzato da personale del dipartimento di Lucca e ospitato sul webserver aziendale, è oggetto di valutazione anche da parte di altri gruppi di lavoro regionali (formazione, agricoltura, etc).

Tabella 58 – Sportello unico della Prevenzione: statistiche di attività. Anno 2006.

1	vidimazione registro infortuni	**924**
2	registrazione allevamento	**438**
3	anagrafe canina	**731**
4	antigienicità, igienicità e sovraffollamento case	**62**
5	registro trattamenti farmaci per animali	**46**
6	macellazione per uso privato	**267**
7	passaporto cani, gatti furetti	**134**
8	smarrimento marche auricolari	**68**
9	ordine marche auricolari	**99**
10	atto in entrata Igiene Pubblica	**157**

11	atto in entrata Veterinaria	**242**
12	atto in entrata PISLL	**109**
13	Pubblico info varie Igiene Pubblica	**268**
14	Numero verde	**563**
15	Pubblico info varie Veterinaria	**907**
16	Pubblico info varie PISLL	**1017**
17	Telefono: informazioni Veterinaria	**3181**
18	telefono: informazione Igiene	**507**
19	Telefono: informazioni PISLL	**671**
20	Telefono: informazioni Medicina Legale	**14**
21	Telefono: informazioni laboratorio	**358**
22	Autorizzazione trasporto animali vivi	**44**
23	Comunicazione trattamenti diserbanti in agricoltura	0

Figura 17 - Sportello unico della Prevenzione: attività per prestazioni. Anno 2006

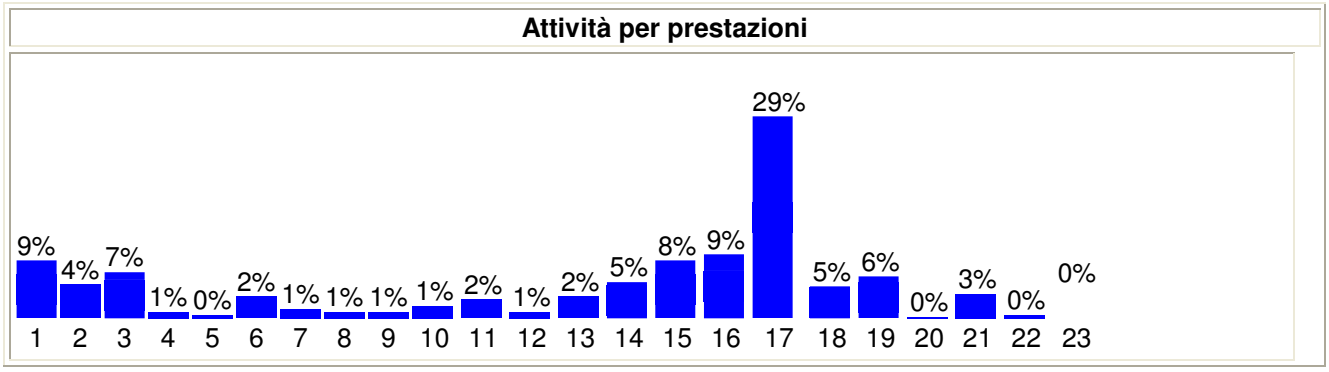
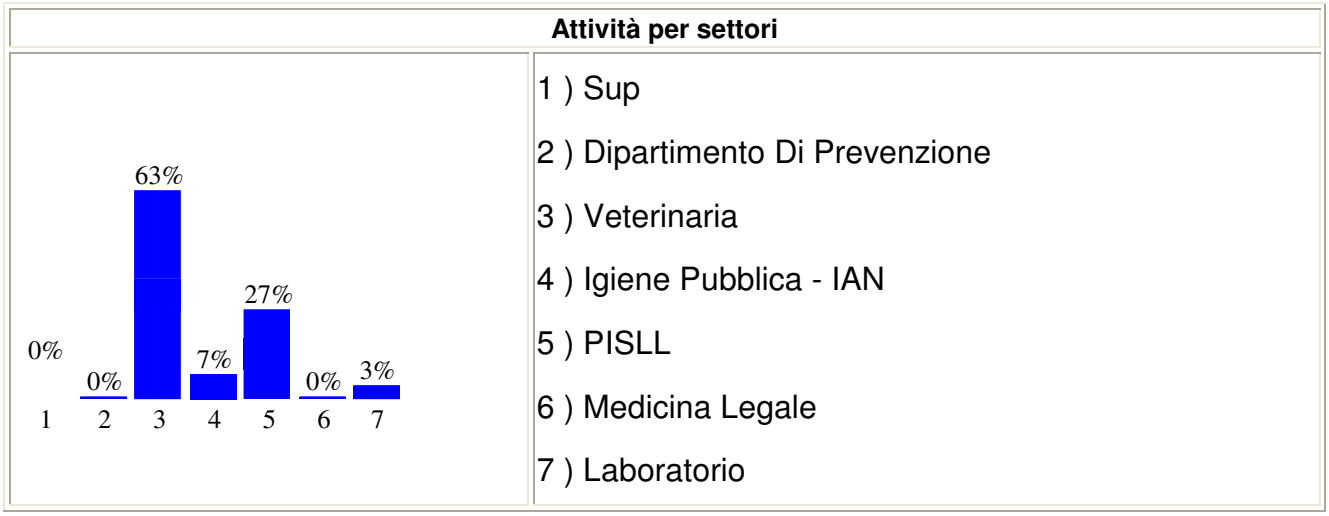


Figura 18 - Sportello unico della Prevenzione: attività per settori. Anno 2006



5.2 PROGETTI OBIETTIVO

5.2.1 La tutela della salute mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è la struttura organizzativa della ASL finalizzata alla promozione della salute mentale, alla prevenzione cura e riabilitazione dei disturbi psichici, nonché di quelli neurologici e neuropsicologici in età evolutiva.
La sua organizzazione risponde alle indicazioni del Piano Sanitario Regionale, secondo il modello del dipartimento tecnico-scientifico composto da strutture organizzative multiprofessionali (le Unità Funzionali), per garantire la formulazione e l'attuazione di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati ed integrati, e con presidi articolati in rete in modo da assicurare l'unitarietà dei percorsi terapeutici ed assistenziali.
Il Dipartimento di Salute Mentale assicura la risposta all'urgenza-emergenza per i disturbi mentali sia a livello territoriale che ospedaliero, in collegamento con il Dipartimento dell'Emergenza Urgenza, con i Medici di Medicina Generale ed i servizi di continuità assistenziale e delle dipendenze.
Operano nel DSM due UU.FF. per la Salute Mentale Adulti (una per la zona Valle del Serchio e una per la zona di Lucca) e una U.F. per la Salute Mentale Infanzia e Adolescenza per tutto il territorio dell'azienda.
Delle UU.FF. Adulti fanno parte psichiatri, psicologi, infermieri ed educatori professionali; della U.F. Infanzia e Adolescenza neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, educatori professionali ed infermieri.

5.2.1.1 Le Unità Funzionali di Salute Mentale Adulti

Metodologia e cornice teorica di riferimento

Lo stile e l'orientamento professionale dei servizi, in costante contatto con altre realtà operative toscane e non, si ispira al modello comunitario ed integrato con la rete sociale locale, con specifico riferimento al paradigma bio-psico-sociale.
Tale modello teorico integra i vari sistemi terapeutici (psicologici, farmacologici, socioriabilitativi), adeguandoli ai bisogni del singolo paziente in un progetto terapeutico personalizzato, da sottoporre a verifiche in itinere.
Il lavoro in équipe e la riunione di programmazione e verifica costituiscono gli elementi essenziali del percorso di cura, che si estende dall'accoglienza alla dimissione. La promozione della salute e l'attività preventiva, aspetti imprescindibili dell'impegno nel settore della salute mentale, completano la missione del servizio.
Continuo è il percorso di riflessione e di sperimentazione avanzata su tecniche di accoglienza e di assistenza in regime di emergenza ispirato alle più accreditate e condivise metodiche di nursing e counseling non coercitivi, orientati alla collaborazione persuasiva e conciliante; costante l'attenzione alla centralità del cittadino utente e al suo contesto familiare, con l'incentivazione dei contatti con le associazioni e la programmazione di iniziative di rete e di "empowerment".

I servizi di Salute Mentale nell'arco del 2006 hanno visto crescere notevolmente la domanda, cercando di garantire buon livello di qualità prestazionale sia per quello che riguarda le attività preventive che quelle terapeutico-riabilitative.
La complessità delle strutture organizzative e della diversificazione dei percorsi assistenziali ha spinto ad una continua ricerca di articolazione delle risposte. Si è cercato di far perno

sulla capacità delle équipes multidisciplinari di adattare l'intervento e la progettazione a livelli di priorità, ritarando risorse umane e tempistica di intervento a seconda del bisogno.

Unità Funzionale Salute Mentale Adulti - Zona Piana di Lucca

Dati di attività

La U.F.S.M.A. di Lucca ha avuto in carico nell'arco del 2006 n. 2.764 pazienti, di cui n. 1.348 quali nuovi entrati (cioè che hanno avuto un primo contatto col servizio).
Le prestazioni specialistiche ambulatoriali globali ammontano a 20.801, suddivise in 15.518 quali prestazioni psichiatriche e 5.283 psicologiche. A queste si aggiungono le attività domiciliari infermieristiche e le prestazioni educativo-riabilitative degli educatori, che per la zona di Lucca rappresentano un settore di notevole impegno e specifico investimento per la U.F.

Il numero di ricoveri psichiatrici di residenti nella zona è risultato ridotto rispetto all'anno precedente (267 a Lucca e 66 fuori ASL) nonostante il numero elevato delle prestazioni globali, la riduzione di 2 posti letto ed il decremento nella durata dei ricoveri presso il SPDC (11,5 gg in media).

Le prestazioni al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Lucca testimoniano l'alta richiesta che c'è nei confronti degli psichiatri in turno presso il SPDC sulle 24 ore; anche per quello che riguarda la risposta alle richieste di consulenza nell'intera area ospedaliera per i vari settori il carico appare piuttosto elevato.

I pazienti seguiti nelle strutture residenziali (Case Famiglia e Gruppi-appartamento) sono stati 48, quelli seguiti nelle strutture semiresidenziali (Centri diurni e progetto Lavoro) 113.
Sono 262 i soggetti che hanno frequentato i laboratori di arte-terapia o che hanno partecipato alle attività ricreative sociali della UFSMA, provenienti in parte dalle strutture gestite dalla Salute Mentale, diurne e residenziali, in parte dal territorio.

Molta l'attenzione prestata al settore della prevenzione dove gli psicologi hanno attuato progetti di formazione e sensibilizzazione a vari livelli, privilegiando tuttavia per il 2006 le situazioni più complesse, vista la pressante richiesta di prestazioni cliniche in emergenza.
Le criticità legate al decrescere di risorse umane ed economiche hanno portato ad implementare il modello operativo ispirato alla "presa in carico subintensiva", orientata alla programmazione prioritaria dei piani di lavoro per emergenza clinica.

Risorse

Personale

Al 31/12/06 la UFSMA di Lucca disponeva di:

- 13 Medici Psichiatri (di cui 1 Responsabile di U.F. e 1 medico a contratto per 12 ore settimanali)
- 6 Psicologi (di cui 1 impiegato in attività extradipartimentali)
- Personale infermieristico (comprende sia SPDC-ospedale sia CSM-territorio):
    - 2 Capo Sala (1 per la U.F.,1 per SPDC ospedale)
    - 30 Infermieri Professionali (di cui 3 da cooperative)
    - 20 Infermieri Generici/OSS (di cui 10 da cooperativa)
- 1 Operatore Tecnico (Addetto al centralino)

- 8 Educatori Professionali (di cui 4 a convenzione con cooperativa ed 1 unità adibita ad altre funzioni)
- 1 Amministrativo (con mansioni ridotte)

Strutture

Le strutture ed i presidi gestiti dalla U.F.SMA di Lucca sono:

- 1 CSM
- 1 S.P.D.C.
- Ambulatori programmati presso:
    - Centro socio-sanitario S. Anna
    - Centro socio-sanitario S. Vito
    - Centro socio-sanitario Capannori
    - Centro socio-sanitario di Camigliano
    - Centro socio-sanitario Turchetto
    - Sede della Misericordia ad Altopascio
- 4 Strutture semiresidenziali:
- 1 Centro Diurno "Villa S.Marco"
- 1 Centro Attività riabilitative "Camigliano"
- Laboratori protetti gestiti dalla "Cooperativa ICARO-S.Gemma" per l'inserimento lavorativo
- Strutture residenziali:
    - Case Famiglia ("La Magnolia" a S. Anna, "La Fenice" a S. Anna e la casa famiglia di S. Maria del Giudice);
    - Gruppi-appartamento assistiti: a S.Anna ("Casa ritrovata"), S. Concordio ("La Colomba"), S.Margherita ("La Gabbianella") e S.Vito, organizzati in varie modalità assistenziali in cogestione con Cooperative.

Centro Salute Mentale

La modalità organizzativa gestionale in un'unica sede di CSM data quasi 8 anni.
Nella nuova sede della "Casina Rossa" è stato dato inizio, nel 2006, all'organizzazione di un nuovo modello di accoglienza della domanda in regime di emergenza-urgenza, attraverso l'utilizzo di locali in regime di Day hospital, quale filtro per eventuali ricoveri in SPDC o gestione di casi particolarmente impegnativi.

SPDC - ospedale

14 posti letto (di cui 2 posti Area Osservazione)
Con l'organizzazione interna del Reparto in atto dal dal Settembre '04 (responsabilità unica CSM/SPDC) si sono uniformate le pratiche ed i percorsi, ottenendo un discreto miglioramento dei contatti col CSM sia in "entrata" che in "uscita"; si sono rese più agevoli le pratiche di ricovero e dimissione, e più frequenti gli incontri per la valutazione clinica dei casi, la supervisione ed i momenti di formazione accreditata a comune.
Inoltre è stata intrapresa con successo l'innovativa esperienza della diminuzione mirata delle contenzioni fisiche con buoni risultati clinici e soddisfazione degli operatori; quasi scomparsi importanti episodi di aggressività e infortuni consequenziali.

Una criticità di forte impatto è quella dei ricoveri cosiddetti "sociali", per la difficoltà riscontrata nel dimettere soggetti che non presentano patologie psichiatriche degne di

soggiorno ospedaliero, dopo periodi anche lunghi di permanenza in SPDC. I motivi sono spesso legati all'impossibilità di fornire adeguate soluzioni sociali all'esterno dell'Ospedale.
I pazienti con diagnosi di uso di sostanze stupefacenti/alcol hanno ricoperto circa il 21% delle disponibilità di posti letto; i pazienti con patologie internistiche circa il 3%.

Centro Diurno "Villa S.Marco"
Eroga attività riabilitative programmate, anche riferite a diversi laboratori, secondo progetti terapeutici individualizzati.
Il trasferimento presso la sede "Area Casina Rossa" ha permesso un parziale ridimensionamento ed una riqualificazione dei servizi che ha trovato unanimità di consensi tra gli operatori e le associazioni, anche se permangono problematiche di turn-over lento per l'inappropriatezza di alcuni inserimenti di pertinenza sociale.

Centro Attività Diurna di Camigliano
Essendo dislocato rispetto ai centri cittadini (e paesani) e sfornito di servizi pubblici, il centro lavora su un gruppo ristretto di pazienti e per poche ore alla settimana (13 pazienti per 32 ore la settimana). Va riprogettata e ricontrattata la disponibilità del Comune di Capannori a fornire soluzioni più idonee.

Casa Famiglia "S.Maria Giudice"
Struttura composta da 2 villette a schiera (per 8 pazienti).
Si riscontra una maggiore integrazione con i servizi CSM ma, per motivi legati agli utenti ivi ospitati (tra cui alcuni provenienti da esperienze di ospedale Psichiatrico), e per la tipologia di assistenza fornita da personale infermieristico in parte di tipo "vetero-psichiatrico" e peraltro in numero limitato di unità, sono ancora presenti alcune difficoltà gestionali che dovrebbero però scomparire una volta espletato il nuovo appalto gestionale .
La degenza è a lungo termine, orientata a piani psico-sociali di riabilitazione con assistenza sulle 24 ore. Potrebbe essere riprogettata una nuova modalità operativa, con graduale creazione di appartamenti assistiti in rete ("Progetto Network-abitare in rete").

Comunità Terapeutica: "Casa Famiglia La Fenice"
(8 posti letto)
Offre assistenza 24/24 ore per patologie psichiatriche che necessitano di degenza a medio termine. Si riscontra attualmente la necessità di riprogrammare la formazione e la dotazione organica del personale, rispetto alle esigenze di assistenza di casi gravi e difficoltosi (la qualità e la quantità degli operatori appaiono al momento più idonee per un'assistenza a soggetti meno impegnativi e più vicini al termine del percorso socio-assistenziale).

Comunità Terapeutica "Casa Famiglia Magnolia" di Massa Macinaia
(8 posti letto)
Ospita 8 pazienti con patologie psichiatriche che necessitano di assistenza 24/24 ore per periodi a medio-lungo termine. L'esperienza è allo stato attuale da giudicarsi positivamente avviata, visti i risultati ottenuti con pazienti anche molto impegnativi sul piano clinico e nonostante il turn-over del personale di assistenza e le carenze riscontrate anche per la C.F. "La Fenice".

Gruppo appartamento: "S. Concordio"
(utenti n° 5)
La struttura, assistita sulle 12 ore, è rivolta a 5/6 pazienti con patologia attenuata e prevalenti bisogni sociali. L'esperienza in corso appare positiva.

Laboratori Protetti "ICARO-S.Gemma"
Il Progetto lavoro ENAIP ha coinvolto 65 pazienti, suddivisi nei due moduli nei quali il progetto è articolato. I pazienti che hanno usufruito di borse lavoro sono stati 54; 12 gli inserimenti lavorativi realizzati nel corso dell'anno.

Progetti di miglioramento qualitativo in atto e programmati

Residenzialità /Alloggi
La chiusura dell'ex O.P. non è coincisa con specifici impegni del "sociale cittadino" a farsi carico del problema della cronicità psichiatrica, con conseguente "ingolfamento" delle strutture attuali con pazienti assistiti nell'ex OP e scarse risorse alloggiative per coloro che hanno terminato il percorso terapeutico.
Persistono difficoltà nell'inserimento abitativo e lavorativo per i pazienti che stanno concludendo il percorso assistenziale.
Permane inoltre il problema dell'assistenza ai casi di alta gravità clinica che necessitano di un'intensità assistenziale non erogabile nelle 3 case Famiglia della nostra ASL.
Per tali motivi si sono presentati alla Regione Toscana due specifici progetti ("Habitat" e "Network"), che sono attualmente al vaglio della Direzione Aziendale.

Assistenza domiciliare
E' in atto un intenso programma di intervento domiciliare, sia da parte di personale sanitario che sociale, allo scopo anche di alleggerire il carico dei familiari coinvolti nell'assistenza di casi difficoltosi nella gestione quotidiana e cronicizzati. Da tempo si è provveduto a riorganizzare le presenze di accoglienza al CSM attraverso modalità atte al recupero di risorse per le visite domiciliari infermieristiche. Continua la sperimentazione (ormai di acclarata efficacia) del progetto speciale finanziato dalla R.T., per il *Counseling Domiciliare*, che confluisce nel progetto "ARCIPELAGO" per il 2006.

Sostegno alle famiglie
Oltre quanto sopra menzionato, è in atto una costante opera di formazione continua interna alla U.F., con la collaborazione del Responsabile e della U.O. di Psicologia, allo scopo di migliorare le capacità degli operatori nel sostenere i familiari. Visto il bilancio positivo del precedente Corso Psicoeducazionale rivolto a familiari di pazienti particolarmente difficili e una buona collaborazione organizzativa con la FASM, è stato riprogettato un nuovo ciclo di incontri. Eventi quali la Festa annuale e la Giornata della Salute Mentale, le uscite (gite, viaggi) del gruppo FASM "Esci con noi", nonché i Corsi di Formazione per volontari FASM hanno visto la piena collaborazione di tutto il CSM.

Progetti riabilitativi sperimentali

- *Inserimenti familiari assistiti ("Affidi"):* ad oggi circa 43 pazienti sono inseriti in famiglie ospitanti (sia a tempo pieno che parziale); continua proficuamente l'attività del Gruppo Affidi con futuro progetto di pubblicizzazione e ricerca. Il gruppo operativo multidisciplinare è stato richiesto da molte ASL, toscane e non, per formare operatori sul tema, vista la consolidata esperienza raggiunta nel settore che ci vede sempre al primo posto in Italia tra le ASL che hanno aderito a questa particolare forma di inclusione sociale per disabili psichici.

- *Arte-terapia:* Attualmente sono attivi 10 laboratori di arteterapia che impegnano proficuamente le loro risorse con circa 120 soggetti in trattamento; i risultati clinici e psicosociali verificati risultano incoraggianti. La complementarietà delle attività e la sperimentazione in corso necessitano infatti di nuove risorse economiche non direttamente ed obbligatoriamente da reperire nel settore di budget sanitario, per cui è stata riorganizzata la intera rete delle attività, con crescente coinvolgimento della Associazione Archimede.
Pur mantenendo alto l'interesse nella qualità dell'intervento ed in una sua verifica più approfondita, si è cercato comunque di evitare implementazioni ulteriori, limitando spesso quantitativamente i progetti ed organizzando eventi ed attività in rete che potessero coinvolgere i pazienti in maniera meno dispersiva.

Formazione del personale

Sono stati attuati vari progetti di formazione rivolti a differenti figure professionali atti a riqualificare gli interventi domiciliari e psicoterapeutici derivanti dagli indirizzi aziendali e strettamente legati ad obiettivi tecnici (miglioramento nella qualità delle prestazioni infermieristiche domiciliari e riorganizzazione delle terapie ambulatoriali psicoterapeutiche verso il modello a breve termine/focale, l'approccio cognitivo e la consultazione).

È in forte crescita l'attenzione degli operatori per la formazione attraverso la supervisione clinica dei casi ed il Nursing psichiatrico in situazioni di difficoltà clinica. Tutto il personale appare motivato, integrato e teso alle prassi innovative.

Attività di prevenzione

Prosegue la complessa e proficua campagna di interventi nelle scuole in collaborazione con insegnanti, volontari, associazioni e, internamente alla ASL, col Ser.T. e l'Educazione Sanitaria e CEIS Scuola, mirati a diffondere la cultura della tolleranza verso il disagio psichico e il superamento dello stigma.

Sono stati organizzati eventi di formazione con la Caritas diocesana e con le Cooperative e Associazioni per aumentare il coinvolgimento di giovani volontari e per migliorare l'informazione sul tema della Salute Mentale e dei suoi servizi.
La UF partecipa a svariate iniziative di Enti locali, dando il proprio contributo di informazione alla popolazione.

Collaborazione con enti ed associazioni

Il Centro Nazionale per il Volontariato affianca costantemente le attività riabilitative e molte della Salute Mentale ormai da molti anni, collocandosi come partner privilegiato in molte delle iniziative intraprese con la FASM o con Archimede.

Prosegue la proficua collaborazione con numerose associazioni e con volontari singoli che seguono, sostengono ed arricchiscono la rete sociale delle attività dei reinserimenti e riabilitazione, contribuendo talora in modo consistente all'attuazione di eventi o addirittura fornendo aiuti economici.

In particolare è stata di spicco l'opera dell'AVO nel Reparto SPDC, portando un forte contributo al processo di cambiamento in atto nel reparto; anche l'Associazione "Don Baroni", dopo un corso di formazione, ha iniziato un progetto di collaborazione con volontari per l'assistenza domiciliare integrata, alla dimissione dal Reparto SPDC di soggetti anziani.

Non ultima va ricordata l'attività di due associazioni molto importanti per il superamento dello STIGMA e le attività di riabilitazione psicosociale:

- L'associazione "Archimede" per la promozione sociale dei prodotti dei laboratori di arte-terapia e artigianali
- "Il Tulipano", gruppo di Auto-Aiuto nato con il supporto esterno della U.F.SMA a dimostrazione del valore della sinergia tra operatori, singoli cittadini/utenti ed associazioni operanti nella realtà locale. Il gruppo di auto muto aiuto ha organizzato una vacanza –campeggio autogestita nella scorsa estate, con grande partecipazione e soddisfazione da parte di utenti e familiari.

Unità Funzionale Salute Mentale Adulti - Zona Valle del Serchio

Dati generali di attività

L'U.F. Salute Mentale Adulti della Valle del Serchio nel 2006 ha avuto in carico 1.706 pazienti, di cui 531 nuovi utenti (soggetti che hanno avuto il primo contatto nel corso dell'anno).
Il numero totale dei pazienti e dei nuovi casi appare in aumento (1.706 vs 1.505 del 2005).
La prevalenza in base ai residenti della Zona sopra i 18 anni è stata del 3,38%, valore superiore agli indici medi regionali e nazionali per i servizi di salute mentale.
L'U.F. ha prodotto nell'anno 2006 11.781 prestazioni specialistiche ambulatoriali, cui si aggiunge l'intensa attività domiciliare e riabilitativa territoriale.
Nel corso del 2006 non sono stati effettuati ricoveri psichiatrici presso il S.P.D.C. a bassa strutturazione di Barga (2 posti letto nell'Area Medica dell'ospedale).
I ricoveri in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio e alcuni Trattamenti Sanitari Volontari di particolare impegno psicopatologico sono stati inviati al S.P.D.C. di Lucca (o di altre ASL, secondo la disponibilità dei posti letto).
I ricoveri psichiatrici per pazienti residenti nella Valle sono stati 74 (56 a Lucca e 18 fuori ASL). Il loro numero, in linea con quanto avvenuto nel 2005, è piuttosto contenuto rispetto agli anni precedenti; è stato infatti intensificato il lavoro assistenziale sul territorio (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale).
Il ridimensionamento dei ricoveri rientra in un processo in atto di graduale riorganizzazione in previsione (a medio-lungo termine) della articolazione del servizio intorno ad un Centro di Salute Mentale operativo nelle 24 ore.
La piena realizzazione di questo obiettivo richiede, tra l'altro, l'edificazione (già progettata) di una struttura residenziale modulare nel parco dell'ex CESeR in grado di offrire accoglienza alberghiera e spazi per la gestione della fase di crisi.
Nel corso del 2006 sono state realizzate alcune azioni intermedie di questo progetto: è stata avviata la formazione di un'équipe di operatori in grado di offrire trattamenti complementari per la gestione delle crisi psicopatologiche; alcune situazioni di scompenso psicopatologico sono state accolte nella struttura residenziale "Balfoia" di Villetta S. Romano.
Gli utenti inseriti nell'unica struttura residenziale disponibile sono stati 68, con una disponibilità di 14 posti letto.
Presso i gruppi terapeutico-riabilitativi, in regime di semiresidenzialità, sono stati accolti 119 pazienti. Occorre sottolineare che non esiste uno spazio di semiresidenzialità stanziale ma gli inserimenti vengono pianificati per specifiche attività, sulla base di progetti terapeutico-ribilitativi individualizzati e a termine.

Risorse

Personale

AL 31/12/06 la UFSMA Valle del Serchio disponeva di:

- 7 medici psichiatri (di cui uno Responsabile dell'U.F. e uno responsabile della U.O. di Psichiatria)
- 4 psicologi (di cui 1 in malattia da tre anni)
- 5 educatori professionali
- 22 infermieri
- 3 o.s.s.
- 1 amministrativo a tempo parziale

Strutture

Un *Centro di Salute Mentale*, situato a Fornaci di Barga, che è anche la sede amministrativa della U.F..
Presso il CSM vengono discussi, redatti e avviati i progetti terapeutici e vengono pianificati i programmi d'intervento; qui convergono le urgenze ed emergenze.

Una *estesa rete ambulatoriale* con sedi a:

- Castelnuovo di Garfagnana (aperto 12 ore al giorno con esclusione dei pre-festivi e festivi, presso il quale vengono effettuate anche visite urgenti),
- Gallicano
- Borgo a Mozzano.
- Piazza al Serchio.

Un *S.P.D.C.* che per il 2006 ha disposto di 2 p.l. presso il reparto di medicina del P.O. di Barga.

Una Struttura Semiresidenziale (*Centro Diurno di Terapia e Riabilitazione Psichiatrica di Fornaci di Barga*) che eroga attività riabilitative programmate, anche riferite a diversi laboratori (espressivi, psicocorporei, artigianali) secondo progetti terapeutici individualizzati.

Una Struttura Residenziale modulare *("La Balfoia" a Villetta di S. Romano* composta da due moduli rispettivamente di 8 e 6 posti letto), nella quale l'assistenza è assicurata dalla Cooperativa Pro.Ges., con personale della U.F. in proiezione.
L'elevato turn over dei pazienti nel corso del 2006 rispetto agli anni precedenti mostra come si stia modificando la tipologia degli utenti di Villetta, la quale da struttura residenziale per lungodegenza psichiatrica si sta trasformando in struttura modulare in grado di accogliere alcune persone in fase di scompenso psicopatologico.

Progetti di miglioramento qualitativo in atto e programmati

Assistenza domiciliare

Il supporto del paziente e dei suoi familiari a domicilio ha costituito un punto preferenziale dell'attività del servizio.
Intensa è stata nel corso dell'anno l'attività domiciliare, sia multiprofessionale che ad opera del personale

Promozione sociale e integrazione lavorativa

- 50 utenti sono stati coinvolti nei laboratori di artigianato tradizionale e creativo, artigianato tessile, lavorazione della creta e produzione di ceramiche artistiche
- Nei laboratori di arte-terapia e terapie espressive di gruppo (Teatroterapia e Psicodrammatizzazione, espressività psicomotoria, Biodanza, Atelier di scrittura musicale creativa) sono stati inseriti 108 pazienti.
- Gite, escursioni, visite guidate, partecipazione a manifestazioni culturali, promozionali e sportive, soggiorni estivi, sono stati organizzati per 15 utenti con l'obiettivo di promuovere la socializzazione, di stimolare nuovi interessi, di migliorare le abilità comportamentali e relazionali. Il gruppo di sport, ginnastica ed attività psicomotorie ha visto la partecipazione di 10 utenti.
- 21 sono state le borse lavoro attivate nel corso dell'anno

Articolazione di attività per settori funzionali

E' stata individuata una serie di settori funzionali con équipe multiprofessionali specializzate:

1. Promozione sociale, integrazione lavorativa e artigianato creativo
2. Arte-terapia e terapie espressive di gruppo: Musica, Teatro, Biodanza
3. Attività ludico-ricreative, sportive e di socializzazione
4. Promozione della salute mentale
5. Innovazione, sperimentazione e ricerca

Progetti sperimentali

Nel corso del 2006 sono state inoltre avviate una serie di nuove iniziative (che si vanno ad aggiungere a quelle precedentemente in atto):

- Atelier di scrittura musicale creativa
- Gruppo di Biodanza aperto (in collaborazione con l'Associazione "Progetto Donna" di Castelnuovo)
- Equipe per i trattamenti complementari (psicocorporei e transpersonali)
- Scuola di ceramica artistica
- Gruppi di conversazione in lingua inglese
- Gruppi di auto-aiuto psichiatrici
- Partecipazione ai gruppi di auto-mutuo aiuto per alcolisti in trattamento (collaborazione con ACAT

Sono stati inoltre attivati tre gruppi di studio (per gli inserimenti lavorativi, per la residenzialità e gli affidi e per la ricerca sulla Linguistica applicata alla Psichiatria).

Collaborazione con enti ed associazioni

Alla luce dell'attuale Piano Sanitario Regionale e della logica dei Piani Integrati di Salute, i progetti terapeutico-riabilitativi e di promozione della salute mentale hanno fatto costante riferimento al confronto e alla cooperazione con enti locali, associazioni e cittadini e alla interazione ed integrazione con gli altri servizi socio-sanitari.
Alcune attività espressive, ludiche e artigianali inserite nei progetti riabilitativi dei pazienti sono state svolte in collaborazione con associazioni del territorio.
Si sottolinea la risonanza sociale che ha assunto il laboratorio-bottega di riabilitazione psico-sociale di via Cavour a Gallicano, gestito in collaborazione con l'Associazione di Promozione Sociale "Filo d'Arianna".

Formazione del personale

Sono stati realizzati diversi programmi di formazione obbligatoria collettiva su progetti dipartimentali e di unità funzionale; tra questi, di particolare rilevanza la formazione di tutto il personale infermieristico del Dipartimento sui temi del nursing psichiatrico e della cartella infermieristica e la formazione di una equipe di operatori sui trattamenti complementari nella gestione della crisi. Seminari interni a cadenza regolare sono stati effettuati per uno scambio proficuo ed un'applicazione pragmatica delle conoscenze apprese.

Attività di prevenzione

E' proseguita nel corso del 2006 l'attività educativa svolta in alcune scuole dagli operatori del Gruppo Zonale di Intervento Precoce sul Disagio Psichico, nell'ambito del progetto SMILE.

5.2.1.2 U.F. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

Metodologia e cornice teorica di riferimento

L' Unità Funzionale di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza è la struttura operativa interdisciplinare deputata alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale).
Alcune problematiche neuropsichiche dell'infanzia e dell'adolescenza stanno assumendo una sempre maggiore evidenza:

a) Le patologie psichiatriche in età evolutiva rappresentano un bisogno emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta.
b) Le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici (e strumentali) immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale.
c) La disabilità in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti non solo alla riduzione del danno, ma anche e soprattutto alla prevenzione delle problematiche cosiddette d'innesto.
d) La riabilitazione in età evolutiva ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età-specifici, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto; in età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psicosociale, per cui, nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, sensoriali, cognitive ecc).
e) Le nuove disabilità gravissime, a elevata dipendenza dalla tecnologia ed elevatissimo carico assistenziale, richiedono la messa a punto di strategie di intervento innovativo.

Nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo sono il prodotto di una valutazione globale multiprofessionale specifica; la competenza specialistica è quindi espressa dal lavoro di una unità funzionale stabile e specificamente formata, che opera con modalità atte a

garantire appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura e verifica degli esiti nel corso del tempo.
Il supporto e il monitoraggio dello sviluppo in condizioni di malattia avviene nel tempo e nell'ambiente: la competenza dei Servizi di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza si esprime in una presa in carico complessiva e longitudinale che comprende sia le prestazioni diagnostiche che l'attuazione e il monitoraggio di interventi terapeutici, riabilitativi ed educativi successivi alla diagnosi e include famiglia e contesti di vita.

L'Unità Funzionale di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza ha visto gli utenti totali aumentare del 6,8% nel 2006 (con un incremento del 14% per i nuovi casi), confermando il trend già evidenziato nel corso degli ultimi anni.
Elevate sono state le richieste nei settori neurologico e neuropsicologico della riabilitazione dell'età evolutiva.

Nella ASL 2 l'U.F. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza ha valenza aziendale e copre il territorio di entrambe le zone-distretto.
Dati di attività

Gli utenti seguiti nel 2006 dalla U.F. di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza sono stati 2.033 (1480 nella zona di Lucca e 552 nella zona della Valle del Serchio); di questi 724 hanno avuto accesso al servizio per la prima volta nel 2006 (523 nella zona di Lucca e 201 nella zona della Valle del Serchio).

Le prestazioni sono erogate da medici neuropsichiatri infantili, psicologi, fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali ed infermieri.
Le patologie prevalenti sono costituite da:
- patologie psichiatriche (in prevalenza: nevrosi, disturbi di personalità, disturbi della condotta, disturbi dell'umore, disturbi della condotta alimentare, disturbi generalizzati dello sviluppo di tipo autistico, psicosi);
- patologie neurologiche, centrali e periferiche, di eziologia varia, con prevalenza delle paralisi cerebrali infantili;
- ritardo mentale;
- disturbi specifici di sviluppo (Disturbi Specifici del Linguaggio, Disturbi Specifici dell'Apprendimento);
- disturbi neurosensoriali (in prevalenza ipoacusie congenite)

Le prestazioni totali della U.F. sono state 39.610 (9.005 mediche, 5.870 psicologiche e 24.735 riabilitative).
Tra gli utenti in carico, n. 859 sono quelli che hanno usufruito di prestazioni di riabilitazione: 641 nella zona di Lucca e 232 nella zona della Valle del Serchio (14 i casi in comune tra le due zone), per un totale di 24.735 prestazioni.
A tutti i casi è stato garantito l'apporto multiprofessionale integrato nella pianificazione dell'intervento terapeutico-riabilitativo e nel suo monitoraggio.

Risorse

Personale

Al 31/12/06 la U.F. disponeva, per le due zone, di:
- 7 dirigenti medici neuropsichiatri infantili (di cui responsabile di U.O. e U.F.)

- 5 dirigenti psicologi (di cui uno impegnato presso un servizio comunale per 6 ore settimanali) e uno psicologo a contratto per 14 ore settimanali
- 14 logopedisti a tempo pieno (di cui 1 a metà tempo)
- fisioterapiste (di cui una impiegata per metà orario in funzioni di coordinamento e una ad orario ridotto)
- educatori professionali
- 1 caposala impiegata per metà tempo nel coordinamento infermieristico del DSM
- 1 infermiere professionale
- 1 assistente sanitaria
- 1 OSS a orario ridotto
- 1 amministrativo
- 1 OTA

Sedi

Nella zona di Lucca:

- Un Centro Ambulatoriale integrato, anche sede del coordinameno della U.F., presso l'ospedale Campo di Marte
- Sedi decentrate di erogazione di terapie riabilitative:
  - Centro socio-sanitario di S.Anna
  - Centro socio-sanitario di Capannori
  - Centro socio-sanitario del Turchetto

Nella zona della Valle del Serchio

- Sedi ambulatoriali integrate presso:
  - Centro socio-sanitario di Fornaci di Barga
  - Centro socio-sanitario di Castelnuovo Garfagnana
  - Centro socio-sanitario di Piazza al Serchio

Attività nel settore della patologia psichiatrica

Le patologie comportamentali e relazionali rappresentano nel 2006 circa il 42% dell'utenza e per un terzo circa dei casi si tratta di situazioni clinicamente gravi.
Si è evidenziato anche quest'anno un lieve incremento degli accessi per patologie psichiatriche ad esordio in adolescenza e preadolescenza.
E' stato attivato, con uno specifico finanziamento regionale, un progetto sperimentale ("progetto Chirone") di intervento domiciliare intensivo di sostegno rivolto ad adolescenti affetti da disturbi psicopatologici caratterizzati da comportamenti dirompenti di grave entità; nel corso del 2006 ha interessato 14 pazienti.
E' stato impiegato personale di cooperative convenzionate con la ASL per il settore della salute mentale e l'intervento si è strettamente integrato nel processo di cura attraverso un collegamento diretto e strutturato con gli operatori della U.F. che hanno in carico i casi.
La formulazione di questo progetto è nata dall'esigenza di trovare risposte adeguate all'incremento del rischio psicopatologico in età evolutiva e dalla constatazione del limite degli strumenti di cura tradizionali di fronte alla psicopatologia adolescenziale caratterizzata dal prevalere dell'espressione sul piano dei comportamenti agiti.

E' proseguita l'attività del gruppo di lavoro dedicato al trattamento integrato dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (autismo) in fase precoce. I bambini con disturbo dello spettro autistico in carico al servizio sono 56; 36 (di cui 19 di età inferiore ai 6 anni) sono stati inseriti in progetti terapeutici comprendenti trattamenti multidisciplinari integrati.

Si conferma il dato emerso negli ultimi anni della maggiore tempestività della diagnosi: l'età della presa in carico dei 6 nuovi casi diagnosticati nel 2006 è compresa tra i 2 anni e 2 mesi e i 2 anni e 11 mesi. Gli interventi riabilitativi e psicoeducativi individuali e in piccolo gruppo sono stati organizzati, in linea con le più accreditate esperienze nazionali ed estere, secondo i modelli teorici del Developmental Intervention Model (DIR) e della Thérapie d'Echange et de Développment (TED), che sono stati oggetto di qualificati progetti formativi negli anni 2005 e 2006.

Come negli anni precedenti, tre operatori della UFSMIA (due neuropsichiatri infantili e uno psicologo) sono stati impegnati part-time nel Gruppo Multidisciplinare per il trattamento dei Disturbi della Condotta Alimentare; i minori trattati sono stati 22, di cui 12 nuovi casi.
Si rileva anche in questo ambito una riduzione dell'età media al momento dell'invio al servizio, dipendente non solo da una maggiore precocità dell'esordio di tali patologie, ma anche da una maggiore sensibilità nei confronti del problema dei disturbi della condotta alimentare. Quest'ultimo aspetto rappresenta un dato positivo, in quanto proprio in questi i casi di tempestiva rilevazione l'intervento precoce può consentire di evitare la cronicizzazione.

Attività nel settore della riabilitazione neuromotoria, cognitiva e logopedica

Tutto il settore registra un incremento dei casi.
Oltre il 42% degli utenti complessivi del servizio ha ricevuto interventi riabilitativi (logopedici, neuromotori e cognitivi).
L'attività riabilitativa logopedica e cognitiva ha interessato prevalentemente le seguenti patologie: Disturbi Specifici del Linguaggio, Disturbi Specifici dell'Apprendimento, ritardo mentale di vario grado, quadri cognitivi 'borderline', ipoacusie congenite.
L'attività riabilitativa di tipo neuromotorio ha riguardato paralisi cerebrali infantili, patologie muscolari e neuromuscolari, patologie dismofogenetiche complesse, paralisi ostetriche, malattie neurodegenerative, esiti di traumi cranici, esiti di neoplsie cerebrali.
L'attività psicoeducativa ha interessato i disturbi dello spettro autistico in fase precoce.
Un settore di eccellenza è rappresentato dalla competenza riabilitativa nel trattamento dei bambini affetti da ipoacusia congenita sottoposti ad impianto cocleare.

Le prestazioni riabilitative sono così suddivise: 15.481 terapie logopediche e/o cognitive per 684 pazienti, 7.207 fisioterapie per 258 pazienti, 2.047 trattamenti psicoeducativi per 56 pazienti. Degli 859 utenti totali, 139 affetti da patologie complesse hanno usufruito di più tipologie di trattamento nel corso dell'anno.

Attività nel settore della disabilità

Le attività prevalenti nel settore della disabilità (oltre le attività riabilitative sopra citate, che, in questo ambito, sono principalmente rivolte alla patologia neurologica, all'autismo, al ritardo mentale e all'ipoacusia congenita) hanno riguardato:

- l'espletamento delle procedure previste dalla legge 104 per tutti i casi di handicap psichico o neurologico certificati per il sostegno didattico: rilascio della Diagnosi Funzionale per tutti i nuovi ingressi e passaggi di grado; almeno due riunioni l'anno, per ciascun caso, con insegnanti e genitori per la stesura/aggiornamento del Profilo Dinamico Funzionale (le consulenze alla scuola ai sensi della legge 104 sono state 1224 per 515 casi).
- le riunioni dei GOM per la stesura e verifica dei PARG (Progetti Abilitativi-Riabilitativi Globali) con la partecipazione delle varie figure professionali coinvolte

della U.F., al fine di assicurare la piena integrazione degli aspetti riabilitativi sanitari e sociali nelle situazioni di handicap grave.
- la partecipazione del neuropsichiatra infantile alle sedute delle Commissioni per l'accertamento dello stato di handicap (Art.4, L.104/92).
- la consulenza ai centri socio-riabilitativi per i casi di età inferiore ai 18 anni.
- la prescrizione di ausili riabilitativi ed ortesi a pazienti in carico al servizio, affetti da patologie neurologiche (203 prescrizioni/valutazioni ortesiche per 90 pazienti).

Formazione del personale

Le principali iniziative di aggiornamento nel settore della patologia psichiatrica hanno interessato il trattamento precoce dei disturbi dello spettro autistico (formazione teorico-pratica su metodiche terapeutiche particolarmente idonee al trattamento nella prima infanzia) e la presa in carico delle patologie psichiatriche complesse ad esordio precoce (seminari di approfondimento teorico e di supervisione della terapia).
Qualificate iniziative di formazione del personale sono state dedicate al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni nel settore riabilitativo (acquisizione di specifiche tecniche per la valutazione e la pianificazione dell'intervento nei disturbi fonologici in età evolutiva e la messa a punto di protocolli di valutazione standardizzata per i Disturbi Specifici del Linguaggio nelle varie fasce di età).

Attività di prevenzione

Attività finalizzate alla prevenzione primaria e secondaria sono state svolte sia nel territorio della Piana che in quello della Valle.
Gli interventi di educazione alla salute rivolti a studenti e a gruppi di genitori hanno riguardato principalmente le tematiche relative alla educazione relazionale.
Interventi formativi strutturati sono stati organizzati per insegnanti sui temi del disagio giovanile e del rischio psicopatologico in età scolare.

Interventi diretti su minori 'a rischio' sono stati realizzati attraverso:
- la collaborazione con i servizi sociali comunali nella gestione di casi di grave disagio psicosociale in età infantile e adolescenziale
- la collaborazione con il Tribunale per i Minorenni
- il supporto al Centro Affidi in situazioni problematiche di affido extra-familiare

Interventi indiretti su minori 'a rischio' sono stati realizzati attraverso:
- la disponibilità alla consulenza specialistica urgente, rivolta agli insegnanti, nell'ambito del progetto Mi.Ri.A.M. nel quale il servizio è impegnato da sei anni, finalizzato al rilevamento precoce di situazioni di sospetto abuso sessuale o maltrattamento nei confronti di minori
- consulenza agli insegnanti, previo consenso dei genitori dei pazienti, per i casi inviati al servizio di disturbi comportamentali e di difficoltà relazionali rilevate in ambiente scolastico (466 consulenze in totale per 294 casi).

5.2.2 Salute della donna, procreazione responsabile, infanzia e adolescenza

Durante il 2006 si è realizzato il trasferimento del Reparto di Pediatria nei nuovi locali già sede della ginecologia, con la costituzione dell'Area materno-infantile.
Sullo stesso piano (2 dell'edificio B) si trovano ora localizzati i Reparti di Ostetricia e Pediatria, oltrechè le Sale parto. I nuovi locali sono stati strutturati e attrezzati ponendo particolare attenzione alla funzionalità assistenziale e organizzativa e al confort (pareti colorate, pannelli decorativi vivaci, letti modificabili a seconda dell'età, TV ad ogni letto, con possibilità di circuito interno).

Percorso nascita
Nel corso del 2006 si sono seguite le indicazioni contenute nel Progetto "Nascere in Toscana", attuazione del PSR 2005-2007.
In particolare, è proseguita l'attività relativa al Percorso Nascita, con il consolidamento del Punto Donna.
In questa sede vengono effettuate le seguenti prestazioni ed attività inerenti la gravidanza:

- consegna all'inizio della gravidanza dei libretti regionali da parte dell'ostetrica: 1088 sono stati consegnati in tale sede. Al Consultorio del Turchetto ne sono stati consegnati 256, a S.Vito 99, a S.Anna 77, a Marlia 56, per un totale di 1576 libretti consegnati nella piana di Lucca.
- esecuzione delle visite ostetriche
- esecuzione delle ecografie
- prelievo di liquido amniotico (amniocentesi)
- prelievo per tampone vaginale a partire dalla 34 settimana
- corsi di preparazione alla nascita (con la partecipazione di ostetriche, ostetrico-ginecologi, pediatri, psicologhe, pediatri di libera scelta)
- colloqui con le coppie di genitori che decidono di donare il sangue del cordone ombelicale
- attività del Progetto donna (frutto della collaborazione tra il SERT, la U.O. Ostetricia e Ginecologia e la U.O. Pediatria per la definizione di un percorso nascita per le donne tossicodipendenti, attività già in essere da alcuni anni)
- corsi di massaggio infantile
- inoltre, visite ginecologiche, colposcopia, ambulatorio per la menopausa.

Inoltre:

- è stata allestita anche una sala per il parto in acqua (l'attività specifica inizierà nel corso del 2007) che si aggiunge alle 2 "sale parto umanizzate" con letti polifunzionali e con la possibilità per la donna di restare sempre nella stessa sala durante il travaglio, il parto e le prime 2 ore dopo il parto.

- è proseguita la raccolta di sangue del cordone ombelicale (in collaborazione con l'UO Immunoematologia, UO Ostetricia e Ginecologia, UO Pediatria), sia a Lucca che a Barga. In particolare, a Lucca le donne che hanno espresso il desiderio di donare il sangue cordonale e che hanno partecipato al colloquio volto a verificarne l'idoneità sono state 113, di cui 111 valutate idonee. Le donazioni effettuate sono state 60, delle quali 35 in quantità sufficiente per essere inviate (6 non sono state inviate per peso della sacca < 150 gr). 17 donazioni sono state bancate. 19 donne sono state seguite al follow-up. A Barga i colloqui di idoneità sono stati 87, le idoneità attestate 84, le donazioni effettuate 60, le donazioni inviate 24 (36 non inviate per peso insufficiente), le donazioni bancate 2.

- a Barga l'attività di partoanalgesia, iniziata nel novembre 2005, è proseguita regolarmente con un progressivo aumento di tale prestazione, che arriva a coprire attualmente circa il 50% dei parti per via vaginale. A Lucca la partoanalgesia non è stata ancora attivata.

- è stata ulteriormente implementata l'attività relativa alla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno, con la partecipazione degli operatori interessati a tutte le iniziative regionali: in particolare, è iniziata la formazione di tutto il personale dell'AF Maternoinfantile, destinato a completarsi nel 2007. Sono stati tenuti 3 corsi di formazione per 60 persone.

Sempre relativamente al Percorso Nascita è da ricordare come ai Corsi di preparazione alla nascita hanno partecipato 482 donne a Lucca e 140 a Barga.

Le visite domiciliari osteriche postpartum sono state richieste da 322 donne a Lucca e da 150 a Barga (il numero medio di accessi per ogni richiesta è stato di 3, per un totale di 966 e 450 visite nelle 2 sedi rispettivamente).

A Barga, dove viene eseguita una attività di fecondazione assistita di primo livello, sono state eseguita 185 inseminazioni artificiali.

L'azione di prevenzione del carcinoma del collo dell'utero si è realizzata attraverso l'esecuzione dello screening: i Pap test eseguiti a Lucca sono stati 8.649. A Barga sono stati eseguiti 2167 esami nell'ambito del programma di screening, cui se ne aggiungono altri 800 su richiesta.

E' proseguita anche l'attività dell'Ambulatorio della menopausa, rivolto alla prevenzione dei disturbi che si verificano in tale età e al trattamento delle patologie conseguenti.

Banca del latte
L'attività della Banca del latte umano, cui hanno contribuito 13 donne donatrici, si è concretizzata nella raccolta di n. 205,15 litri di latte umano, parte dei quali sono stati ceduti all'Ospedale Meyer di Firenze (100 lt), o a bambini seguiti a domicilio (43,6 lt).

Assistenza in sala parto e neonatale
A Lucca, nel 2006, sono nati 936 bambini. A tutti i parti è stato presente il pediatra. 132 neonati sono stati ricoverati presso la Patologia neonatale. Le cause che più frequentemente hanno motivato il ricovero sono state: prematurità, ridotto accrescimento intrauterino, distress respiratorio, ittero, asfissia, cardiopatie congenite, nati da madre sieropositiva per HIV, ittero. Nessun neonato è deceduto.
13 neonati, a causa della gravità delle condizioni cliniche, sono stati trasferiti nelle terapie intensive neonatali di riferimento regionale (12 a Pisa, 1 all'Ospedale Meyer). 5 di questi bambini, superato il periodo acuto, sono stati nuovamente inviati in Reparto per completare le terapie (back transport).

40 neonati o lattanti nati a Lucca sono stati segnalati al Registro Toscano delle malformazioni congenite, per la presenza di malformazioni. Di questi, 11 hanno presentato malformazioni multiple.
In particolare, sono state segnalate malformazioni a carico dei seguenti organi e apparati:

- Occhio, orecchio,volto e collo 2
- Apparato cardiocircolatorio 13

- Apparato respiratorio 4
- Organi genitali 12
- Apparato muscoloscheletrico 7
- Cute e annessi 4
- Apparato urinario 7
- Sclerosi tuberosa 1

Inoltre, è nato un bambino con Sindrome di Down.

Nella VdS sono nati 533 bambini, dei quali 65 sono stati ricoverati (le motivazioni sono sovrapponibili a quanto precedentemente indicato per Lucca). 2 neonati sono stati traferiti presso la TIN di Pisa.
A Barga i bambini segnalati al Registro Toscano delle Malformazioni congenite sono stati 12 :

- Angiomatosi diffusa 1
- Organi genitali 4
- Apparato urinario 3
- Apparato muscoloscheletrico 3
- Sindrome di Down 1

Umanizzazione delle cure
Anche per quanto riguarda tale aspetto si è proseguito sulla strada precedentemente iniziata, cercando di sviluppare tutte quelle attività ed iniziative volte a favorire un atteggiamento assistenziale che contribuisca ad umanizzare l'assistenza e a rendere meno gravosa la degenza.
Si è intensificata la fattiva collaborazione con l'Associazione Ridere per Vivere, con la presenza di clown in reparto per 2 giorni alla settimana e con ABIO, i cui volontari operano regolarmente con i bambini ricoverati.

E' proseguita l'attività di Massaggio infantile svolta presso il Punto Donna da infermiere della Pediatria e terapiste della riabilitazione, appositamente formate negli anni precedenti. I trattamenti, che si articolano in una serie di 4-5 incontri per famiglia, sono stati 118 nel corso dell'anno, ed hanno visto una partecipazione sentita.

Attività ambulatoriale
Le prestazioni ambulatoriali sono andate incontro ad un ulteriore incremento.
L'attività si svolge come visite ad accesso diretto o come consulenze del PS, ma anche, come precisato nelle precedenti relazioni sanitarie, come visite indirizzate in vari settori subspecialistici :

- follow-up del neonato a rischio, cui è collegata l'attività di ecografia transfontanellare
- neonatologia
- neuropediatria
- diabetologia
- endocrinologia
- adolescentologia
- gastroenterologia e disturbi della nutrizione
- allergologia
- nefrourologia

Nel corso del 2006 è stata confermata la convenzione con l'Ospedale Meyer per l'effettuazione di visite urologiche eseguite dal Dr. A. Danti, Direttore della UO Urologia

dello stesso Ospedale, nell'ambito della costituzione del Dipartimento Nefrourologico previsto dalla delibera regionale, relativa alla Rete Regionale MaternoInfantile.
La convenzione prevede un accesso mensile (4 ore) per consulenze urologiche.
Gli eventuali interventi chirurgici programmati sono eseguiti presso l'Ospedale Meyer. In questo modo la quasi totalità dei bambini con problematiche urologiche viene gestita direttamente in Reparto (se non sono richiesti interventi chirurgici, ma con terapie mediche e follow-up ecografico e radiologico) o, comunque, in ambito regionale, secondo quanto previsto dalla citata delibera, qualora si rendano necessarie procedure più particolari (indagini diagnostiche come la scintigrafia e la UroRMN o interventi chirurgici).

Lo stesso tipo di impostazione organizzativa, con attività ambulatoriali "subspecilistiche" è stato applicato anche presso la SA di Barga, con aspetti diversi in relazione a considerazioni epidemiologiche: in tale sede attualmente l'attività subspecialistica è indirizzata soprattutto nei settori di neuropediatria, di allergologia, di ecografia addominale.
Inoltre, si è ulteriormente sviluppato il programma che prevede la somministrazione dei vaccini obbligatori e facoltativi a Barga, Castelnuovo, Fornaci direttamente da parte del personale medico ed infermieristico della SA.
In particolare, sono state eseguite 2582 vaccinazioni di cui 770 a Barga e 1812 a Castelnuovo.

Relativamente agli accessi diretti e all'attività di pronto soccorso medico funzionale, il numero delle prestazioni è aumentato, soprattutto nelle ore serali e notturne, quando non operano i pediatri di libera scelta.
E' stata realizzata un'organizzazione interna, per cui ogni bambino che accede al Reparto viene visitato in prima istanza dall'infermiera, che ne valuta le condizioni generali, registra i parametri vitali (FC, FR, SaO2, PA, T) e attribuisce un codice di priorità. I bambini più gravi vengono visitati subito. Gli altri appena possibile, compatibilmente alle esigenze di Reparto.
Si ricorda, infatti, che l'attività in Pediatria si esplica con l'assistenza ai bambini degenti, consulenze per il PS, assistenza ai neonati prematuri o patologici oltrechè fisiologici, presenza in sala parto a tutti i parti, attività ambulatoriale come sopra descritto.
E' proseguita la collaborazione con il servizio di continuità assistenziale attuato dai PLS nei giorni prefestivi e festivi (6 ore al giorno) in base al protocollo stipulato tra PLS, CO 118, Guardia Medica, PS, UO Pediatria, che ha consentito di organizzare, nel lasso di tempo considerato, un servizio funzionale.

Area di osservazione temporanea
Si è confermata la necessità di potenziare l'OT, strumento di assistenza che consente di costituire un filtro significativo per favorire la deospedalizzazione e garantire la maggior appropriatezza possibile dei ricoveri.
Il numero delle osservazioni temporanee è stato 866 a Lucca e 3.380 a Barga.
Come già sostenuto in passato, si sottolinea l'utilità di queste modalità di assistenza che vanno incontro alle giuste esigenze della popolazione, ma che costituiscono un carico di lavoro importante per il personale sanitario.
La degenza o l'osservazione temporanea per un periodo inferiore alle 24 ore di un bambino, e soprattutto di un lattante, comporta, infatti, l'assistenza ed il monitoraggio delle condizioni del paziente, oltrechè una grande flessibilità nell'adottare l'esecuzione di interventi diagnostici e terapeutici alle peculiarità dell'età (un prelievo o un'iniezione in un bambino può comportare l'impegno di 2-3 persone, a visita può richiedere oltre mezz'ora) il posizionamento di un catetere venoso o l'applicazione di una infusione venosa deve a volte essere ripetuta perché il bambino non collabora.

Ne sono testimonianza diretta le difficoltà che si incontrano quotidianamente per sottoporre i pazienti pediatrici, ad esempio, ad una RMN o ad una TAC (necessità di intervento di più figure professionali come gli anestesisti, con dilatazione dei tempi di esecuzione)

Ricoveri
Il numero di ricoveri ordinari a Lucca è stato di 628 e quelli in DH sono stati 252, per un totale di 880 (degenza media 4,6 giorni). A Barga sono stati 174, quelli in DH 23.
I trasferimenti sono stati 25, quasi tutti (22) presso la terapia intensiva e la chirurgia dell'Ospedale Meyer. 1 bambino è stato trasferito presso la cardiochirurgia di Massa, 1 presso la Clinica Pediatrica di Pisa, 1 presso l'Ospedale Gaslini di Genova.
Tutti i trasferimenti si sono resi necessari per prestazioni sanitarie di 3 livello.
Le patologie per cui più frequentemente si è reso necessario trattenere i pazienti sono rappresentate, nell'ordine, da: disturbi della nutrizione e malattie dell'apparato gastroenterico, malattie dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso centrale (la UO Pediatria è l'unica struttura ospedaliera pediatrica, escluse le sedi universitarie, ad eseguire EEG direttamente nel reparto), e del sistema endocrino (diabete, malattie della tiroide, anomalie dello sviluppo puberale).
Nella consapevolezza che il bambino deve stare in ospedale il minor tempo possibile, è stata ridotta la degenza media, con l'organizzazione di valutazioni cliniche, di laboratorio e radiologiche postricovero.

5.2.3 Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze

Il *Dipartimento di Coordinamento Tecnico per le Dipendenze* si articola in due unità funzionali, *l'U.F. Sert Zona-Distretto Piana di Lucca* e *l'U.F. SerT Zona-Distretto Valle del Serchio*, che aggregano e coordinano il personale in proiezione dalle strutture organizzative professionali, che svolgono le funzioni operative necessarie all'erogazione delle prestazioni (U.O. Medicina delle Farmacotossicodipendenze,U.O. Psicologia, U.O. Assistenza Sociale, U.O. Assistenza Infermieristica Territoriale, U.O. Riabilitazione Funzionale).

Risorse di personale

	SerT Zona-Distretto Piana di Lucca	SerT Zona-Distretto Valle del Serchio
Medici	1 Direttore U.O. * 4 Dirigenti I° livello di cui 1 R.U.F. ** 2 Specialisti Convenzionati (per monte ore totale: 26 ore/settimana)	1 Direttore U.O *. 2 Dirigenti I° livello di cui 1 R.U.F. **
Psicologi	3 Psicologi	1 Psicologo
Assistenti Sociali	4 Ass. Sociali di cui 1 a 18 ore/settimana	2 Ass. Sociali a 18 ore/settimana ciascuna
Educatori Professionali	4	2
Infermieri Professionali	4 I.P. di cui 1 I.P. di Cooperativa	4 I.P.
O.S.S.	1 (in servizio fino all'agosto 2006)	
Personale Amministrativo	1 amministrativo	1 amministrativo a 18 ore/settimana

** Direttore U.O. unico per entrambe le Unità Funzionali (in servizio da 1/05/2006 sino a 1/09/2007)*
***R.U.F. = Responsabile Unità Funzionale.*

Nelle UU.FF. SerT sono state individuate diverse *Aree di intervento*, all'interno delle quali si svolgono le seguenti attività finalizzate alla promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della tossicodipendenza, dell'alcoldipendenza e degli altri stati di dipendenza:

- Programmi terapeutici farmacologici, psicosociali e integrati in favore di soggetti con dipendenza da sostanze d'abuso illegali (oppiacei, cannabinoidi, cocaina e altri stimolanti-allucinogeni) e legali (alcol, nicotina, farmaci) e in favore di soggetti con dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo patologico);
- Interventi multidisciplinari in favore delle donne tossicodipendenti;
- Interventi multidisciplinari in favore di tossico-alcoldipendenti ricoverati nei presidi ospedalieri;
- Partecipazione all'attività del Centro Antifumo della Zona-Distretto Piana di Lucca con un dirigente psicologo a tempo parziale
- Interventi multiprofessionale presso il Centro Antifumo della Zona-Distretto Valle del Serchio
- Programmi terapeutici nella struttura residenziale aziendale "Villa Adelasia" (Nozzano, Lucca) per tossico-alcoldipendenti con grave comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi);
- Programmi terapeutici residenziali in comunità terapeutiche convenzionate e non convenzionate per tossico-alcoldipendenti;
- Prevenzione della patologia infettiva nei tossico-alcoldipendenti (vaccinazioni antiHAV, antiHBV e screening TBC);
- Programmi terapeutici farmacologici, psicosociali e integrati in favore di soggetti afferenti all'Area Penale (Casa Circondariale di Lucca, Ufficio Esecuzione penale esterna);
- Programmi terapeutici farmacologici, psicosociali e integrati in favore di soggetti inviati o segnalati dalle Prefetture in alternativa all'applicazione delle sanzioni amministrative;
- Prevenzione del disagio giovanile in ambito scolastico, in ambiti specifici come il mondo del lavoro e interventi di educazione alla salute;
- Formazione professionale e inserimenti lavorativi dei tossico-alcoldipendenti in fase riabilitativa;
- Raccolta dati;
- Aggiornamento degli operatori (seminari interni, corsi, giornate di studio, convegni).

L'analisi dell'utenza dei SerT

Nella Tabella 59 sono riportati i dati numerici relativi a tutti gli utenti dei SerT della Zona-Distretto Piana di Lucca e della Zona-Distretto Valle del Serchio al 31.12.2006, suddivisi in maschi e femmine, residenti e non residenti nel territorio di competenza dell'Azienda USL, distinti nel modo seguente:

a. *Attivi* = casi che hanno avuto almeno un contatto con i SerT nel corso del 2006;

b. *Presi in carico* = casi per i quali è stato predisposto almeno un programma terapeutico nel corso del 2006. Per i soggetti non residenti presi in carico è stata rilasciata autorizzazione scritta da parte dei SerT competenti per residenza.

Tabella 59 – Quadro generale dell'utenze dei SERT al 31.12.2006										
		Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
		M	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*
Attivi	***Residenti***	535	156	**691**	205	68	**273**	740	224	**964**
	Non Residenti	342	67	**409**	15	3	**18**	357	70	**427**
	Totali	**877**	**223**	**1100**	**220**	**71**	**291**	**1097**	**294**	**1391**
Presi in Carico	***Residenti***	482	138	**620**	179	61	**240**	661	99	**860**
	Non residenti	231	36	**267**	6	2	**8**	237	38	**275**
	Totali	**713**	**174**	**887**	**185**	**63**	**248**	**898**	**137**	**1135**

Nella Tabella 60 sono riportati i dati relativi agli utenti attivi del 2006, distinti in *nuovi* e *vecchi* utenti, suddivisi in base alla sostanza d'abuso primaria.

Tabella 60 – Utenti attivi al 31.12.2006 (nuovi utenti e vecchi utenti) distinti in base alla sostanza d'abuso primaria									
	Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
Sostanza d'abuso	***Nuovi***	***Vecchi***	***Totali***	***Nuovi***	***Vecchi***	***Totali***	***Nuovi***	***Vecchi***	***Totali***
Eroina	109	469	**578**	13	112	**125**	122	581	**703**
Cocaina	34	95	**129**	3	5	**8**	37	100	**137**
Cannabinoidi	21	64	**85**	12	26	**38**	33	90	**123**
Alcol	50	194	**244**	25	61	**86**	75	255	**330**
Altre dipendenze*	35	29	**64**	21	13	**34**	56	42	**98**
Totali	**249**	**851**	**1100**	**74**	**217**	**291**	**323**	**1068**	**1391**

**Altre dipendenze: ecstasy, anfetamine, benzodiazepine, nicotina, disturbi del comportamento alimentare, gioco d'azzardo patologico*

Nel 2006 sono entrati in contatto per la prima volta con i SerT 323 *nuovi utenti*, dei quali 249 nel SerT della Zona-Distretto Piana di Lucca e 74 nel SerT della Zona-Distretto Valle del Serchio.

Nella Tabella 61 sono riassunti i dati relativi all'utenza dei Servizi di Alcologia dei SerT delle due Zone-Distretto.

Tabella 61 – Quadro generale dell'utenza dei servizi di alcologia dei sert al 31.12.2006

		Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
		M	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*
Attivi	***Residenti***	139	72	**211**	62	20	**82**	201	92	**293**
	Non Residenti	26	7	**33**	3	1	**4**	29	8	**37**
	Totali	**165**	**79**	**244**	**65**	**21**	**86**	**230**	**100**	**330**
Presi in Carico	***Residenti***	105	60	**165**	57	19	**76**	162	79	**241**
	Non residenti	14	6	**20**	2	1	**3**	16	7	**23**
	Totali	**119**	**66**	**185**	**59**	**20**	**79**	**178**	**86**	**264**

Nella Tabella 62 sono riportati i dati relativi ai tossicodipendenti da eroina che nel 2006 hanno svolto in sedi diverse (ambulatorio, domicilio e ospedale) programmi terapeutici con metadone.

Tabella 62 –Utenti che hanno svolto programmi terapeutici con metadone nel 2006

	Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
	M	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*
Residenti	223	47	**270**	60	15	**75**	283	62	**345**
Non Residenti	69	25	**94**	2	1	**3**	71	26	**97**
Totali	**292**	**72**	**364**	**62**	**16**	**78**	**354**	**88**	**442**

Nella Tabella 63 sono riportati i dati relativi agli utenti tossicodipendenti da eroina che nel 2006 hanno svolto in sedi diverse (ambulatorio, domicilio e ospedale) programmi terapeutici con buprenorfina.

Tabella 63 – Utenti che hanno svolto programmi terapeutici con buprenorfina nel 2006

	Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
	M	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*
Residenti	30	6	**36**	23	3	**26**	53	9	**62**
Non Residenti	11	3	**14**	0	0	**0**	11	3	**12**
Totali	**41**	**9**	**50**	**23**	**3**	**26**	**64**	**12**	**74**

Nella Tabella 64 sono riportati i dati relativi ai programmi terapeutici e socio-riabilitativi in regime di misura alternativa alla pena detentiva: si tratta di interventi terapeutico-assistenziali complessi effettuati sempre in accordo e in collegamento con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (U.E.P.E.) di competenza.

Tabella 64 – Numero dei programmi terapeutici svolti in regime di esecuzione penale esterna nel 2006									
	Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
	M	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*
Affidamento al Serv. Sociale	33	5	**38**	4	2	**6**	37	7	**44**
Sospensione pena	5	0	**5**	0	0	**0**	5	0	**5**
Arresti domiciliari	12	2	**14**	0	0	**0**	12	2	**14**
Detenzione domiciliare	3	1	**4**	0	0	**0**	3	1	**4**
Indultino(Legge n.207/2003)	2	0	**2**	0	0	**0**	2	0	**2**
Libertà vigilata	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**
Totali	**56**	**8**	**64**	**4**	**2**	**6**	**60**	**10**	**70**

Nella Tabella 65 sono riportati i dati dell'utenza afferita ai SerT nell'ambito dell'area di intervento "Prefettura". La normativa vigente prevede che le Prefetture (oggi Uffici Territoriali del Governo) segnalino o inviino ai SerT casi con problematiche di tossicodipendenza affinché gli stessi SerT valutino l'opportunità e la possibilità di elaborare in loro favore programmi terapeutici in alternativa alle previste sanzioni amministrative.

Tabella 65 – Utenti inviati e segnalati dalle Prefetture nel 2006									
	Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
	M	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*	*M*	*F*	*T*
Inviati (art. 75 DPR 309/90)	23	3	**26**	13	1	**14**	36	4	**40**
Segnalati (art. 121 DPR 309/90)	17	2	**19**	10	2	**12**	27	4	**31**
Totali	**40**	**5**	**45**	**23**	**3**	**26**	**63**	**8**	**71**

Prevenzione della patologia infettiva

A partire dal 1996 nei SerT è stato dato un notevole impulso all'attività di prevenzione della patologia infettiva correlata all'abuso di sostanze. In particolare, nel settembre 1996 è iniziata la vaccinazione anti HBV e lo screening per la Tbc e, dalla fine del 1998, è iniziata anche la vaccinazione anti HAV. I dati numerici sono complessivamente soddisfacenti, anche se la particolarità dell'utenza rende molto difficoltoso il suo reclutamento (Tabella 66 e Tabella 67).

Tabella 66 – Prevenzione della patologia infettiva nel 2006 (n. casi)									
	Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
	IC	*C*	*T*	*IC*	*C*	*T*	*IC*	*C*	*T*
Nuovi vaccinati anti-epatite A	9	10	**19**	0	**2**	2	9	12	**21**

Nuovi vaccinati anti-epatite B	9	8	**17**	1	**4**	5	10	12	**22**
Intradermoreazione alla tubercolina	0	18	**18**	0	**2**	**2**	19	24	**43**

IC= vaccinazione in corso; C= vaccinazione completa

Tabella 67 – Prevenzione della patologia infettiva dall'anno 1996 al 2006 (n. casi)

	Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
	IC	***C***	***T***	***IC***	***C***	***T***	***IC***	***C***	***T***
Vaccinati anti-epatite A	21	247	**268**	21	43	**64**	42	290	**332**
Vaccinati anti-epatite B	24	251	**275**	5	118	**123**	29	369	**398**
Intradermoreazione alla tubercolina	0	321	**321**	**0**	138	**138**	**0**	459	**459**

IC= vaccinazione in corso; C= vaccinazione completa

Il "Progetto Donna" del SerT della Zona-Distretto Piana di Lucca

Il SerT della Zona Piana di Lucca, in collaborazione con l'Area Materno-infantile (U.O. Ostetricia e Ginecologia e U.O. Pediatria), con il Dipartimento di Salute Mentale (U.O Infanzia e Adolescenza) e l'U.O. Dermatologia del Presidio Ospedaliero "Campo di Marte" di Lucca, ha strutturato il "Progetto Donna", rivolto alla popolazione femminile in carico con obiettivi di prevenzione primaria e secondaria, correlati alle specificità e ai bisogni dell'identità di genere (educazione alla salute, alla sessualità, alla contraccezione, sostegno alla gravidanza e alla maternità, consulenze Legge 194/87, prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie Sessualmente Trasmesse).
L'attività viene svolta sia presso il SerT che in proiezione presso il "Punto Donna" dell'O.C. Campo di Marte (U.O. Ostetricia e Ginecologia). Nell'anno 2006 sono state coinvolte nel Progetto 46 donne.
Nel SerT Zona Distretto Valle del Serchio hanno aderito al progetto 22 donne.

Tabella 68 – Utenti inserite nel progetto donna nel 2006 (SerT Piana di Lucca)

	Residenti	***Non residenti***	***Totali***
Donne che hanno aderito al Progetto	42	4	**46**
Visite ginecologiche effettuate	36	3	**39**
IVG	0	1	**1**
Gravidanze	4	0	**4**
Donne orientate al lavoro	14	0	**14**
Tutoring psico-educativi neonatali	5	0	**5**
Neonati seguiti dalla Pediatria	5	0	**5**

Tabella 69 – Utenti inserite nel progetto donna nel 2006 (SerT Valle del Serchio)			
	Residenti	*Non residenti*	*Totali*
Donne che hanno aderito al Progetto	22	0	22
Visite ginecologiche effettuate	22	0	22
IVG	2	0	2
Gravidanze	3	0	3
Donne orientate al lavoro	0	0	0
Casi che hanno seguito un percorso psicoeducativo genitoriale	16	0	16
Tutoring psico-educativi neonatali	0	0	0
Neonati seguiti dalla Pediatria	0	0	0

L'utenza con abuso/dipendenza da cocaina, l'utenza politossicodipendente e l'utenza con comorbilità psichiatrica (doppia diagnosi)

Come già segnalato nelle precedenti relazioni sanitarie l'esperienza degli ultimi anni ha messo in evidenza che il mondo della tossicodipendenza è in grande trasformazione.
La ricomparsa di "vecchie" droghe, quali la cocaina e gli allucinogeni, e la diffusione di "nuove" droghe stimolanti-allucinogene, quali l'ecstasy e analoghi, hanno contribuito a rendere l'attività dei SerT più complessa, proprio perché riguardante una realtà assistenziale in continuo mutamento.
In particolare per la cocaina nel 2006 si è assistito ad un ulteriore aumento dell'utenza (circa il 40% in più rispetto al 2005) e delle richieste di trattamento che comportano interventi specifici differenziati rispetto ai classici trattamenti per gli utenti eroinomani.
Altro problema importante è rappresentato dal fatto che, nella maggior parte dei soggetti con dipendenza da sostanze d'abuso, sempre più frequentemente si riscontra la presenza di poliabuso/dipendenza con associazioni fra le diverse sostanze (eroina, cannabinoidi, cocaina e alcol, soprattutto, ma anche cocaina e alcol, stimolanti-allucinogeni e benzodiazepine).
L'aumento costante dell'utenza politossicodipendente costituisce un nuovo problema per i SerT, chiamati ad adattare i loro modelli organizzativi e le loro strategie di trattamento, pensati in base alle caratteristiche dell'utenza con dipendenza da eroina.
Nel 2006 un particolare impegno ha comportato la gestione dei casi con comorbilità psichiatrica (coesistenza di disturbi da dipendenza e di altri gravi disturbi mentali), oggetto anche di specifici progetti regionali nei quali l'ASL di Lucca negli anni passati ha svolto un ruolo centrale.
Da sottolineare che nell'anno 2006 è proseguita l'attività della struttura residenziale "Villa Adelasia" (Nozzano, Lucca), aperta con un progetto sperimentale nel settembre 2000 e destinata ad ospitare 12 soggetti tossico-alcoldipendenti con *doppia diagnosi* (compresenza di disturbi da dipendenza e di gravi disturbi mentali) (Tabella 70).

Tabella 70 – Utenti inseriti nella struttura "C.T. Villa Adelasia" nel 2006			
	M	***F***	***T***
Residenti	16	4	**20**
Non Residenti	6	3	**9**
Totali	**22**	**7**	**29**

L'andamento della domanda e il rapporto con la modificazione dei consumi

Negli ultimi anni il consumo delle sostanze di abuso si è in parte modificato, passando dal quasi esclusivo uso di eroina, alcol e cannabinoidi a quello delle "nuove droghe" (cocaina, ecstasy e simili) che si sono aggiunte alle prime.
Nel 2006, il passaggio da una netta prevalenza di utilizzatori di oppiacei endovena e di alcol alla crescente presenza di utilizzatori di altre sostanze d'abuso, in particolare la cocaina che risulta essere la seconda droga illegale più utilizzata, stanno comportando la necessità di strutturare percorsi assistenziali per questa utenza che ha caratteristiche socio-demografiche, psicopatologiche e tossicologiche specifiche.
Non esistendo a tutt'oggi terapie farmacologiche sostitutive l'intervento fondamentalmente è rappresentato da trattamenti psicosociali integrati con l'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali, la cui acquisizione richiede una formazione ad hoc degli operatori.
Anche i trattamenti residenziali richiedono percorsi di cura diversi rispetto a quelli per gli eroinodipendenti. In questa tipologia di utenza che accede ai nostri servizi si rileva inoltre la maggior compresenza di patologia psichiatriche (gravi disturbi dell'umore e rischi suicidari elevati, psicosi deliranti, gravi attacchi di panico) che richiedono attento monitoraggio, e complicanze internistiche soprattutto a carico dell'apparato cardiocircolatorio anche in soggetti di età giovanile.
Inoltre la cocaina agisce da disinibitore dell'aggressività soprattutto nelle personalità psicopatiche aumentando i rischi di comportamenti antisociali.
Infine l'aumento dell'uso per via ev che si riscontra anche nella nostra utenza comporta la presenza di rischi di trasmissione delle patologie infettive (HIV, Epatiti virali, etc).
Questa situazione richiede pertanto un attento monitoraggio e fa prevedere la necessità di nuovi investimenti per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
I dati dell'andamento dei consumi in rapporto alle fasce di età suggerisce almeno due considerazioni: primo, sembra necessario orientare l'attività dei SerT maggiormente verso interventi precoci (prevenzione secondaria) in favore degli adolescenti e dei giovani adulti, secondo, per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica, sembra sempre più urgente pensare e realizzare modelli operativi idonei ad affrontare la complessità di tale problematica in modo strutturalmente integrato con i Servizi di Salute Mentale.

Un altro settore che negli ultimi anni è stato curato dal SerT di Lucca è quello delle cosiddette dipendenze senza sostanze o comportamentali, in particolare il gioco d'azzardo patologico.
Gli interventi sulle dipendenze comportamentali necessitano di un cambiamento radicale nel modo di concepire la dipendenza: in queste situazioni non è presente una causa e/o un aggravante esterno preciso e identificabile quale può essere una sostanza, ma si tratta di avere a che fare con comportamenti di solito socialmente accettati e approvati (basti pensare all'aumento delle occasioni di gioco, dalle sale Bingo, alle slot machine collocate nei bar, ai videogiochi su internet facilmente accessibili anche ai minori e usufruibili senza un controllo specifico da ampie fasce di popolazione) che possono dar luogo situazioni a rischio e malattie.

Nella Tabella 71 è riportata la casistica afferita nel 2006 al Centro ambulatoriale per la cura del gioco d'azzardo patologico.

Tabella 71 – Utenti del centro ambulatoriale per la cura del gioco d'azzardo del SERT Piana Di Lucca nel 2006

Utenti *		M	F	T
	Residenti	15	4	19
	Non residenti	6	0	6
	Totali	**21**	**4**	**25**
	Residenti	13	2	15
	Non residenti	5	0	5
	Totali	**18**	**2**	**20**

(*) Sono stati regolarmente seguiti (individualmente e/o in gruppo) anche i familiari (uno per ciascun caso) degli utenti attivi.

Il servizio pubblico

Nel 2006 non sono state apportate variazioni di rilievo nell'assetto organizzativo dei SerT. E' proseguita la sperimentazione della chiusura nei giorni festivi del SerT della Zona Piana di Lucca con l'appoggio operativo del SerT della Valle del Serchio in caso di necessità. Tale assetto organizzativo non ha causato alcun disagio, in particolare rispetto alla necessità di garantire la somministrazione dei farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina) ai tossicodipendenti in regime di ricovero ospedaliero.
Nell'orario di apertura dei SerT sono state garantite (senza tempi di attesa) l'*accoglienza* e l'*accettazione diretta* dei soggetti con patologia da dipendenza e/o dei loro parenti, con l'erogazione degli interventi multidisciplinari necessari in base alla natura bio-psico-sociale dei disturbi legati all'abuso e alla dipendenza da sostanze o ad altre forme di dipendenza.
Il modello operativo dei SerT è basato sulla *presa in carico globale* dei casi (e delle situazioni di disagio connesse) mediante il concorso delle prestazioni delle diverse figure professionali componenti le équipes assegnate alle diverse aree di intervento.

Il rapporto tra servizio pubblico e privato sociale

Nell'anno 2006 i SerT hanno mantenuto regolari rapporti di collaborazione con il privato sociale in particolare per l'inserimento di tossicodipendenti e alcoldipendenti in programmi terapeutici residenziali o semiresidenziali.
Nella Tabella 72 sono riportati i dati relativi agli utenti, che nel corso del 2006 hanno svolto programmi terapeutici residenziali o semiresidenziali in comunità terapeutiche (esclusi i casi inseriti nella struttura residenziale aziendale "Villa Adelasia").

Tabella 72 – Utenti che hanno svolto programmi terapeutici in comunità terapeutica nel 2006

		Piana di Lucca			Valle del Serchio			Totali		
		M	***F***	***T***	***M***	***F***	***T***	***M***	***F***	***T***
TD	***Ceis LU***	11	3	**14**	1	0	**1**	12	3	**15**
	Altre CT*	18	3	**21**	6	1	**7**	24	4	**28**
	Totali	29	6	**35**	**7**	**1**	**8**	**36**	**7**	**43**
	Ceis LU	3	3	**6**	0	0	**0**	3	3	**6**

AD	***Altre CT****	1	0	**1**	1	0	**1**	1	0	**1**
	Totali	**4**	**3**	**7**	**1**	**0**	**1**	**5**	**3**	**8**
DD**	***Ceis LU***	0	0	**0**	0	0	**0**	0	0	**0**
	Altre CT*	3	1	**4**	2	0	**2**	5	1	**6**
	Totali	**3**	**1**	**4**	**2**	**0**	**2**	**5**	**1**	**6**
Totali	***Ceis LU***	14	6	**20**	1	0	**1**	15	6	**21**
	Altre CT*	22	4	**26**	9	1	**10**	31	5	**36**
	Totali	**36**	**10**	**46**	**10**	**1**	**11**	**46**	**11**	**57**

**) Comunità terapeutiche riconosciute come Enti Ausiliari, convenzionate con le Aziende USL, e comunità terapeutiche private non riconosciute come Enti Ausiliari.*
***) Utenti tossicodipendenti o alcoldipendenti con comorbilità psichiatrica.*

Il rapporto con gli istituti penitenziari

I SerT forniscono l'assistenza specialistica ai tossicodipendenti in stato di detenzione nella Casa Circondariale di Lucca, che dichiarano il proprio stato di tossicodipendenza e fanno esplicita richiesta di essere presi in carico dai SerT stessi.
L'èquipe multidisciplinare del SerT della Zona di Lucca, assegnata all'attività nella Casa Circondariale di Lucca, prende in carico tutti i casi che richiedono di essere seguiti e li segue in stretta collaborazione con il personale carcerario ed il Servizio Sanitario Penitenziario, il cui Presidio Tossicodipendenze è passato in regime convenzionale all'AUSL di Lucca (Decr. Lgs. 230/1999).
Nella Tabella 73 sono riportati i dati relativi agli utenti che hanno svolto programmi terapeutici farmacologici, psico-sociali o integrati in regime di detenzione nella Casa Circondariale di Lucca.

Tabella 73 – Utenti che hanno svolto programmi terapeutici nella casa circondariale di Lucca nel 2006

	M	***F***	***T***
Residenti	29	1	**30**
Non Residenti	77	9	**86**
Extra-comunitari	63	0	**63**
Senza Fissa Dimora	5	0	**5**
Totali	**174**	**10**	**184**

5.2.4 Handicap

Zona-distretto Piana di Lucca

Gli obiettivi perseguiti per l'anno 2006 nel settore handicap definiti dall'U.F. e dall'U.O. Assistenza sociale della Zona Distretto di Lucca sono stati i seguenti:

1. Mantenimento dei livelli essenziali di assistenza garantiti anche attraverso processi di integrazione con gli enti locali quali corresponsabili istituzionali in materia di handicap.
2. Apertura gennaio 2006 di un Centro diurno "Peter Pan" per accogliere soggetti disabili psichici in età giovanile alcuni dei quali erano ospiti da lungo tempo di strutture residenziali fuori ASL. La gestione del Centro è stata affidata tramite convenzione alla Cooperativa sociale "Insieme". La struttura che va ad integrare la rete dei servizi semiresidenziali della zona distretto di Lucca, garantisce una copertura assistenziale giornaliera di 9 ore per 5 giorni settimanali.
3. Realizzazione di interventi e attività tese a favorire lo sviluppo di opportunità sociali e personali in particolare per persone con gravi disabilità con lo scopo di rafforzare abilità residue e le autonomie possibili
4. Consolidamento dei processi di integrazione sociale, scolastici e lavorativi attraverso la partecipazione degli operatori componenti dei GOM agli incontri interistituzionali (ASL-Comuni-Scuola-Genitori) per la definizione dei progetti abilitativi-riabilitativo individuali. Infatti sulla base di accordi di programma in vigore devono essere effettuati almeno due incontri annuali su ciascun caso in carico alle equipe competenti territorialmente.
5. Favorire il mantenimento di soggetti disabili in situazione di gravità, riconosciuti con alto carico assistenziale, nel loro contesto di vita, con modalità d'offerta di prestazioni economiche equivalenti alla quota sanitaria dei servizi residenziali
6. Favorire forme di sostegno alle famiglie nel carico del soggetto disabile con interventi di sollievo e supporto
7. Continuità alla partecipazione al gruppo regionale di lavoro ICF, per la sperimentazione avviata nel 2005 per l'applicatività del sistema di classificazione della disabilità e che vede il coinvolgimento di diverse professionalità della ASL .
8. Continuità alla partecipazione dei Progetti Regionali di sperimentazione dell'assistenza personale finalizzata alla Vita Indipendente ed Autodeterminata,
9. Avvio di un processo di revisione gestionale dell'offerta attuale dei servizi semiresidenziali; analisi valutative nella dimensione di struttura, di processo e di esito finalizzato a ridefinire qualitativamente l'organizzazione dei Centri Diurni sia dal punto di vista gestionale che tecnico-professionale in base ad indicatori di bisogni che emergono dal territorio. Studi e definizione dei capitolati di gara per l'esternalizzazione della gestione di due Centri Diurni.
10. Rendere appropriati i livelli assistenziali per la funzionalità gestionale ed operativa della Casa-famiglia "I Tigli" con elaborazione ed applicazione del regolamento di funzionamento (contenimento dei ricovero con gestione delle crisi all'interno della struttura). Sono state definite e sperimentate modalità operativi integrate con la RSA "L'arcobaleno" per le prestazioni infermieristiche in vista di un progetto di unificazione delle due strutture.

Interventi nella scuola

Gli interventi hanno riguardato in prevalenza l'individuazione, l'elaborazione e l'attivazione docenti/operatori/genitori, di percorsi assistenziali, educativi, sociali e/o riabilitativi

personalizzati (PARG) per i soggetti riconosciuti dalla L.104/92 in condizioni di handicap (dal nido alla scuola media superiore). La normativa prevede infatti l'espletamento di tale metodica per tutti i soggetti valutati dalla Commissione medico-legale almeno due incontri nell'anno scolastico fra GOM–SCUOLA-GENITORI per la programmazione iniziale e verifica finale per ogni soggetto inserito.

I soggetti inseriti negli Istituti scolastici e sui quali sono stati attivati interventi specifici sono riportati nella tabella seguente.

Tabella 74 - L'Handicap nella scuola.

	A.S. 2002-2003	*A.S. 2003-2004*	*A.S. 2004-2005*	*A.S. 2005-2006*
Asilo	4	2	4	6
Maternal	27	27	36	42
Element.	93	92	92	113
Media	96	93	96	85
Media Sup.	72	85	95	110
Totale	*292*	*299*	*322*	*356*

Interventi di "Aiuto alla persona ed alla famiglia" (legge 104/92)

Questa tipologia d'intervento risponde ai bisogni di sostegno e supporto che evidenziano i nuclei familiari con componenti disabili al loro interno.
L'obiettivo prioritario è quello di fornire strumenti utili per superare le difficoltà connesse allo svolgimento dei fondamentali atti della vita quotidiana e favorire l'integrazione con la comunità di vita ed altre realtà territoriali.
Sono state pertanto promosse azioni mirate a:

- Prevenire, rimuovere e/o limitare le possibili cause di emarginazione del disabile
- Supportare il contesto familiare per il mantenimento della persona disabile nel nucleo di appartenenza
- Promuovere forme e modalità di interventi integrati attraverso lo sviluppo del lavoro di rete con il coinvolgimento dell'associazionismo e del terzo settore.

I soggetti che hanno beneficiato dell'intervento con erogazione del contributo economico di "Aiuto alla persona" nell'anno 2006, attraverso le indicazioni fornite dai GOM, sono stati 25. Come per gli scorsi anni, a causa della limitatezza delle risorse a disposizione rispetto alle richieste pervenute, è stato necessario effettuare ulteriori scelte "selettive" in base ai criteri di accesso elaborati dalla U.O. di Assistenza Sociale ed approvati dal G.O.I.F.
Il finanziamento dei contributi economici sono di provenienza del Piano sociale di Zona e sono concordati con la Gestione Associata in materia di Handicap dell'articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci della Piana di Lucca a cui compete la gestione amministrativa degli interventi alla persona.

Anche nell'anno 2006 il servizio di "Assistenza alla persona" è stato fornito quasi totalmente in forma indiretta, con contributo economico alla famiglia, in particolar modo a situazioni in cui è stato verificato un carico assistenziale familiare particolarmente gravoso per la complessità e multiproblematicità della situazione.

Progetto regionale di sperimentazione della vita indipendente ed autodeterminata (Del. GRT n.794 del 2/8/2004)

Le persone disabili del territorio della Piana di Lucca che sono inserite nel progetto di sperimentazione dell'assistenza personale finalizzata alla vita indipendente ed autodeterminata si stanno avviando verso il terzo e conclusivo anno di sperimentazione.
Dai tests effettuati in collaborazione con l'Agenzia regionale di Sanità che ha l'incarico del monitoraggio del processo sperimentale, e dai colloqui e contatti diretti con gli interessati si è potuto notare un notevole incremento dei livelli di qualità di vita sotto l'aspetto dell'autonomia, dell'indipendenza e partecipazione sociale, delle capacità di autodeterminazione e di empowrment psicologico. I risultati emersi permettono inoltre di evidenziare un minor ricorso ai servizi socio sanitari e utilizzo di presidi sanitari.
La possibilità di utilizzo di un servizio di aiuto alla persona ha permesso ad alcuni di poter lavorare e contribuire pertanto con un proprio reddito in modo attivo alla propria vita, senza gravare sugli altri o sui propri familiari,.
Di particolare importanza, sotto l'aspetto della continuità e sul piano relazionale, si è rivelata la *figura dell'assistente alla persona* per la quale tuttavia gli aspetti specifici professionali necessitano di un approfondimento e sono obiettivo specifico di ricerca della sperimentazione.

I Centri Diurni socio - riabilitativi

I Centri Diurni per disabili si configurano come presidi socio-educativi-riabilitativi ed assistenziali in cui attraverso una progettazione individualizzata si integrano i diversi livelli di operatività.
Si agisce per lo sviluppo ed il mantenimento delle capacità residue e dei livelli di autonomia raggiunti mirando ogni intervento al raggiungimento di ogni possibile livello d'integrazione sociale.
Sono accolti soggetti con patologie e gravità diverse.
La fascia di età ricompresa è ampia poiché alcuni soggetti (inseriti da lungo tempo) superano il 50° anno di età e pertanto si ravvisa anche la necessità di individuare nell'organizzazione interna moduli specifici per far fronte ai bisogni di tipo prevalentemente assistenziale e di socializzazione connessi a tale problematica.
In entrambi i Centri vengono tenuti incontri periodici con i genitori e/o familiari riconoscendo in tale modalità un momento importante di continuità assistenziale e di sostegno al nucleo.
Nel territorio sono infatti carenti iniziative rivolte a questa specifica utenza e pertanto sarà opportuno promuovere azioni congiunte con la Gestione Associata in materia di handicap i Comuni della Piana di Lucca.

Nella formulazione dei progetti annuali delle attività la scelta prevalente è quella di partecipare a varie iniziative "esterne" (Scuole, adesione ai Progetti Regionali "Vela insieme" e Soggiorni nei Parchi e tenute della Toscana, week-end autogestiti ecc) per maturare, acquisire e/o rafforzare esperienze di autonomia.
Le attività interne sono di tipo riabilitativo, psicomotorio, cognitivo, di recupero del linguaggio, ecc., e si svolgono nei laboratori del Centro.
Per i soggetti più gravi le attività preminenti sono quelle di assistenza, di cura della persona, di contatto corporeo e di mantenimento dell'autonomia residua.
Una maggior specificità e diversificazione di ognuno dei due Centri, ha permesso di fornire una più ampia gamma di risposte a bisogni espressi dal territorio.

Centro Diurno di Carraia
Il Centro Diurno "Insieme", gestito in convenzione dalla Cooperativa Sociale *Insieme,* ha mantenuto l'orario giornaliero prolungato (ore 8 – ore 17,30) per sostenere e supportare le famiglie di soggetti gravemente non autosufficienti; ha dato molto spazio ed importanza al rapporto continuativo con le famiglie e con le equipe territoriali, per rendere comuni e rafforzare, con azioni concordate, gli obiettivi dei progetti individuali degli utenti.
Nel Centro sono presenti 29 disabili, suddivisi nei seguenti moduli:
Modulo gravi: 13 soggetti non autosufficienti con gravi deficit psico-fisici. Sono previste attività sia di gruppo che individuali idonee e specifiche per persone che presentano forme gravi di handicap con minime capacità di autonomia e relazionali, scarso o nullo uso della parola
Modulo medio-gravi adulti:12 soggetti con disabilità medio-grave e patologie diverse, con ridotte capacità di autonomia e uso della parola, difficoltà di movimento, comportamenti instabili ed enormi difficoltà relazionali. Sono programmate attività di terapia occupazionale e focalizzate alla riabilitazione ed al mantenimento di due aspetti in particolare:l'autonomia del quotidiano e l'orientamento spazio-temporale.

Nel centro diurno durante l'anno 2006 gli obiettivi perseguiti sono stati i seguenti:
1. Mantenimento e consolidamento dei livelli di autonomia raggiunti;
2. Mantenimento e consolidamento dei contenuti appresi (riguardo all'igiene personale, alla motricità, alle abilità comunicative ed alle relazioni sociali)
3. Ricerca dell'integrazione all'interno ed all'esterno del centro attraverso la partecipazione degli utenti ad iniziative promosse sul territorio (concerti, feste paesane, feste comunali) e attraverso la partecipazione degli operatori e della responsabile ad attività culturali e formative promosse dagli enti locali che hanno avuto come argomento la disabilità
4. Coinvolgimento delle famiglie degli utenti nelle diverse attività del centro;
5. Sostegno delle famiglie attraverso la costruzione di una rete che assicuri continuità educativa con il centro ed all'esterno di esso
6. mantenimento e consolidamento dei livelli di autonomia e di integrazione, garantendo attenzione e cura della persona disabile e dell'ambiente in cui vive.

Per raggiungere tali obiettivi, le attività svolte sono state:
- laboratori espressivi,
- attività motorie e ludiche,
- uscite e attività di stimolazione sensoriale.

Per quanto riguarda l'organizzazione, alla fine dell'anno 2006, in via sperimentale, è stato individuato un terzo modulo, quello degli "anziani": di questo modulo fanno parte gli utenti più anziani del centro, caratterizzati da una buona autonomia nelle abilità del quotidiano (ADL) ma con abilità strumentali (IADL) e cognitive discretamente compromesse.
Tale progetto sperimentale ha portato dei buoni risultati nell'arco di qualche mese e per questo il modulo è stato inserito in modo stabile nella nuova organizzazione del centro.
Il rapporto con gli utenti del centro è ormai stabile e caratterizzato da fiducia così come il rapporto con le famiglie.
Sono state mantenute per quanto possibile tutte le iniziative promosse nell'anno 2005: le feste, i soggiorni sia per il modulo dei medio-gravi che per quello dei gravi, le uscite settimanali e le gite di un giorno.

Centro Diurno "Peter Pan"
Il centro è aperto dal Gennaio 2007 ed è gestito dalla Cooperativa Sociale "Insieme" in convenzione con l'Azienda sanitaria.

Ha accolto alcuni soggetti che frequentavano Il Centro Diurno di Carraia ma per la loro grave patologia, l'ambiente e l'organizzazione delle attività non risultavano più adeguate né appropriate. Questa operazione ha permesso di far rientrare una persona ricoverata in una struttura residenziale esterna ed evitare due ricoveri altrimenti indispensabili.
Il primo obiettivo è stato quello di predisporre ed adeguare l'ambiente fisico e relazionale alle persone inserite costituiti da giovani adulti con handicap psichico e manifestazioni di comportamento auto ed etero-aggressivo.
Sono soggetti giovani che per le problematiche legate alla doppia diagnosi, hanno sperimentato ricoveri più o meno prolungati in strutture residenziali.

La stabilità e la continuità della relazione operatore/utente costituiscono per queste persone elementi significativi per dare valore e senso (sul piano socio-riabilitativo) alla loro presenza nel Centro. Ogni attività è pertanto di tipo personalizzato e basata su una relazione interpersonale; si caratterizzano per la riattivazione o la conservazione dello stato di realtà, l'orientamento spazio-temporale ed il rinforzo continuo per il mantenimento di livelli di autonomia nelle attività del quotidiano ed in quelle strumentali.
E' stato necessario, data la multiproblematicità sociale e sanitaria delle situazioni contemplate, come azione imprescindibile, supportare i genitori ai quali si riconosce la gravosità ed il peso della gestione della situazione altamente problematica e complessa.
Si ritiene doveroso infatti evidenziare che il Centro ha permesso di contenere e gestire (anche con supporto alle famiglie) rilevanti "crisi" dei ragazzi e delle famiglie ed evitare il ricorso all'istituzionalizzazione almeno per due situazioni.

Altri obiettivi realizzati nell'anno 2006 sono stati:

- Migliorare le relazioni in alcuni casi e costruire delle buone relazioni interpersonali in altri casi;
- Migliorare il comportamento all'interno della struttura e al di fuori di essa;
- Riabilitare le capacità deficitarie e mantenere quelle residue;
- Mantenere le attività nel quotidiano, sia quelle strumentali che quelle funzionali.
- Sostenere la famiglia nella gestione del familiare
- Mantenere una continuità educativa e relazione tra il centro e la famiglia

Le attività che sono state svolte all'interno del centro sono attività di tipo ludico, espressivo, manuale e motorio. Attenzione precipua è stata data alla relazione con l'utente, ai disagi ed alle difficoltà comunicative che quotidiamente l'utente portava. Questo, insieme ai colloqui con i genitori, ha permesso un lavoro individualizzato e sempre monitorato nel tempo.
Insieme all'ASL 2 di Lucca si sta procedendo alla stesura di un regolamento che chiarisca sia i criteri di ammissibilità al centro, sia i rapporti con il territorio, in particolare con i distretti.

Centro Diurno "Carlo del Prete"
Nel corso del 2006 si è provveduto ad una riorganizzazione del Centro dopo aver opportunamente svolto un percorso di formazione e progettazione partecipata che ha visto coinvolti nell'arco di tre mesi tutti gli operatori dei Centro ed i componenti dell'Equipe.
La revisione organizzativa è stata necessariamente sollecitata da una diminuzione della dotazione organica del personale assegnato ma ha assunto anche una significatività nella riflessione e rielaborazione dei percorsi metodologici in termini di efficacia e di efficienza per la stessa struttura .
Il Centro come è noto si distingue in due moduli rispetto alla finalità:

1. socio-educativo-assistenziale per persone con disabilità plurime che richiedono intensità di sostegno assistenziale di tipo estensivo per i quali è pressoché

impossibile altra forma d'inserimento sociale. Il modulo può accogliere 13 persone e sono previsti anche inserimenti part-time e su progettazione mirata.

2. socio-educativo-abilitativo-riabilitativo per soggetti disabili il cui livello di potenzialità costituisce il presupposto per lo sviluppo degli apprendimenti legati ai percorsi di autonomia possibili ("Gruppo Intermedio") per proseguire poi con successivi percorsi personali con minore connotazione assistenziale. Sono accolte 7 persone e sono previsti anche progetti part-time integrati con l'istituzione scolastica.

La differenza fra i due moduli sta essenzialmente nei diversi percorsi assistenziali e riabilitativi che rispondono a loro volta ai diversi livelli di autonomia perseguibili dagli utenti Per ogni modulo sono previste figure professionali di educatori, o.s.s. e terapisti occupazionali. L'equipe multisciplinare che supervisiona e definisce le attività del Centro è coordinata da una assistente sociale.
Le attività del Centro, organizzate in laboratori, riguardano:

- attività espressive, (musica, teatro, disegno ecc.)
- attività motorie e ludiche, (piscina, palestra)
- uscite e attività di stimolazione sensoriale e cognitive (acquisti con uso del denaro, pranzi in autonomia al ristorante a piccoli gruppi, uso del computer ecc.).

Come ormai accade da diversi anni, alcuni ragazzi dei due moduli hanno partecipato all'iniziativa della Regione Toscana nel progetto Soggiorni nei Parchi e Tenute della Toscana. Il soggiorno svoltosi nel Parco delle Apuane ha visto la partecipazione anche dei soggetti più gravi ed è stata valutata una esperienza positiva e ripetibile con opportunità di socializzazione e di confronto con altre realtà della Toscana.
Altra esperienze significative svoltesi nell'anno e programmate in base alle finalità generali del Centro:

- Soggiorno/corso sci di fondo del "Gruppo Intermedio" di tre giorni in montagna con l'Associazione "La Focolaccia"
- Campeggio in tenda a Populonia
- Soggiorno a Bolzano per visita ai Mercatini di Natale
- Collaborazione con l'Associazione culturale "Tra fili d'erba" per laboratorio di Arteterapia
- Soggiorno autogestito presso un agriturismo in occasione della vendemmia
- Collaborazione con l' "Opera delle Mura di Lucca" per la strutturazione di momenti di scambio e di aggregazione con le attività ludico-ricreative programmate dall'associazione.

Per la progettazione individualizzata il Centro si avvale anche della collaborazione di un medico fisiatra per visite di consulenza e di controllo e della UORF per programmi di riabilitazione neuropsicologica in soggetti con disabilità.

Struttura Residenziale: Casa Famiglia "I Tigli"
La Casa Famiglia è nata nell'agosto del 2002 con l'obiettivo di creare soluzioni residenziali appropriate per migliorare la qualità della vita di soggetti adulti, portatori di handicap psichico con problemi comportamentali e privi di una struttura familiare adeguata.
Nella struttura la fornitura delle prestazioni sociosanitarie necessarie per il suo funzionamento è assicurata dalla Cooperativa Sociale "La Mano Amica".
Il coordinamento delle attività educative è svolto da un Educatore professionale dipendente e la consulenza infermieristica è garantita dal Caposala della RSA "L'Arcobaleno".

Al fine di assicurare una maggiore appropriatezza dei livelli assistenziali collegati ad una modalità gestionale ed operativa condivisa da tutti gli operatori impegnati nella struttura, il comitato tecnico integrato, previsto dalla convenzione in atto con la Coperativa, ha elaborato e definito il regolamento di funzionamento (contenimento dei ricovero con gestione delle crisi all'interno della struttura, modalità di rapporto con l'esterno e con altre struttue organizzative aziendali). Con tale strumento sono state definite e sperimentate modalità operativi integrate con RSA "L'arcobaleno" per le prestazioni infermieristiche in vista di un progetto di unificazione delle due strutture, tenuto conto di alcuni vincoli strutturali presenta l'attuale localizzazione della Casa-famiglia.

Attualmente la struttura accoglie 5 persone disabili con problematiche sociosanitarie di diversa tipologia che necessitano di un intervento riabilitativo-educativo personalizzato la cui finalità risponde al mantenimento e potenziamento dei livelli di autonomia acquisita, a migliorare il comportamento individuale e sociale, a valorizzare tutte le opportunità d'integrazione con l'esterno, a migliorare le relazioni sia tra loro che con gli operatori.
Ogni soggetto inserito ha un progetto individualizzato che caratterizza l'andamento personalizzato della giornata (borsa-lavoro, frequenza 150 ore, logoterapia, laboratorio "linguaggio", lavoro in Coop.) e che poi si inserisce nella programmazione delle attività generali socio-riabilitative (laboratorio di cucina, assemblaggio, decoupage, laboratorio video, equitazione ed ippoterapia). Particolare attenzione è stata data al miglioramento della qualità della vita potenziando strategie d'integrazione con la comunità.

Borse-Lavoro

Le persone che in totale nel corso del 2006 hanno usufruito di interventi di "Borsa lavoro" risultano essere n. 114 di cui 22 soggetti in carico all'equipe di Salute Mentale e 92 soggetti in carico ai GOM distrettuali.
Anche nel corso del 2006 sono state privilegiate azioni tese a dimettere dal circuito assistenziale "protetto" soggetti disabili in carico all'equipe territoriali e opportunamente valutati e ritenuti in grado di sperimentare un reale inserimento nel mondo del lavoro, alla luce della normativa introdotta dalla L.68/99.
In sintesi il quadro riassuntivo dell'andamento delle persone in situazione di borsa-lavoro può essere così riassunta:

Situazione al 1 Gennaio 2006
Sociale = 77 Sanitario = 19 TOT. 96
<u>Nuovi Inserimenti</u> :
Sociale = 15 Sanitario = 3 TOT. 18
<u>Terminato il Progetto</u> :
Sociale = 20 Sanitario = 4 TOT. 24
Situazione al 29 dicembre 2006 (allievi che continuano il percorso nel 2007)
Sociale = 72 Sanitario = 18 TOT. 90

Gli utenti che hanno terminato il Progetto si dividono in:	
10 utenti si sono ritirati a causa di incapacità di adesione al Progetto Bl e alle regole del sistema lavorativo, insieme all'equipe inviante è stato deciso di terminare l'esperienza socio-lavorativa.	
14 utenti sono stati assunti:	
1	Comune di Altopascio
6	A.SL 2 di Lucca
1	Comune di Lucca
1	Provincia di Lucca
3	Comune di Capannori
1	Coop. Sociale "Il Ponte"
1	"Equinozio"

Il risultato delle assunzioni, è stato ottenuto grazie ad un proficua collaborazione con vari Enti e Istituzioni che si occupano di lavoro sul territorio della Piana di Lucca, soprattutto i contatti costanti con il "Centro per l'Impiego" della Provincia, ci hanno permesso di gestire tutti gli aspetti più significativi e rilevanti dell'inserimento lavorativo, in riferimento alla L.68/99.
Attraverso l'obiettivo principale di favorire lo sviluppo di una rete di lavoro sinergico, sono stati coinvolti nel Progetto BL la Provincia di Lucca, il Comune di Lucca e le Cooperative Sociali del territorio.
Insieme abbiamo costruito o ri-costruito dei percorsi di integrazione di soggetti svantaggiati nel reale "Mondo del lavoro" e attraverso l'utilizzo dell'esperienza socio-lavorativa delle Borse Lavoro è stato possibile attuare un pre-avviamento o pre-addestramento per aiutare il soggetto ad integrarsi gradualmente alle regole e all'ambiente lavorativo, creando oppurtunità di crescita e di realizzazione personale e professionale.

Zona-distretto Valle del Serchio

Centri diurni socio riabilitativi

Si conferma la presenza di due Centri Diurni per questa tipologia di soggetti: Centro Diurno con sede a Fornaci di Barga, Centro Diurno attualmente con sede provvisoria in località Poggio Comune di Camporgiano c/o Casa degli Alpini.
Per quanto riguarda il Centro Diurno del Poggio la sistemazione dei locali è transitoria in quanto prossimamente verrà aperto il nuovo Centro sito nel Comune di Pieve Fosciana, più baricentrico rispetto ai Comuni della Garfagnana e con spazi più adeguati per lo svolgimento delle attività.

Il Centro Diurno ex Crociale attualmente ospita n. 20 soggetti medio-gravi con presenza giornaliera e n. 3 soggetti medio-gravi con presenza a giorni alterni su progetto specifico; l'ASL ha appaltato la gestione di tale servizio ad una Cooperativa Sociale.
Gli interventi educativi e di riabilitazione in atto prevedono di individuare per ogni soggetto, interventi specifici con azioni finalizzate al conseguimento degli obbiettivi, valorizzando e potenziando le capacità residue e le autonomie personali individuali.

Per quanto riguarda il Centro Diurno di Fornaci di Barga i locali sono stati ristrutturati e attrezzati di nuovi arredi e attrezzature; il Centro è perfettamente funzionante ed idoneo (locali ampi, spaziosi, arredi ed attrezzature nuove ed adeguate per lo svolgimento delle attività previste) per ospitare soggetti con handicap medio-grave.

Attualmente il Centro ospita n. 16 soggetti medio-gravi, il personale è composto da due dipendenti dell'Azienda e da tre operatori dipendenti da una Cooperativa Sociale.

Gli interventi più significativi in entrambi i Centri sono:

- attività di assistenza diretta alla persona, finalizzata anche al mantenimento di livelli di autonomia personale (igiene quotidiana cura, della propria immagine, igiene alimentare);
- attività occupazionali, manuali, ricreative ludico-espressive (sperimentazione di attività di laboratorio);
- attività di collegamento con l'ambiente esterno per partecipare ad iniziative culturali, sportive, di tempo libero del territorio; .
- sostegno alle famiglie e coinvolgimento delle stesse nelle programmazione delle attività.

Nell'anno in corso è stato nuovamente programmato in entrambi i Centri il laboratorio teatrale. Tale attività viene svolta il giovedì mattina e prevede la partecipazione attiva dei ragazzi dei due Centri, di soggetti disabili gravi del territorio e degli operatori in esercizi espressivi vocali e gestuali.

Continua la programmazione, la verifica ed il controllo delle attività da parte del Responsabile dei Centri, che fa capo all' Area Funzionale di Assistenza Sociale, coadiuvata da una Psicologa e la piena collaborazione con i Gom distrettuali che elaborano i progetti individuali e seguono il processo di vita del soggetto portatore di handicap, il quale mantiene la sua appartenenza al territorio.
Inoltre, un altro elemento diventato essenziale per la gestione dei Centri è l'incontro mensile del gruppo degli operatori e dei referenti dell' ASL con i rappresentanti dei genitori dei ragazzi inseriti, per la programmazione e la verifica delle attività svolte nei relativi Centri.

Una problematica sempre più emergente con il passare degli anni è la difficoltà di dimissione, per mancanza di percorsi alternativi, soprattutto per coloro che hanno un'età superiore ai 55 anni.

Nel 2006 è stato introdotto un nuovo sistema di gestione dati, seguito da un periodo di transizione per cui non è stato possibile estrapolare dati più completi.

Tabella 75 – Dati attività settore Handicap – anno 2006.

N. Parg	11
N. soggetti inseriti in strutture educative (asili nido-scuole materne)	10
N. soggetti inseriti in strutture scolastiche:	
- scuola dell'obbligo	94
- scuola superiore	34
N. soggetti che hanno usufruito dell'assistenza alla persona nell'ambito scolastico	29
N. Soggetti che hanno usufruito di aiuto domestico	22
N. Soggetti che hanno usufruito di aiuto personale	31
N. Soggetti che hanno usufruito di inserimenti socio-terapeutici o borse lavoro	18
N. Soggetti inseriti in RSA	2

N. Soggetti inseriti al lavoro	19
N. Soggetti che hanno usufruito del trasporto	43
N. Soggetti inseriti in strutture residenziali	2
N. Soggetti inseriti in strutture semiresidenziali con costo a carico del fondo sociale	35

5.2.5 Tutela della salute degli anziani

Zona Piana di Lucca

Gli obiettivi realizzati nel corso dell'anno:

1) Ampliamento della rete dei servizi:
   - Completamento RSA " Il Sole " di Altopascio
   - Completamento Struttura polivalente S.Cataldo
2) Consolidamento progetto sorveglianza attiva sulla popolazione anziana. (Progetto Estate Sicura Anziani)
3) Collaborazione tra più servizi aziendali per la realizzazione dell'indagine conoscitiva dell'immagine di salute della popolazione anziana e la messa a fuoco di un progetto specifico nell'ambito del PIS
4) Consolidamento fornitura diretta dei farmaci nelle Rsa.
5) Collaborazione progetto sperimentale Adi – Zona di Lucca
6) Collaborazioni COAD per la tempestiva presa in carico di situazioni così dette "sociali " in dimissione dall' ospedale

Relativamente agli obiettivi sopraindicati:

1) Ampliamento della rete dei servizi:

a. E' stata completamente arredata la RSA "Il Sole" di Altopascio ed inaugurata in data 2 maggio.
b. All'interno della stessa RSA sono stati approntati spazi dedicati all'Unità di Cure Primarie che permetterà, una volta attivata la RSA, di creare maggiori sinergie e integrazioni con il territorio a favore della RSA medesima.
c. Sono stati ultimati i lavori della Struttura polivalente del S.Cataldo ove è stata trasferita a fine anno la Rsa l'Arcobaleno occupando il 1° piano ed ampliando la recettività della stessa che passa da 24 a 30 posti letto.
d. Si è provveduto ad elaborare una ipotesi gestionale delle due nuove strutture con relativa stesura dei capitolati di appalto.

2) Consolidamento del progetto estate sicura anziani

In base alle indicazioni regionali e insieme ai comuni della Zona Distretto Piana di Lucca è stato elaborato il Progetto Estate sicura anziani 2006. Il progetto è stato realizzato nelle seguenti fasi:

- sensibilizzazione e informazione sui rischi per la salute derivanti dal caldo estivo (manifesti, volantini, mezzi di comunicazione, ecc.);
- attivazione e pubblicizzazione del numero verde 800.662.999 a disposizione della popolazione 24 ore/24;

- integrazione tra servizi territoriali sanitari e sociali e associazioni di volontariato;
- verifica delle condizioni degli ambienti di soggiorno diurno e residenziali ed eventuale acquisto di strumenti idonei alla climatizzazione;
- accessi temporanei ai centri diurni esistenti e/o alle comunità residenziali per soggetti ad alto rischio.

Le modalità organizzative hanno previsto:

- l'individuazione e la presa in carico da parte del servizio di sorveglianza attiva di persone di età superiore ai 75 anni, sole o prive di un concreto sostegno famigliare, con problemi di salute segnalati dal medico di medicina generale o dai servizi sociali;
- compilazione delle schede di segnalazione da parte del medico curante;
- creazione dell'elenco dei soggetti che, per singolo comune, rientravano nei criteri per attivare la sorveglianza attiva;
- sorveglianza attiva affidata da ogni comune ad associazioni di volontariato del territorio con la funzione di attivarsi per contattare direttamente i soggetti e provvedere alla soddisfazione di loro eventuali bisogni (consegna spesa a domicilio, consegna farmaci a domicilio, accompagnamento dell'anziano presso servizi sanitari o presso centri residenziali e/o diurni;

Il progetto si è integrato con gli altri interventi previsti dai servizi comunali (progetto tutor, teleassistenza, assegni al cittadino, ecc.) e con i servizi di assistenza domiciliare aziendale (ADI, ADP): in questi casi non sono state compilate le schede da parte dei medici di mg.

Nel corso del periodo di realizzazione del progetto Estate sicura anziani 2006, sono stati presi in carico 163 soggetti per i quali, quindi, sono stati attivati interventi di sorveglianza e assistenza. In particolare:

- ognuno dei 163 soggetti è stato contattato telefonicamente in media 1 volta al giorno
- sono state effettuate 1488 visite domiciliari
- sono state effettuate 140 prestazioni di accompagnamento dei soggetti presso altri servizi sanitari
- sono stati effettuati 7 interventi per consegna pasti a domicilio.

3) Realizzazione di una indagine conoscitiva dell'immagine di salute della popolazione anziana

Nel corso del 2006, durante i lavori per la definizione del profilo di salute, secondo le direttive del PSR e del PSSR, è stato istituito un focus group specifico per gli anziani. Dai lavori del focus group è stato concepito un progetto che intende promuovere un coinvolgimento attivo degli Enti locali e non, per il raggiungimento dell'obiettivo di una "*Continuita' assistenziale e sorveglianza attiva anziani*" attraverso, tra l'altro, un censimento costante delle risorse e dei servizi esistenti finalizzato all'integrazione degli stessi.
Tale azione si armonizza con le varie tipologie di intervento che, previste dal PSR e articolate nel futuro Piano Integrato di Salute, permettono di evidenziare i bisogni degli anziani fragili in un'ottica di prevenzione delle criticità socio sanitarie tipiche di questa fascia di popolazione, incluse quelle legate alle emergenze climatiche.
Indispensabile è la ricerca e la promozione di tutte le possibili sinergie tra Azienda Sanitaria Locale, Enti Locali e Terzo Settore (ASL, EE.LL., TS) al fine di potenziare la rete di "sorveglianza" e di intervento.

L'esperienza degli ultimi anni ha confermato una realtà locale (Piana lucchese) caratterizzata da un lato da un territorio ricco di risorse, istituzionali e non, dall'altro da uno scarso coordinamento delle stesse: infatti, gli enti pubblici erogano i propri servizi secondo procedure ormai consolidate e standardizzate, mentre il Terzo Settore si attiva localmente in modo autonomo e in funzione della sensibilità del tessuto sociale delle varie comunità.
Possibili "vittime" di questa realtà sono senz'altro alcune categorie fragili, quali gli anziani e, in particolare, gli ultra 75enni in condizioni socio sanitarie precarie.

Dall'analisi del Profilo di salute sono emerse delle criticità e dei bisogni nell'area anziani che portano a definire come obiettivo generale la tutela della salute psico-fisica della popolazione anziana, attraverso:

- l'ampliamento e rafforzamento della rete dei servizi socio-sanitari territoriali e culturali a favore della popolazione anziana, in particolare per i soggetti nella fascia d'età over 75 anni in condizioni sociali e/o sanitarie a rischio;
- la promozione di iniziative e di attività delle "agenzie" in rete finalizzate al mantenimento dello stato di salute e alla prevenzione delle condizioni a rischio.

4) Consolidamento progetto fornitura diretta farmaci presso le RSA

L'attività è stata estesa a tutte le strutture non convenzionate presenti sul territorio della Zona. Si riportano di seguito i dati:

Lucca – R.S.A.	Totale anno
2004	58.490
2005	61.000
2006	89.886

5) Collaborazione al progetto sperimentale Adi secondo la metodica prevista dalla delibera 402/2004 già in uso su Lucca ed ora estesa anche al Comune di Capannori per facilitare la dimissione dall'ospedale ed una presa in carico dei soggetti anziani al domicilio.

6) Collaborazioni COAD per la tempestiva presa in carico di situazioni così dette "sociali " in dimissione dall'ospedale.

Disponibilità di posti letto in strutture residenziali

Di seguito si riportano i posti letto disponibili in RSA a gestione diretta o convenzionate presenti nella ASL 2; i dati sono stati raffrontati con l'indice determinato nel Piano Regionale di Assistenza Sociale (PRAS)

Anno 2006	*Abitanti*	*> 65 anni*	*P.L. N.A.*	*Indice aziendale*	*Indice Pras del 337/94*
Piana di Lucca	162.551	36.403	225	0,61	**1,6%**
Valle del Serchio	58.636	15.115	177	1,17	
Totale ASL 2	***221.187***	***51 .518***	***402***	***0,78***	

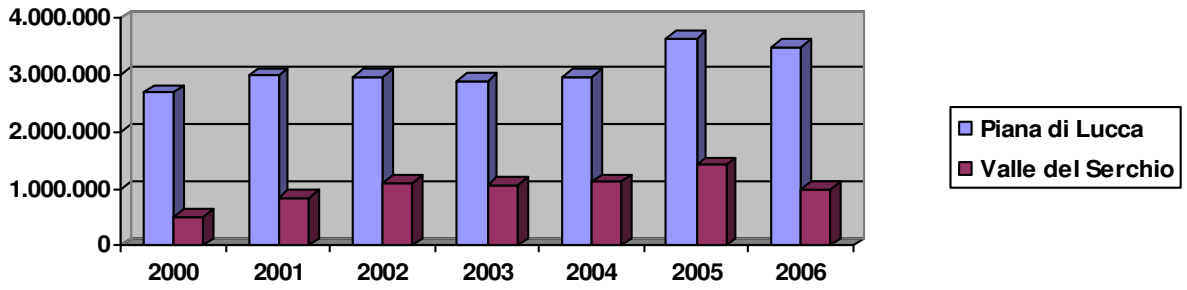
Rispetto al 2005, nonostante l'apertura della RSA Nobili di Magliano, si registra una diminuzione di 7 posti convenzionati e a gestione diretta nella zona Valle del Serchio in virtù della riduzione di posti utilizzati in strutture convenzionate.
Si registra comunque un'assenza della lista di attesa ed i tempi di ricovero sono molto contenuti (nell'ordine di giorni dal momento della domanda di ricovero).

Quote sanitarie
Nella tabella e nel grafico sottostanti è descritto l'andamento nel triennio della spesa sostenuta per quote sanitarie, a favore di soggetti anziani non autosufficienti ricoverati nelle strutture convenzionate presenti in ogni Zona e al di fuori del territorio aziendale.

Quote sanitarie	*Piana di Lucca*	*Valle del Serchio*	*TOTALE*
2000	2.694.380	516.030	3.210.410
2001	2.992.020	847.180	3.839.200
2002	2.967.615	1.101.605	4.069.220
2003	2.887.126	1.075.477	3.962.603
2004	2.971.266	1.124.560	4.095.826
2005	3.642.402 *	1.427.100	5.069.502
2006	3.497.606	1.002.000	4.499.606

**la spesa registra una diminuzione nonostante gli adeguamenti di cui alle delibere di GRT 402/2004 e 271/2005*

L'apertura della RSA Nobili di Magliano, struttura a diretta gestione aziendale, ha portato ad una redistribuzione della spesa destinata agli anziani riducendo la quota a disposizione per le strutture convenzionate.



Valutazione del grado di autosufficienza

La Commissione per l'accertamento del grado di autosufficienza, negli anni 1999/2006 ha effettuato le seguenti visite utilizzando il protocollo regionale previsto dalla delibera 214/91:

Anno	*Piana di Lucca*		*Valle del Serchio*		*Totale*	
	N. Visite	*N. non autosuff.*	*N. Visite*	*N. Non autosuff.*	*N. Visite*	*N. Non autosuff.*
2003	331	223	81	61	412	304
2004	246	153	81	67	327	220
2005	248	184	84	68	332	252
2006	274	222	88	79	362	301

Zona Valle del Serchio

Gli obiettivi realizzati nel corso dell'anno 2006 sono stati:

1. Messa a regime della RSA Nobili di Magliano, con 14 nuovi posti per anziani non autosufficienti o adulti inabili nel modulo di RSA, e con 10 posti nel modulo di Ospedale di Comunità;
2. Avvio dei lavori di realizzazione di Villetta 3 presso la RSA Villa Grassi Landi con sopralluoghi e verifiche tecniche al fine di scegliere la destinazione appropriata dei locali, le modifiche da fare per il miglioramento della funzionalità, l'individuazione dei necessari accorgimenti impiantistici e tecnici, le rifiniture da sistemare e le attrezzature da acquisire;
3. Monitoraggio dell'applicazione della deliberazione 402/04 sulle RSA zonali ed in particolare sulla RSA Pierotti di Coreglia (modulo Alzheimer);
4. Incremento dei ricoveri di sollievo e della temporaneità dei ricoveri in RSA, aumentando la loro consistenza rispetto all'anno precedente;
5. Mantenimento della fornitura di farmaci agli ospiti delle RSA a gestione diretta e delle strutture private (anche non convenzionate);
6. Rispetto degli impegni previsti dalla Carta dei Servizi

Relativamente al punto 1 - Messa a regime della RSA Nobili di Magliano:
l'attività è stata sviluppata tenendo presenti le esigenze assistenziali e la domanda di ricovero presente da tempo in Zona. Questo ha consentito di adeguare l'offerta alla crescente domanda di ricovero in Ospedale di Comunità. Il modulo di RSA da 14 posti prevalentemente temporanei; il modulo di Ospedale di Comunità da 10 posti è andato a regime nel mese di marzo 2006. Nel corso dell'anno sono state avviate anche la cucina e la lavanderia interne.
La struttura è stata aperta affidandone la gestione ad un consorzio di cooperative sociali e mantenendo il coordinamento con un'assistente sociale, un medico ed una capo sala dell'Azienda Usl 2.

Relativamente al punto 2 - Avvio dei lavori di realizzazione di Villetta 3 presso la RSA Villa Grassi Landi:
nell'anno sono stati effettuati vari sopralluoghi e riunioni tecniche al fine di scegliere la destinazione appropriata dei locali (es. cucina e lavanderia), le modifiche da fare per il miglioramento della funzionalità della struttura (es. ampliamento corridoi nella zona di degenza, separazione parziale di alcuni locali di soggiorno per disporre di una stanza più grande per attività collettive), l'individuazione dei necessari accorgimenti impiantistici e tecnici (es. impianto per portare l'ossigeno nelle camere), le rifiniture da sistemare (es. mattonelle per locali comuni e privati, colori delle pareti, pedana in muratura per agevolare il carico e scarico dei prodotti per i servizi di ristorazione) e le attrezzature da acquisire (es. servizi igienici per ospiti, attrezzature per bagno assistito, per la cucina e la lavanderia).

Relativamente al punto 3 - Monitoraggio dell'applicazione della deliberazione 402/04 sulle RSA zonali:
al fine di dare piena applicazione alla delibera 402/04 e successiva 271/05, sono stati effettuati i sopralluoghi previsti.
In particolare per la Rsa Pierotti di Coreglia e la RSA Villa Grassi Landi è stato attuato un monitoraggio sugli standard di personale e verificata la congruità degli stessi potenziando (con risorse aziendali e comunali) sia l'assistenza alla persona che il servizio di animazione. Nel corso dell'anno è stato predisposto anche il capitolato di appalto per affidare la gestione delle RRSSAA a cooperative sociali.

Relativamente al punto 4 – Incremento dei ricoveri di sollievo:
E' proseguita l'attività in essere presso la RSA Paoli Puccetti di Gallicano (attività che ha consentito 63 ricoveri temporanei nell'anno); inoltre con l'apertura della RSA Nobili di Magliano è stato possibile consentire l'ingresso temporaneo in RSA per altre 22 persone. Complessivamente i ricoveri temporanei nelle RRSSAA a gestione diretta hanno rappresentato il 75% dei ricoveri totali effettuati (87 su 115).

Relativamente al punto 5 - Consolidamento progetto fornitura diretta farmaci presso le RSA:
l'attività è stata mantenuta per tutte le strutture presenti sul territorio della Zona.
Si riportano di seguito i dati:

Valle del Serchio – R.S.A.	*Totale anno*
2004	54.000
2005	66.000
2006	60.769

Pur essendo il progetto ben avviato e capace di garantire un crescente ricorso a questo tipo di fornitura da parte delle residenze, appare necessario mantenere un controllo costante per evitare qualsiasi forma di "evasione".

5.3 AZIONI PROGRAMMATE

5.3.1 Miglioramento delle condizioni di vita dei nefropatici cronici

Zona-distretto Piana di Lucca

Dati relativi all'attività svolta nel 2006 da questa U.O.:

- Nefrologia

Posti letto n. 14 + n. 2 letti day hospital
Posti osservazione n. 1
Ricoveri n. 471 (-30%)

Osservazioni n. 132 (-20%)
di cui n. 3 trasformate in ricovero e n. 129 dimessi

Day Hospital n. 71 pazienti, per un totale di 425 giorni,
di cui n. 26 provenienti da altre USL.

Visite Ambulatoriali nefrologiche	n. 1458
Applicazioni Holter pressorio	n. 344
Visite Ambulatorio Predialisi	n. 528
Visite ambulatoriali paz in Dialisi Peritoneale	n. 156
Visite pazienti trapiantati	n. 379
Day Service Ipertensione	n. 156
Consulenze svolte per altre U.O.	n. 518
Biopsie renali	n. 12

- Dialisi

Letti tecnici Ospedale di Lucca n. 24, così distribuiti:
- 19 HBsAg neg
- 2 HCV pos
- 2 HBsAg pos
- 1 Urgenza

Letti tecnici CDAL di Marlia n. 9

Trattamenti dialitici totali n. 17.685 (+ 4 %)
di cui n. 16.433 Ambulatoriali e n. 1252 in regime di ricovero

Lucca:	Ambulatoriali	n.	12.461
	In regime di ricovero	n.	1.252
CDAL Marlia:	Ambulatoriali	n.	3.972

Ospiti n. 29 per un totale di trattamenti n. 115 in Dialisi Extracorporea

Totale pazienti in trattamento dialitico al 31.12.06 n. 121 di cui:
Pazienti in dialisi extracorporea n. 108
Pazienti in dialisi peritoneale n. 13

- Dialisi extracorporea

Totale paz. n. 108 di cui
- HBsAg pos n. 2
- HCV pos n. 3

Paz. di età compresa fra 0 e 25 anni n. 0
fra 26 e 45 anni n. 9
fra 46 e 65 anni n. 24
oltre 66 anni n. 76 di cui n. 30 oltre 80 anni

Totale nuovi pazienti trattati nel 2006: 88
Nuovi pazienti immessi nel protocollo dialitico cronico extracorporeo: n. 24
Pazienti usciti dal trattamento dialitico extracorporeo 24 di cui:
- 3 per trapianto renale
- 3 per trasferimento ad altro Centro Dialisi
- 16 per decesso
- 2 passati a CAPD

Mortalità: età fra 0 e 60 anni = 0 pazienti
fra 61 e 70 anni = 1 pazienti
oltre 71 anni = 15 pazienti di cui 10 sopra 80 aa.

Pazienti con Insufficienza Renale Acuta trattati n. 64 di cui:
n. 35 Ripresa funzionalità renale
n. 3 Cronicizzati di cui 2 trasferiti presso altro Centro Dialisi (per residenza)
n. 25 Deceduti

Dei pazienti Acuti n. 18 trattati con CVVH e 6 con CPFA

- Dialisi peritoneale

Totale pazienti in dialisi peritoneale durante il 2005 n. 16
Pazienti usciti dal protocollo dialitico peritoneale n. 8 di cui:

- Trapiantati n. 2
- Passati ad HD n. 3
- Deceduti n. 2
- Ripresa funzione n. 1

Nuovi pazienti immessi nel protocollo dialitico peritoneale n. 4
Totale pazienti al 31.12.05: n. 13
N. complessivo dei giorni di trattamento 4428

- Trapianto renale

Pazienti attualmente tipizzati e in lista di attesa per trapianto renale n. 17
Pazienti trapiantati n. 6
Totale pazienti trapiantati dal 1990 ad oggi n. 91

Zona Valle del Serchio

Il servizio di dialisi è ubicato in entrambi gli stabilimenti ospedalieri di Barga e di Castelnuovo Garfagnana; nessun medico è dedicato, ma tre nefrologi (2 presso l'ospedale di Castelnuovo ed 1 presso l'ospedale di Barga) in organico nella U.O. di Medicina svolgono servizio di reperibilità per i due centri.
Le dialisi ubicate sui due centri e l'equipe medica attuale non consentono di programmare miglioramenti significativi sulle prestazioni ai pazienti in trattamento dialitico.
Sono state comunque redatte linee guida per l'accreditamento, è stato istituito l'ambulatorio di predialisi e sono iniziati controlli periodici e programmati.

Barga

a) Servizio emodialisi
Trattamenti effettuati n. 3482 di cui

- 1851 in bicarbonato
- 1631 altre metodiche

Pazienti nuovi entrati n. 10, deceduti n. 8
Pazienti acuti n. 2
Pazienti presenti al 31/12/2006 n. 22
Pazienti fuori USL in dialisi vacanza trattati n. 4 per un totale trattamenti n. 24
Pazienti assistiti in lista trapianto renale n. 0
Pazienti trapiantati 1
Pazienti trattati in emofiltrazione continua 3
Trattamenti in urgenza 6
Posti letto n. 11 di cui 1 dedicato HCV e n. 1 per le urgenze
Infermieri n. 7
Caposala n.1
Medici n. 1 part-time in quanto in organico presso l'U.O di Medicina

b) Ambulatorio nefrologico

Ambulatorio nefrologico: visite effettuate n. 291
Tempi di attesa: giorni 14
Le richieste di visite nefrologiche urgenti da parte dei medici di base vengono gestite direttamente dal medico specialista ed effettuate entro due giorni.
Le visite si effettuano il venerdi mattina ed il medico è assistito da un infermiere della dialisi.

Attività svolte presso il Servizio di emodialisi di Castelnuovo Garfagnana

- ambulatorio nefrologico

Visite nefrologiche effettuate: n° 300
Tempi d'attesa: una settimana

Le richieste di visite nefrologiche urgenti da parte dei medici di base vengono gestite direttamente dal medico specialista ed effettuate entro due giorni.
Le visite dell'ambulatorio di predialisi vengono eseguite dal medico specialista assistito da una infermiera della dialisi

- servizio di emodialisi

- Trattamenti effettuati: n° 1894
- Pazienti nuovi entrati n° 4
- Pazienti deceduti n° 1
- Pazienti trasferiti ad altro servizio n° 0
- Pazienti trasferiti a trattamento conservativo n. 1
- Pazienti trattati per IRA n° 3
- Pazienti trattati in urgenza n° 16
- Pazienti presenti al 31/12/2006 n° 12
- Pazienti fuori USL in dialisi vacanza n° 5 per n° 50 trattamenti
- Pazienti assistiti in lista di attesa trapianto renale n° 2, di cui trapiantati n° 1
- Pazienti trattati con Prisma n° 7 per n° 21 trattamenti
  - di cui n° 4 ricoverati nella U.O. Cardiologia
  - di cui n° 3 ricoverati nella S.A. Medicina
- Posti letto n° 7 di cui uno per le urgenze – dal 31.10.06 n. 8 di cui 1 per urgenza e n. 1 per contumaciali
- Monitor n° 11

5.3.2 Lotta contro i tumori e l'assistenza oncologica

La patologia tumorale rappresenta una seria minaccia per la nostra salute, nonostante i progressi della ricerca medica in questi ultimi anni.
Si stima che nell'Unione Europea circa 1.5 milioni di persone siano ammalate di tumore, in Italia circa 260.000, in Toscana oltre 21.000.

Nonostante i progressi fatti nel campo della terapia, sempre più efficace, in presenza di questi dati, è importante essere consapevoli che si può intervenire prima che il tumore si

manifesti o in una fase molto precoce dello sviluppo della malattia, attraverso la prevenzione primaria e secondaria.

Un primo passo in questo senso è rappresentato quindi dalla scelta di stili di vita corretti, come smettere di fumare, seguire una corretta alimentazione ed una quotidiana attività fisica, ecc., che sintetizzano il concetto di prevenzione primaria.
Altrettanto importante risulta comunque la prevenzione secondaria che si traduce operativamente, nell'ASL 2, negli screening della mammella, del collo dell'utero, del colon-retto e nella campagna di prevenzione del melanoma.

Attività di Accoglienza ITT (Istituto Tumori Toscano) (ex CORD)

Per garantire una migliore diagnosi e cura ai pazienti affetti da tumore la Regione Toscana ha creato, presso le Aziende Sanitarie, una Rete di servizi: la Rete Oncologica Regionale.
La porta di accesso è l'Accoglienza ITT (Istituto Tumori Toscano) ex C.O.R.D., centro oncologico di riferimento dipartimentale, dove per ciascun paziente viene valutato il percorso di diagnosi e cura più adatto ed un follow-up.
Per quanto riguarda l'Accoglienza ITT dell'ASL 2 di Lucca, l'attività è lievemente ridotta (ad eccezione delle BOM) nel 2006 rispetto all'anno precedente.
Si allega la tabella delle prestazioni richieste (strumentali, visite specialistiche) e delle prestazioni eseguite (visite oncologiche) negli anni 2000-2006.

Tabella 76 – Prestazioni eseguite dall'Accoglienza ITT.

Prestazioni	**Anno 2000**	**Anno 2001**	**Anno 2002**	**Anno 2003**	**Anno 2004**	**Anno 2005**	**Anno 2006**
Visite	765	1784	2527	2591	2527	2757	2715
Esami E	291	948	1882	1945	2315	2300	1933
Ecografie	231	739	1315	1617	2002	2048	1735
Rx	171	502	837	815	874	913	708
Rx C.	0	0	0	0	0	24	48
Visite specialistiche	52	203	198	509	704	618	539
TAC	166	273	410	422	485	461	358
Mammografie	33	94	152	268	317	349	311
Endoscopie	33	111	65	202	245	267	229
Biopsie	21	46	12	26	36	30	16
Ecocardiogramma	2	12	41	44	47	77	83
E.C.G.	65	53	20	19	45	84	88
BOM	0	12	39	39	76	97	122
Ecografie cmc	0	0	0	0	25	29	8
PET	0	0	9	23	58	35	60
RMN	7	21	31	38	43	53	40
Densitometrie	2	0	3	7	5	15	19
EMG	1	6	0	8	12	5	9
Rimozione Port	0	0	0	0	0	12	13
PFR	0	0	15	7	8	12	5
scintigrafia						93	62

Incidenza e prevalenza dei tumori

A fine 2006 è stato attivato il Registro Tumori dell'Area Vasta Nord Ovest con sede del nodo operativo presso la ASL 2 di Lucca. In attesa della pubblicazione dei primi dati di incidenza (prevista per la fine del 2007 sui casi riferiti al 2004) vengono riportate (***Tabella 77***) le stime di incidenza dei tumori al 2006, fornite dal Registro Tumori Toscano – CSPO. Le stime, in quanto tali, non ci danno la quantificazione esatta del fenomeno, ma sono utili per avere un'indicazione dell'ordine di grandezza della patologia, e sono quelle più aggiornate attualmente disponibili.

Tabella 77 - Stima dei casi incidenti e prevalenti di tumore invasivo della ASL 2 e distribuzione percentuale. Anno 2006. Età 0-84 anni. *(fonte: CSPO, Registro Tumori Toscano)*

	Incidenza				*Prevalenza a 5 anni*	
	Maschi	*Femmine*	*Totale*		*Totale*	
Tutte le sedi tumorali *	***588***	***598***	***1186***	***100***	***3310***	***100***
Colon e Retto	124	68	192	16,2	509	15,4
Mammella		212	212	17,9	858	25,9
Ovaio		33	33	2,8	88	2,7
Polmone e bronchi	107	37	144	12,1	163	4,9
Prostata	142		142	12	417	12,6
Stomaco	30	14	44	3,7	81	2,4

** escluso epiteliomi della cute*

Vengono inoltre riportate le stime di prevalenza dei tumori a 5 anni, cioè dei soggetti sopravviventi cui è stato diagnosticato un tumore nei 5 anni precedenti; da tali stime risultano, nell'ASL 2, oltre 3.300 soggetti sopravviventi.

Attività di screening

Anche nel 2006 è proseguita, nella ASL 2, l'attività di prevenzione secondaria, sulla base degli indirizzi della Regione Toscana, attraverso i tre programmi di screening, di cui due rivolti alla popolazione femminile – lo screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina tramite Pap-test e lo screening mammografico per la diagnosi precoce del tumore della mammella – ed uno ad entrambi i sessi: lo screening per la prevenzione del tumore del colon retto tramite il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci.
L'organizzazione e l'invio delle lettere di invito per tutti e tre i programmi viene effettuata centralmente presso l'U.O. di Epidemiologia, tramite l'apposito software di gestione degli screening, attivo dalla fine del 2002.

Di seguito sono riportati i risultati preliminari dei tre screening.

1) Screening per il tumore della cervice uterina

Nel 2006 l'*estensione* del programma di screening, cioè la quota annuale di popolazione bersaglio invitata a partecipare gratuitamente al test, è risultata dell'87% (***Tabella 78***).
L'*adesione* all'invito cioè la partecipazione allo screening, è pari al 35,9%, leggermente superiore a quella dell'anno precedente (34,7%) ma inferiore al valore medio regionale

(l'ultimo dato disponibile è relativo al 2005), che risulta del 47,1%. Il dato medio nazionale per il 2004 (ultimo pubblicato) risulta del 37,7%.
L'adesione risulta più elevata nella zona distretto Piana di Lucca rispetto alla Valle del Serchio.
Va tenuto presente inoltre che un'ulteriore quota di donne, pari a 1714, si sono sottoposte al test di screening spontaneamente.

Tabella 78 - Screening per il tumore della cervice uterina – Anno 2006.

	*Pop. bersaglio annuale **	*N. donne Invitate 2006*	*Estensione %*	*N. donne rispondenti 2006*	*Adesione %*
Zona Piana di Lucca	15.210	12.351	81,2	4.840	39,2
Zona Val di Serchio	5.190	5.384	103,7	1.525	28,3
Totale ASL 2 Lucca	***20.400***	***17.735***	***86,9***	***6.365***	***35,9***

** pop. al 31/12/2005*

2) Screening per il tumore della mammella

Il programma di screening mammografico nella ASL 2 viene realizzato, per le donne residenti nella Zona Piana di Lucca, tramite invito presso una sede fissa, mentre per quelle residenti nella Zona Val di Serchio il servizio è affidato ad una Unità Mobile di Screening.
Nel 2006 l'estensione del programma di screening è stata pari al 91,9% (***Tabella 79***), superiore al dato registrato nello scorso anno (81,2%).

L'adesione globale risulta invece in diminuzione rispetto a quella dello scorso anno (53,7 contro il 60,9%); si registra comunque una differenza di adesione nelle due zone: 51,5% nella Piana di Lucca e 67,54% in Val di Serchio.
L'adesione registrata nel 2006 è superiore al valore accettabile GISMa per questo indicatore (50%), ma inferiore al dato medio italiano del 57,8% (ultimo dato disponibile, relativo al 2005).
Il valore medio di adesione grezza della regione Toscana per il 2005 è pari a 68,6%.

Tabella 79 - Screening mammografico – Anno 2006.

	*Pop. bersaglio annuale **	*N. donne Invitate 2006*	*Estensione %*	*N. donne rispondenti 2006*	*Adesione %*
Zona Piana di Lucca	11.020	11.800	107,1	6.075	51,5
Zona Val di Serchio	4.020	1.864	46,4	1.256	67,4
Totale ASL 2 Lucca	***15.040***	***13.664***	***90,9***	***7.331***	***53,7***

** pop. al 31/12/2005*

3) Screening per il tumore del colon-retto

Nel 2006 l'*estensione* del programma di screening, cioè la quota annuale di popolazione bersaglio invitata a partecipare gratuitamente al test, è risultata del 104,2%, ovvero sono state invitate nell'anno più persone rispetto a quelle facenti parte della popolazione bersaglio dell'anno in esame (***Tabella 80***).

L'adesione del 2006, pari al 35,2%, risulta nettamente superiore rispetto al dato aziendale dello scorso anno (26,9%), ma è ancora piuttosto bassa rispetto ai valori richiesti.
Nella Piana di Lucca l'adesione mostra un valore superiore rispetto alla Valle del Serchio.
L'adesione per la ASL 2 risulta comunque nettamente inferiore al valore medio regionale (ultimo dato disponibile relativo al 2005), pari al 51,6%, e al valore medio nazionale relativo al 2005 che è 46,1%.

Tabella 80 - Screening per tumore del colon retto – Anno 2006.

	*Pop. bersaglio annuale **	*N. soggetti Invitati 2006*	*Estensione %*	*N. soggetti rispondenti 2006*	*Adesione %*
Zona Piana di Lucca	21.558	23.750	110,2	8.686	36,6
Zona Val di Serchio	8.118	7.165	88,3	2.183	30,5
Totale ASL 2 Lucca	***29.676***	***30.915***	***104,2***	***10.869***	***35,2***

** pop. al 31/12/2005*

Attività CORAT

Nel corso dell'anno 2006 il CORAT (Centro Oncologico di Riferimento per Assistenza Territoriale) ha svolto un'attività di sensibilizzazione e di coordinamento principalmente rivolta all'Assistenza Sanitaria di base secondo i principi dell'Accordo Aziendale per la medicina generale 2002-2004.

In particolare il CORAT ha attivato un gruppo di lavoro composto da medici di medicina generale, medici dell'attività distrettuali e medici ospedalieri per la definizione dei percorsi assistenziali per i pazienti affetti da patologia oncologica.
Tali percorsi troveranno piena realizzazione nell'ambito dei livelli assistenziali distrettuali, e saranno finalizzati soprattutto alla riorganizzazione delle attività infermieristiche per l'assistenza domiciliare, ed in particolare all'erogazione di prestazioni al domicilio dei pazienti anche nelle fasce pomeridiane e nei giorni festivi.
Tale riorganizzazione è stata ed è tuttora oggetto di studio e di valutazione da parte del Coordinamento Infermieristico Aziendale.

Nel corso del 2006 il CORAT ha coordinato, tramite i servizi distrettuali, avvalendosi anche del contributo dell'Associazione Don Baroni, un'adeguata assistenza domiciliare riguardante, in parte, pazienti oncologici a domicilio, per i quali si è ritenuto appropriato, in fase di dimissione, un trasferimento dall'ospedale direttamente presso le Case di Cura Santa Zita e Barbantini, secondo il protocollo sperimentale dei ricoveri intermedi.

Inoltre è stata stipulata una convenzione con l'AIL (Associazione Italiana Leucemia) per l'assistenza domiciliare dei malati leucemici.

Attività Comitato Tecnico-Scientifico

Il Comitato tecnico-scientifico del Dipartimento Oncologico, nel 2006, ha proseguito l'attività, già intrapresa negli anni precedenti, di coordinamento dell'attività dei Gruppi di Studio Multidisciplinari, tesa alla revisione e all'aggiornamento delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici nelle singole patologie oncologiche.
In particolare è stata realizzata una revisione della casistica del P.O. Campo di Marte riguardante il trattamento dei tumori della mammella in stadio iniziale suscettibili della

metodica del linfonodo sentinella, attività pianificata ed orientata dal Dipartimento Oncologico nel 1999.
Tale revisione è stata finalizzata alla valutazione dei risultati ad oggi ottenuti, quali indicatori da collimare con i dati della letteratura, con lo scopo di attuare, se necessarie, azioni correttive.

Inoltre il Comitato tecnico-scientifico, in collaborazione con i colleghi della Chirurgia di Castelnuovo Garfagnana, dell'Anatomia Patologica, della Medicina Nucleare e della Radioterapia del P.O. di Lucca, ha pianificato le modalità di attuazione della metodica del linfonodo sentinella presso la Chirurgia del Presidio Ospedaliero di Castelnuovo Garfagnana in maniera da garantire, a tutte le donne affette da neoplasia della mammella in stadio iniziale ed assistite dall'ASL 2, un identico iter terapeutico.
Non rientra più in uno studio di fattibilità, ma prassi terapeutica consolidata nei casi ove è indicata. Inoltre alla ricerca del linfonodo sentinella si è aggiunta la possibilità di eseguire in quei presidi ospedalieri anche l'impianto di brachiterapia per l'irradiazione del solo letto tumorale.

E' stato poi attivato sempre in seno al Comitato tecnico-scientifico un nuovo Gruppo per lo studio delle neoplasie vescicali nei lavoratori professionalmente esposti in collaborazione con i Colleghi della Medicina del Lavoro e dell'Epidemiologia.
Anche questo progetto è in fase di realizzazione.

E' inoltre iniziata una pianificazione delle linee guida sul follow-up nei tumori polmonari, gastroenterici, ginecologici e della mammella condotta a livello Regionale d'intesa con i Dipartimenti Oncologici delle Az. Ospedaliere e delle Az. USL della Regione Toscana e dell'ITT.
E' stato recentemente attivato il gruppo di studio per i tumori cutanei per verificare la fattibilità della metodica del linfonodo sentinella nel melanoma cutaneo in fase iniziale.

Nel 2006 si è del tutto avviata l'attività di brachicurieterapia.
Questa attività, propria dell'U.O. di Radioterapia, iniziata nel 2004, ha trovato, dal 2005 piena realizzazione e consenso. Dall'inizio dell'attività sono stati trattati 134 pazienti per patologie neoplastiche della mammella, del corpo e della cervice uterina, del canale anale, della prostata e del distretto testa-collo. In particolare nella nostra Azienda, la brachiterapia trova largo impiego, nell'ambito di uno studio sperimentale di fase II approvato dal Comitato Etico, nel trattamento delle neoplasie della mammella in stadio iniziale, dopo chirurgia conservativa. Nel 2005, con la collaborazione dei Colleghi della Chirurgia Senologica, 50 pazienti affette da tumore della mammella in stadio iniziale sono state sottoposte a impianto perioperatorio brachiterapico, per l'irradiazione del solo letto tumorale. I vantaggi di questa tecnica sono: riduzione dei tempi di trattamento (il trattamento viene concluso in 5 – 6 giorni a fronte del trattamento standard, che ha una durata media di circa 6 settimane con ovvia ricaduta sulla lista di programmazione per i trattamenti con RT esterna), riduzione della tossicità locale (viene irradiato il solo letto operatorio e non tutta la mammella), pieno rispetto del timing con la chemioterapia che, quando indicata può essere eseguita in tempi precoci. Inoltre questo trattamento si è dimostrato anche esportabile, in quanto l'impianto viene oggi eseguito anche presso la Chirurgia del P.O. di Castelnuovo Garfagnana e presso la Chirurgia dell'ASL 12 della Versilia. La valutazione del risultato in termini di controllo locale della malattia, visto il breve follow-up, non può ancora essere fatta, mentre la cosmesi risulta essere ottimale.

Inoltre, sempre dal 2005, la brachiterapia con impianto permanente ecoguidato di sorgenti di I125 per il trattamento delle neoplasie prostatiche intracapsulari, ha trovato larga

applicazione. Sono infatti stati eseguiti, dall'equipe costituita da un Medico Radioterapista, un chirurgo Urologo ed un Fisico Sanitario, 40 interventi brachicurieterapici per il trattamento delle neoplasie prostatiche, con ricaduta sulla riduzione della tossicità locale, rispetto ai trattamenti tradizionali quali la prostatectomia radicale.

I dati relativi ai trattamenti brachicurieterapici nelle neoplasie della mammella e della prostata vengono raccolti in un data-base e sono costante oggetto di aggiornamento e verifica dei risultati da parte del Comitato tecnico-scientifico del Dipartimento Oncologico, oltre che di pubblicazioni scientifiche.

5.3.3 Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule

Nel 2006 il Coordinamento Donazioni, in collaborazione con l'UO di Anestesia e Rianimazione, ha redatto le linee guida aziendali, secondo le normative e disposizioni regionali, per l'identificazione, il mantenimento, la richiesta di donazione e il prelievo di organi e tessuti in soggetti in morte encefalica, superando l'AUDIT regionale nel novembre 2006.

Secondo le disposizioni regionali i risultati ottimali dovrebbero essere:

- una individuazione del 50% sui decessi con lesioni (23:2=11,5)
- sul totale individuato almeno il 50% di donatori effettivi (11,5:2=5,75)

Nel nostro caso le individuazioni di morte encefalica sono state 11 su 23 decessi con lesioni cerebrali di varia natura, con 8 donatori effettivi e due opposizioni alla donazione, di conseguenza gli obiettivi possono dirsi raggiunti.

Il Coordinamento Donazione ha inoltre redatto le linee guida per l'individuazione di donatori di tessuti in Obitorio con la stesura di un manuale di istruzioni operative.
I donatori multitessuto sono stati 10 (valvole cardiache, tessuto osseo, legamenti e tendini, cute), e i donatori di sole cornee 68 (136 cornee) con un'idoneità del 50% circa.

Riguardo la formazione aziendale degli operatori sanitari il Coordinamento ha tenuto due corsi di aggiornamento agli operatori già coinvolti nel settore della donazione e una giornata dedicata ad operatori sanitari coinvolti in tutto il processo della donazione con l'acquisizione di 9 crediti formativi.
La giornata ha avuto il suo svolgimento il 16 Ottobre 2006 con varie relazioni ed ospiti, medici e infermieri, esperti nei vari settori dalla donazione al trapianto, ltre alla presenza di tre trapiantati che hanno raccontato la loro esperienza.
Per i giovani studenti durante tutto l'anno scolastico vengono tenute una volta alla settimana circa degli incontri con i ragazzi delle scuole superiori della provincia di Lucca in collaborazione con l'U.O. Educazione alla Salute in una mattinata dedicata alla donazione in genere.
Una rappresentanza di studenti a maggio 2006, ha partecipato alla Giornata della Donazione sempre in collaborazione con UO Educazione alla Salute e l'Aido provinciale, ad un incontro con esperti nel settore.
A dicembre 2006 come ogni anno è stata organizzata la Messa di S.Lucia dedicata alle famiglie dei donatori.
Il Coordinamento si è inoltre occupato di aggiornare e condividere con le U.O. interessate tutte le modifiche attivate dal Centro Regionale riguardo le linee guida del processo di donazione e trapianto di organi tessuti e cellule.

5.3.4 Lotta alle malattie metaboliche (diabete, fibrosi cistica)

Diabete e malattie metaboliche

La malattia diabetica ha un alto tasso di prevalenza nella popolazione in generale ed è in continuo aumento tanto da far parlare di "Epidemia Diabete".
Inoltre l'aumento della vita media della popolazione diabetica per le migliorate condizioni di vita, per le maggiori conoscenze della malattia e quindi miglior terapia, comporta un aumento di anni di malattia per paziente, con la inevitabile comparsa delle complicanze e quindi un aumento notevole del numero di pazienti con complicanze micro e macrovascolari.
A prova di ciò è il continuo aumento dei pazienti diabetici che afferiscono al Servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'Ospedale di Lucca dove nel 2006 hanno raggiunto il numero di 6.772.

Cinque anni or sono è iniziata l'attuazione della" gestione integrata" del paziente diabetico. Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale assieme ai medici specialisti del Servizio di Diabetologia nella gestione di questi malati, completato da un'opera di formazione-informazione dei pazienti e più in generale della collettività, consente un miglior controllo della malattia stessa e un'efficace opera di prevenzione primaria.
L'attuazione di percorsi assistenziali programmati seguendo le indicazioni di protocolli e linee guida, già discussi e analizzati dalle maggiori Società Scientifiche di Diabetologia (SID; AMD), dai medici del Servizio di Diabetologia e medici di Medicina Generale, produrrà un miglioramento complessivo della qualità dei servizi e una minore spesa.
Già nel 1999 è stato istituito presso il Servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche, l'ambulatorio del "piede diabetico" con notevoli risultati pratici come la riduzione dei ricoveri per tale patologia.

Nel 2006 sono stati assistiti circa 600 pazienti per "piede diabetico" sia neuropatico che ischemico e neuro-ischemico. Con l'apporto del podologo è stata incrementata l'opera di prevenzione sia primaria che secondaria di questa temibile complicanza. Dall'inizio dell'anno è cominciata, con la fondamentale collaborazione dell'Associazione Diabetici Lucchesi, l'assistenza domiciliare a quei pazienti, che per vari motivi non possono afferire al nostro Servizio.

L'indirizzo di maggior specializzazione del Servizio di Diabetologia è stato confermato con l'istituzione di un ambulatorio dedicato al Diabete Gestazionale che è la complicanza medica più frequente della gravidanza e gravata da una elevata morbilità sia neonatale (macrosomia) che materna (idramnios, ipertensione, eclampsia, parto prematuro e taglio cesareo).
Nel 2006 abbiamo assistito 69 pazienti affette in gran parte da Diabete Gestazionale e in piccola parte da gravidanza in diabetiche sia di tipo 1 che 2.

Dall'Aprile 2001 è in vigore il Nuovo Codice della Strada e all'art. 119 comma 2bis recita che l'accertamento dei requisiti psico-fisici per il conseguimento e la revisione della patente ai diabetici deve essere effettuata dai medici specialisti diabetologi dell'Unità Sanitaria Locale.
Sono stati rilasciati, nel 2006, circa 500 certificati per il rinnovo-rilascio della patente.

E' stato dimostrato scientificamente che la popolazione diabetica che conosce la propria malattia, ossia che è educata, ha meno complicanze della popolazione non educata.
Per questo motivo presso il Servizio di Diabetologia sono in atto corsi di educazione che si svolgono regolarmente, dedicati a tre argomenti che ci sono sembrati avere impatto maggiore sulla popolazione diabetica, ossia l'educazione alimentare - fondamentale è l'apporto della dietista - l'educazione per la prevenzione del "piede diabetico", l'educazione alla gestione della terapia insulinica e all'autocontrollo.

Questo prezioso lavoro è reso possibile dalla collaborazione con le nostre Associazioni di Volontariato, di cui abbiamo trovato la più ampia disponibilità. Compatibilmente con le risorse in campo si cercherà di sviluppare ulteriormente questa parte di attività, di estrema importanza, anche in collaborazione con gli ambulatori divisionali dei presidi ospedalieri di Barga e Castelnuovo.

Infine, nel 2006, è stata ulteriormente ampliata l'informatizzazione del Servizio di Diabetologia.

Da alcuni mesi l'U.O. di Oculistica è in rete con il Servizio, adottando, nell'ambulatorio dedicato ai pazienti diabetici, la stessa cartella informatizzata.
Questo permette al collega oculista di avere in tempo reale l'iter diagnostico-terapeutico del paziente in esame e di inserire nella cartella la propria prestazione diagnostica o azione terapeutica.
Sarebbe auspicabile e in questo senso andranno i futuri sforzi, che questo percorso fosse adottato anche dagli altri specialisti che sono attori del "disease management" del paziente diabetico.

Figura 19 - Servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche - Presidio Ospedaliero di Lucca - ASL 2

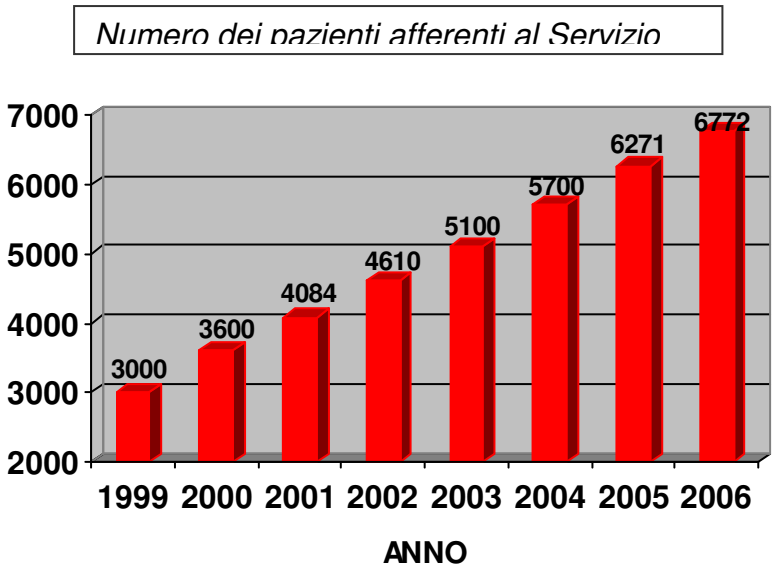


Figura 20 - Ambulatorio per la cura e prevenzione del "Piede Diabetico"

Numero di Pazienti afferenti all'ambulatorio dedicato al "Piede Diabetico"

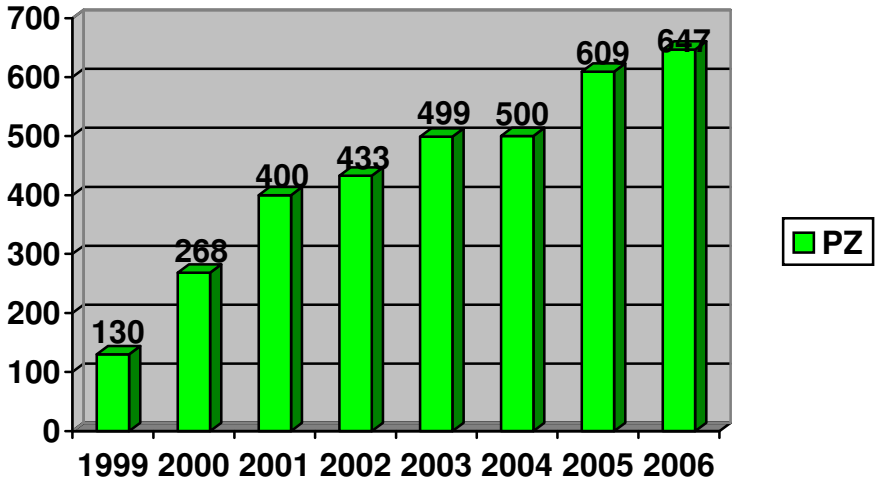
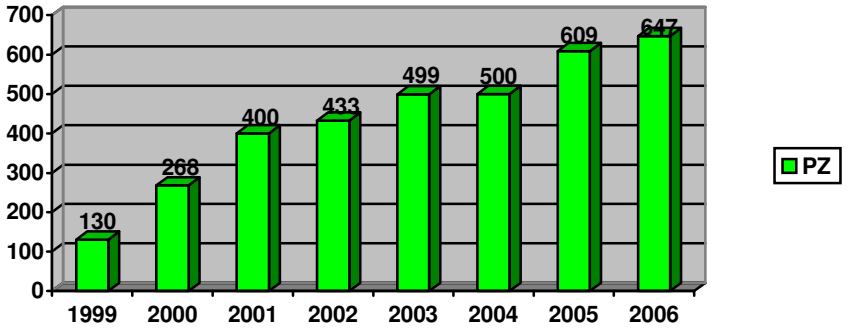


Figura 21 - Ambulatorio per la cura del "Diabete in gravidanza"

Numero di Gestanti indirizzate al Servizio di Diabetologia per un'alterazione del metabolismo glucidico



Fibrosi cistica

Lo screening per la fibrosi cistica viene eseguito su tutti i neonati.
I campioni sono inviati al Centro di riferimento regionale presso l'Ospedale Meyer di Firenze, con cui prosegue la fattiva collaborazione da molti anni. I bambini risultati positivi allo screening vengono richiamati per il retesting e l'esecuzione del test del sudore.
In Reparto viene regolarmente eseguito il test del sudore dopo stimolazione con pilocarpina per la definizione della diagnosi.

Lo screening neonatale viene regolarmente eseguito oltre che per l'ipotiroidismo e per la fenilchetonuria, anche per circa 40 malattie metaboliche, grazie all'attivazione di una specifica attività, iniziata l'1/11/2004 presso l'Ospedale Meyer.
Tutti i 1459 bambini nati presso i 2 punti nascita dell'ASL 2 hanno eseguito gli screening suindicati.

5.3.5 Prevenzione delle malattie cardiovascolari

Zona Piana di Lucca

La prevenzione delle malattie cardiovascolari costituisce un importante obiettivo aziendale, in termini di difesa della salute dei Cittadini, che ha inizio a livello prenatale quando la diagnosi si propone di riconoscere precocemente le alterazioni morfologiche e/o funzionali delle strutture cardiache e vascolari.
A Lucca presso l'U.O. di Cardiologia è attivo un servizio di diagnosi ecocardiografica prenatale. La prevenzione prosegue con controlli successivi alla nascita ed in età pediatrica, per coloro cui sono stati evidenziati problemi congeniti con complesse cardiopatie situazioni ereditarie critiche.

Nell'adulto la prevenzione ha lo scopo di limitare attacchi acuti (prevenzione primaria), di evitare le complicazioni, rallentare il processo di cronicizzazione e favorire il recupero del cardiopatico (prevenzione secondaria).
In quest'ultimo contesto si pone la Riabilitazione Cardiologica, che si configura strumento fondamentale di prevenzione secondaria come somma di interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o subacuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società. Essa è parte integrante del programma di trattamento di un cardiopatico.

Nell'UO di Cardiologia di Lucca è attivo un Centro di Riabilitazione cardiologica ambulatoriale, sottoposto di recente anche a verifica ed accreditamento istituzionale da parte della Regione. La sua attività è molto cresciuta nell'ultimo anno.
Gli Obiettivi della prevenzione secondaria in riabilitazione mira alla riduzione della mortalità, alla riduzione di frequenza di reospedalizzazione, al miglioramento della qualità di vita. Componenti essenziali sono:

- la stratificazione prognostica e stima del rischio cardiovascolare globale
- l'ottimizzazione della terapia e stabilizzazione clinica
- il programma di training fisico controllato
- l'educazione e il counseling con interventi multifattoriali finalizzati a modificare lo stile di vita e favorire il ritorno ad una vita attiva
- un intervento psicocomportamentale

- l'impostazione di un adeguato follow-up individualizzato e a lungo termine

La U.O. di Cardiologia attraverso l'ambulatorio di Riabilitazione Cardiologica si fa carico anche di diffondere le informazioni di tipo preventivo per:

- identificare e modificare i fattori di rischio, ridurre la morbilità e la mortalità cardiovascolare;
- imparare a identificare i sintomi della patologia coronarica acuta;
- informare la popolazione sulle procedure organizzative da attuare in caso di attacco coronarico;
- informare i cardiopatici noti sui sintomi, sull'uso dei farmaci e sui percorsi;
- sostenere e organizzare le attività di prevenzione primaria e secondaria con interventi mirati e considerando la funzione di prevenzione come risorsa strategica per la gestione globale delle patologie cardiologiche.

Zona Valle del Serchio

Vengono riportati di seguito i dati relativi ai tre settori di attivita': UTIC-postUTIC, riabilitazione cardiologia di 2° fase e ambulatori per esterni.

Attivita' di ricovero Utic-postUTIC

Ricoveri ordinari/urgenti: n. 599, degenza media 5.8 gg e tasso di occupazione posti letto 74.1%.
141 ricoveri (23%) sono stati motivati da sindrome coronaria acuta.
N. 204 pazienti sono stati inviati per Cateterismo Cardiaco/Coronarografia presso i servizi di Emodinamica di riferimento di Lucca e Pisa.
Ricoveri osservazionali: n.163.

Impianti pace-maker definitivi
Sono stati impiantati n. 64 PM tradizionali, n. 5 defibrillatori impiantabili (ICD), n. 2 PM biventricolari con associata funzione ICD.
Studio della sincope: tilt test n. 24.

Riabilitazione cardiologia di II fase

Sono stati sottoposti a programma riabilitativo presso il Servizio Cardiologico Ambulatoriale dell'Ospedale di Barga n. 108 pazienti.

Attivita' ambulatoriale per esterni

Sono state eseguite n. 14.724 prestazioni per esterni residenti e 482 per non residenti. Inoltre sono state eseguite n. 5343 consulenze specialistiche per pazienti ricoverati in altri reparti.

Impiego di risorse
Le spese relative a personale, farmaci, strumentazioni e beni di consumo sono rientrate nei limiti previsti dal budget aziendale.

5.3.6 Organizzazione dei servizi alcologici

Nella Zona Piana di Lucca e nella Zona Valle del Serchio sono attivi due Servizi Interdipartimentali di Alcologia, nei quali operano due equipes multidisciplinari, formate da personale appartenente a diverse strutture organizzative territoriali ed ospedaliere, in collegamento con i medici di medicina generale, il privato sociale, le forze del volontariato e i gruppi di auto-aiuto (Club Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi).

Nel 2006 è proseguita l'attività di consulenza del Servizio di Alcologia della Zona Piana di Lucca presso i reparti del Presidio Ospedaliero di Lucca.
In particolare è in atto da diversi anni una fattiva collaborazione con l'U.O. di Gastroenterologia, presso la quale vengono inviati gli utenti che necessitano di una disintossicazione in regime di ricovero e di trattamento internistico delle Patologie Alcolcorrelate.
I ricoveri vengono programmati di settimana in settimana e hanno durata media di 5 giorni. Inoltre gli utenti alcoldipendenti e/o con patologie alcolcorrelate vengono inviati presso l'Ambulatorio di Gastroenterologia per monitorarne le condizioni cliniche dopo la dimissione e per valutare la patologia internistica dei nuovi utenti che accedono al SerT.

Nel 2006 è stato possibile implementare per il servizio di alcologia del SerT Zona-Distretto Piana di Lucca l'attività clinica diagnostico-terapeutica in favore degli utenti alcolisti con comorbilità psichiatrica grazie ad un progetto specifico che ha previsto l'intervento di uno psichiatra a convenzione (10 ore/settimana).

Nell'attuale organizzazione dei SerT è previsto che, oltre al personale assegnato a tempo parziale ai Servizi di Alcologia, anche altri operatori forniscano prestazioni a favore dei casi con problematiche alcolcorrelate nelle diverse aree di intervento, in particolare nella Casa Circondariale e nelle Comunità Terapeutiche.

Nel 2006 è proseguita l'attività di prevenzione sia in ambito scolastico che in altri ambiti territoriali in stretta collaborazione con l'U.O. Educazione alla Salute. E', inoltre, proseguito il progetto rivolto alla popolazione giovanile "Chi guida stasera" per la prevenzione dell'uso dell'alcol e degli incidenti stradali e si è svolto un corso a favore degli studenti delle Scuole Superiori su " Comunicazione ed Alcol".

Il Servizio di Alcologia del SerT della Piana di Lucca ha preparato depliant informativi sui danni da alcol e sull'organizzazione del Servizio stesso ed ha continuato la collaborazione col Dipartimento della Prevenzione, in particolare l'U.O. Medicina del Lavoro.
Si è organizzato infatti un corso d'area vasta per l'Area Vasta Toscana Nord Ovest sulle problematiche relative ad alcol e lavoro, nell'ambito del Progetto del Ministero della salute denominato" Alcol e Lavoro".

5.4 IL PIANO SANGUE E PLASMA

Obiettivi di riferimento:

a. obiettivi generali e specifici dell'autosufficienza di sangue e plasma;
b. promozione della donazione, in collaborazione con le Associazioni Donatori ed in relazione alle loro politiche di attività;
c. perseguimento di elevati livelli di sicurezza degli emocomponenti e plasmaderivati;
d. attuazione del percorso assistenziale del donatore e del ricevente;
e. mantenimento della certificazione di conformità del Sistema di Gestione per la Qualità alla Norma UNI EN ISO 9001:2000, nell'ambito dell'Area Funzionale di Laboratorio;
f. valorizzazione del Comitato aziendale per il buon uso del sangue, mirata a standardizzare i consumi trasfusionali su livelli di comprovata appropriatezza, in ambito medico e chirurgico;
g. adeguamenti strutturali.

La pianificazione delle attività delle Strutture Trasfusionali dell'Azienda per il triennio 2005-2007 ha fatto riferimento al PSR 2005-2007, Cap. 5.2.2.3 "Il Piano Sangue", nonché, per l'anno 2006, all'atto di programmazione regionale: Deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 300/2006 "Programma d'azione 2006 per il Sistema trasfusionale toscano".

Oltre alle strutture e funzioni aziendali, gli attori del processo di programmazione sono le Associazioni dei Donatori di Sangue, il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione per il settore emotrasfusionale (CRCC), e l'Industria convenzionata per la produzione di plasmaderivati, anche in relazione agli obiettivi strategici sovra-aziendali posti a base della mission dei Servizi di Medicina Trasfusionale dalla programmazione nazionale e regionale.

U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

(Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Lucca e Sezioni Trasfusionali di Castelnuovo di Garfagnana e Barga)

Risultati anno 2006

Obiettivi	Strumenti attuativi	Risultati rilevati	Indicatori e/o note.
1) Autosufficienza sangue e promozione della donazione	Consolidamento dell'organizzazione della raccolta. Partecipazione alla promozione della donazione.	a) La raccolta di sangue intero è risultata superiore agli obiettivi posti dalla DGR 303/2005 b) E' stata mantenuta la totale autosufficienza locale c) E' stato mantenuto il livello di compensazione attiva a favore delle Aziende sanitarie carenti della Regione d) E' stato apportato un contributo all' autosufficienza nazionale mediante alcune cessioni extra-regionali.	N. unità di sangue intero raccolte N. unità di emocomponenti cedute ad altre Aziende della Regione N. unità di emocomponenti cedute ad altre Aziende extra-regionali.

Obiettivi	Strumenti attuativi	Risultati rilevati	Indicatori e/o note.
2) Autosufficienza plasma	Consolidamento dell'organizzazione della raccolta. Partecipazione alla promozione della donazione. Sistematico frazionamento del 100% di unità di sangue intero. Rendere disponibili, mediamente, 70-80 sedute di plasmaferesi/aferesi multicomponenti alla settimana, di cui 40-44 presso il SIMT di Lucca e 15-18 in ciascuna delle Sezioni. .	a) La produzione di plasma da frazionamento e da aferesi è risultata superiore agli obiettivi posti dalla DGR 303/2005 c) E' stata mantenuta la totale autosufficienza locale di plasmaderivati di uso comune (albumina e Ig e.v.) ed è stato reso totalmente autosufficiente il sistema di distribuzione diretta dei concentrati di Fattore VIII anti-emofilico plasmaderivato. d) E' stato ulteriormente incrementato il livello di conferimento di plasma all'Industria per la produzione di farmaci plasmaderivati.	Litri di plasma prodotti da donazione di sangue intero Litri di plasma da aferesi prodotti Nessun acquisto sul mercato di albumina, Ig e.v., Fattore VIII plasmaderivato Riduzione della spesa farmaceutica relativa al Fattore VIII plasmaderivato Litri di plasma conferito all'Industria per la produzione di farmaci plasmaderivati
3) Sicurezza sangue e suoi derivati	Ricorso esclusivo a donatori periodici. Definizione procedurale dei criteri di selezione del donatore mirati alla prevenzione delle malattie trasmissibili. Uniformare rigorosamente tutti i processi che influenzano la sicurezza degli emocomponenti alle vigenti disposizioni di legge ed alle specifiche raccomandazioni comunitarie. V. anche successivo punto 5.	a) I donatori dell'anno 2006 sono stati al 100% donatori periodici. b) Le procedure di selezione risultano conformi ai nuovi decreti ministeriali (D.M. 03.03.2005), che recepiscono le pertinenti raccomandazioni comunitarie.	Non sono state segnalate malattie trasmissibili post trasfusionali nel corso del 2006.
4) Attuazione del percorso assistenziale del donatore	Definizione documentata del processo di donazione.	Le prescrizioni procedurali relative al processo di donazione sono inserite nel Sistema di gestione per la Qualità certificato in conformità alla norma ISO 9001:2000, e sistematicamente applicate.	Nota. La configurazione procedurale è coordinata all'interno del Sistema di gestione per la Qualità di Area Funzionale e di Unità Operativa

Obiettivi	Strumenti attuativi	Risultati rilevati	Indicatori e/o note.
5) Attuazione del percorso assistenziale del ricevente	Definizione documentata del processo di assegnazione e distribuzione degli emocomponenti in osservanza alle linee guida ministeriali per il buon uso del sangue e redazione di procedure gestionali ed operative riferite al monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, alla determinazione della compatibilità pre-trasfusionale, alla sicurezza delle operazioni di assegnazione, alla rilevazione degli eventi avversi della trasfusione anche in relazione alle basilari norme di emovigilanza. Definizione delle strategie per assicurare ai pazienti ricoverati ed ambulatoriali livelli uniformi di terapia trasfusionale, in particolare nelle situazioni di emergenza e urgenza.	a) Le prescrizioni procedurali relative al processo di donazione sono inserite nel Sistema di gestione per la Qualità certificato in conformità alla norma ISO 9001:2000, e sistematicamente applicate. b) Il 100% delle richieste sono valutate per l'appropriatezza, con riferimento alle linee guida per il buon uso del sangue approvate dal Comitato Aziendale per il Buon Uso del Sangue.	N. richieste non conformi rispetto alle linee guida per il buon uso del sangue approvate a livello aziendale.
6) Valorizzazione del Comitato aziendale per il buon uso del sangue	Funzionamento del Comitato per il buon uso del sangue.	Si mantiene un equilibrato utilizzo dei globuli rossi. Permane un significativo utilizzo inappropriato di plasma fresco congelato e di albumina, per quanto con trend in miglioramento.	Dati derivanti dal monitoraggio dell'utilizzo appropriato degli emocomponenti e plasmaderivati, con particolare riferimento al N. richieste di plasma fresco congelato non conformi al protocollo aziendale.
7) Certificazione del Sistema di gestione per la Qualità in conformità alla Norma UNI EN ISO 9001:2000.	Mantenimento della certificazione del Sistema di gestione per la Qualità in conformità alla Norma UNI EN ISO 9001:2000.	Superamento della verifica ispettiva per il rinnovo della certificazione ISO 9001:2000 effettuata in data 16.06.06 da parte dell'Ente certificatore (Cermet).	Certificato del Sistema Qualità Cermet N. 3810/SIT1-A.
8) Adeguamento strutturale	Progetto regionale "Qualificazione strutture trasfusionali", di cui alla DGR 1287/99 ed alla DGR 412/2000.	Sono in avanzato stato di attuazione le opere di ampliamento/adeguamento del SIMT di Lucca, da effettuare utilizzando i finanziamenti di cui alla DGR 412/2000: termine lavori previsto entro Marzo 2007.	===

5.5 IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA

5.5.1 Attività Centrale Operativa 118

Nel 2006 la centrale operativa 118 è stata inserita, insieme all'U.O. Pronto Soccorso di Lucca e al pronto soccorso Valle del Serchio, nel Dipartimento di Emergenza Urgenza.

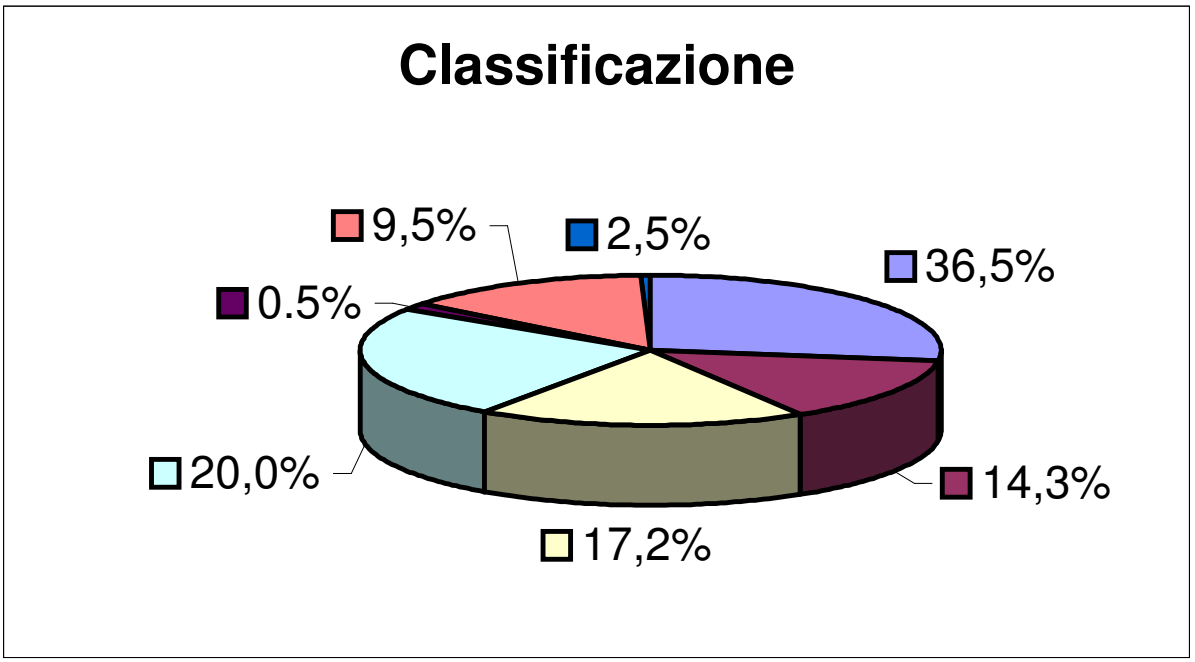
L'attività della Centrale Operativa 118 – Emergenza sanitaria territoriale

Alla centrale operativa 118 sono arrivate, nell'anno 2006 sulle linee registrate, circa 125.000 chiamate.

I servizi gestiti sono stati 57.866 di cui:

- Soccorsi Primari 20.878
- Soccorsi Secondari 5.273
- Guardia Medica 10.045
- Consulenze 11.611
- Informazioni 1.490
- Trasporti Prenotati 8.230
- False/Scherzi 339

La ripartizione percentuale dei servizi gestiti è riportata nel grafico sottostante.

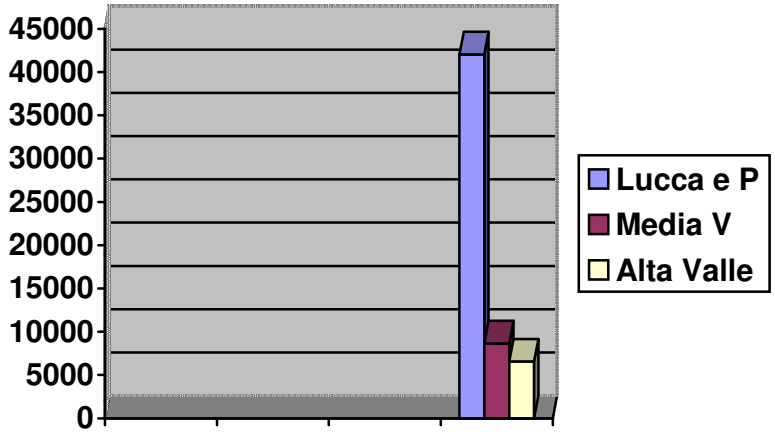


Legenda: Soccorsi primari – 36,5%; Soccorsi secondari – 9,5%; Guardia Medica -17,2%; Consulenze – 20,0%; Informazioni – 2,5%; Trasporti prenotati -14,6%; False/Scherzi –0,5 %

Provenienza chiamate di soccorso

Le zone di provenienza delle chiamate di soccorso sono così ripartite:

Valle del Serchio: 15.207 (di cui Media Valle 8.647, Alta Valle del Serchio 6.560)
Lucca e Piana di Lucca 42.050
Altre località 609

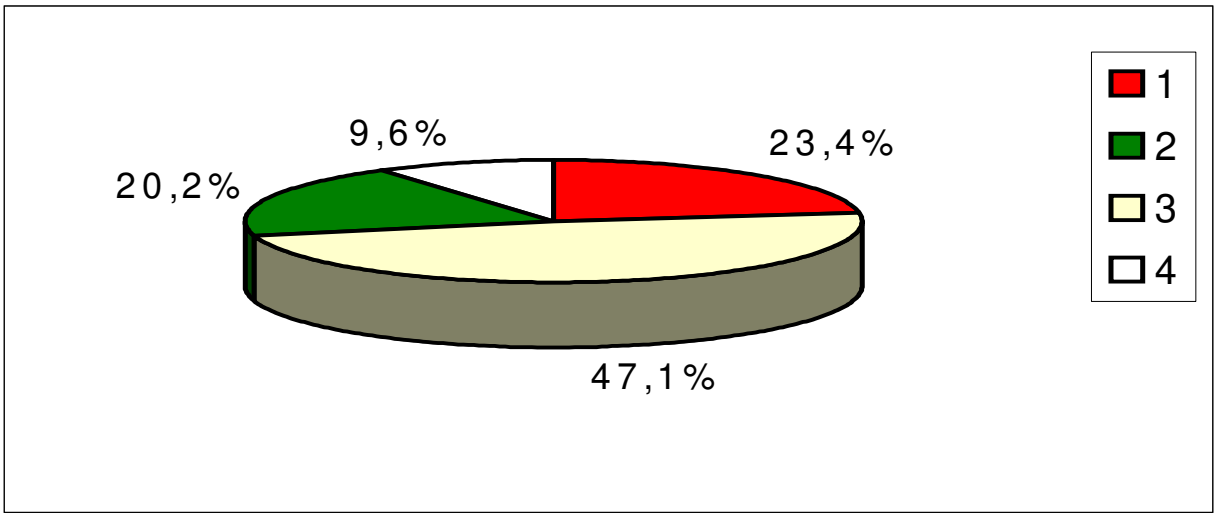


Soccorsi primari e secondari

I codici di invio, in base alla presunta criticità della chiamata, nei soccorsi primari sono stati:

- Codice Rosso (molto critico) 4.775 pari al 23,4 % del totale dei soccorsi primari
- Codice Giallo (critico) 9.592 pari al 47,1 % del totale dei soccorsi primari
- Codice Verde (poco critico) 4.112 pari al 20,2 % del totale dei soccorsi primari
- Codice Bianco (non critico) 1.845 pari al 9,6 % del totale dei soccorsi primari
- Non indicati 555 pari al 2,7% del totale dei soccorsi primari

La ripartizione percentuale dei codici è riportata nel grafico sottostante.



Soccorsi primari - Punti di Emergenza Territoriale suddivisi per Associazione/Ente

Associazione/Ente	**Soccorsi**			*Legenda:* *- P punto emergenza con medico* *- B punto emergenza* *- Pc punto d'emergenza gestito da più associazioni*
Croce Rossa Lucca	2.902	**P**		
Croce Verde Lucca	4.456	P		
Croce Verde di Ponte a Moriano	1095	B		
Croce Rossa Bagni di Lucca	785	B		
Croce Verde di Porcari	1007	Pc		
Misericordia di Altopascio	845	Pc		
Misericordia di Montecarlo	1839	Pc		
Misericordia di Barga	1496	P		
Misericordia di Borgo a Mozzano	1178	P		
Misericordia di Castelnuovo	1337	P		
Misericordia di Camporgiano	58	Pc		
Misericordia di Gorfigliano	73	Pc		
Misericordia di Piazza al Serchio	586	Pc		
Misericordia di Sillano	39	Pc		
Misericordia di Lucca	2593	P		
Misericordia di Vagli	80	B		
Misericordia di Careggine	12	B		
Misericordia di Gallicano	149	B		
Misericordia di Corsagna	54	B		
Misericordia di Marlia	81	B		
Misericordia di Capannori	628	B		
Misericordia di Massa Macinaia	133	B		
Croce Rossa di Villa Basilica	103	B		
Automedica Lucca	1883	P		
Elisoccorso	88 soccorsi primari 17 soccorsi secondari			

Esiti

La maggior parte dei trasporti si sono conclusi regolarmente (24.972), i trasporti annullati sono stati una percentuale molto bassa (1.172), scanso/rifiuta ricovero circa 2.403.
I pazienti deceduti sono stati 405.

Pazienti gestiti: Sesso e Fascia d'età

Globalmente i pazienti soccorsi sono stati 23.409, con una prevalenza delle femmine rispetto ai maschi. La fascia d'età che più frequentemente è ricorsa al servizio 118 è stata quella oltre i 76 anni (11.199 pazienti):

Pazienti per fascia di età	***Totali 23409***
<1 aa	96
Da 01 a 8	355
Da 09 a 16	593
Da 17 a 24	1018
Da 25 a 32	1375
Da 33 a 40	1504
Da 41 a 48	1494
Da 49 a 56	1447
Da 57 a 64	1791
Da 65 a 72	2537
>72	11.199

Luogo d'intervento

I dati relativi al luogo dove è accaduto l'evento e quindi dove è stato inviato il soccorso, dimostrano che le chiamate arrivano prevalentemente dalle abitazioni private, secondariamente dalla strada:

Casa	13.425
Strada	2.866
Impianti lavorativi	505
Impianti sportivi	310
Scuole	348
Uffici ed Es.Pubbl.	2536
Altro	888

Motivo della Chiamata

I principali motivi per cui è stato richiesto l'intervento del 118 sono stati:

Aggressione	125
Allergia	61
Altro Trauma	395
Caduta	2367
Difficoltà Respiratoria	2268
Dolore Addominale	1037
Dolore Arti Inf.	178
Dolore Arti Sup.	54
Dolore Dorsale	116
Dolore Toracico	1228
Emergenze Ostetriche	73
Emorragia	358
Intossicazioni	143
Lesioni	122
Mal di testa	130
Perdita di coscienza	1231
Sospetto Psichiatrico	419
Trauma Stradale	1874
Ustioni	17
Malore	3654

Trasporti prenotati

Sono stati complessivamente 8.230.
La centrale operativa oltre a gestire i trasporti ordinari e programmati come previsto dal piano organizzativo (dimissioni, trasferimenti di pazienti tra i diversi stabilimenti ospedalieri, trasporti per esami diagnostici o trattamenti sanitari in altre strutture ospedaliere, trasporto di materiale biologico o sanitario), insieme al personale amministrativo della Zona Distretto della Valle del Serchio, ha provveduto, come nel 2005, a verificare l'utilizzo appropriato delle ambulanze e la corretta applicazione del regolamento dei trasporti sanitari creando nel frattempo un flusso informativo relativo alle diverse tipologie dei trasporti come di seguito riportato.

	GENNAIO 2005	NOVEMBRE 2005	GENNAIO 2006	NOVEMBRE 2006
	Numero	Spesa	Numero	Spesa
Viaggi Aziendali ASL 2				
Emergenza/Urgenza	18.737	436.310,37	19.345	467.241,18
Diagnostica e Trasferimenti Osp.	4.006	324.480,06	4.077	323.304,05
Dimissioni /Ammissioni Osp.	6.588	240.823,35	6.926	254.054,87
Territorio	11.883	667.800,94	12.315	714.642,35
Dializzati	13.502	728.637,07	15.004	793.877,36
Altri	2.473	114.789,12	2.542	114.309,93
Totale	**57.189**	**€ 2.512.840,91**	**60.209**	**€ 2.667.429,74**
Viaggi Zona Distretto Lucca				
Emergenza/Urgenza	13.750	294.948,79	14.269	317.694,45
Diagnostica e Trasferimenti Osp.	1.652	138.417,50	1.396	117.377,26
Dimissioni /Ammissioni Osp.	5.228	184.726,22	5.452	190.153,26
Territorio	6.776	326.710,14	7.272	373.516,56
Dializzati	9.370	500.356,02	10.447	568.805,54
Altri	1.373	67.822,71	1.423	63.121,77
Totale	**38.149**	**€ 1.512.981,38**	**40.259**	**€ 1.630.668,84**
Viaggi Zona Distretto Valle del Serchio				
Emergenza/Urgenza	4.987	141.361,58	5.076	149.546,73
Diagnostica e Trasferimenti Osp.	2.354	186.062,56	2.681	205.926,79
Dimissioni /Ammissioni Osp.	1.360	56.097,13	1.474	63.901,61
Territorio	5.107	341.090,80	5.043	341.125,79
Dializzati	4.132	228.281,05	4.557	225.071,82
Altri	1.100	46.966,41	1.119	51.188,16
Totale	**19.040**	**€ 999.859,53**	**19.950**	**€ 1.036.760,90**

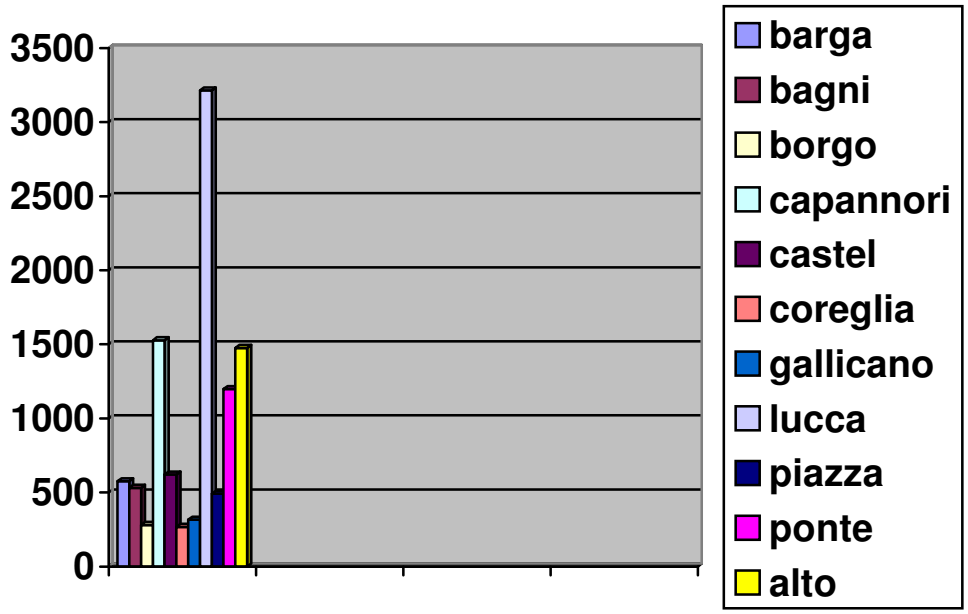
Servizi effettuati, coordinati dalla CO 118 – emergenza e ordinari - divisi per associazioni:

CVLUCCA	**5598**
CVCASTELNUOVO	**152**
CVPONTE A MORIANO	**1788**
CVPORCARI	**1566**
CRI BAGNI DI LUCCA	**1157**
CRI LUCCA	**3881**
CRI VILLA BASILICA	**250**
MISERICORDIA ALTOPASCIO	**1130**
MISERICORDIA BARGA	**3140**
MISERICORDIA BORGO	**1835**
MISERCAMPORGIANO	**207**
MISERCAPANNORI	**1420**
MISERCAREGGINE	**28**
MISERCASTELNUOVO	**2723**
MISERCORSAGNA	**188**
MISERGALLICANO	**449**
MISERGIUNCUGNANO	**9**
MISERGORFIGLIANO	**155**
MISERLUCCA	**3486**
MISERMARLIA	**295**
MISERMASSAMACINAIA	**4421**
MISERMINUCCIANO	**0**
MISERMONTECARLO	**2410**
MISERPIAZZA	**886**
MISERSILLANO	**79**
MISERVAGLI	**430**

Attività Medici Continuità Assistenziale

Il numero di accessi domiciliari è stato complessivamente di 10.430 di cui:

POSTAZIONI		Accessi Domiciliari
Bagni di Lucca		*528*
Barga		*519*
Castelnuovo		*582*
Gallicano		*309*
Capannori		*1426*
Lucca		*3214*
Piazza al Serchio		*491*
Ponte a Moriano		*1198*
Altopascio		*1475*
Borgo a Mozzano		*286*
Coreglia		*295*



Integrazione con eliambulanza regionale.

Nell'anno 2006 l'elicottero è stato utilizzato 106 volte di cui 88 volte per soccorsi primari, 17 volte per soccorsi secondari (trasferimento tra presidi ospedalieri).
Come già osservato nel 2005, si assiste ad un aumento di interventi dell'elisoccorso regionale nella Piana di Lucca nell'ottica della "centralizzazione" dei pazienti particolarmente critici.
Nel 2006 sono iniziati i lavori per garantire la possibilità di utilizzo durante le ore notturne della piazzola dell'elisoccorso ubicata a Pieve a Fosciana località Orto Murato.
La possibilità di utilizzare, durante le ore notturne, l'elisoccorso regionale in Valle del Serchio per trasporti interospedalieri, aumenta in modo significativo le garanzie per una adeguata assistenza ai pazienti con patologie complesse.

Potenziamento dell'emergenza territoriale.

Nell'ambito dipartimentale, sono state approntate le linee guida per la gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta e ictus acuto ischemico.
Tale linee guida regolano le modalità organizzative e gestionali, per garantire un percorso diagnostico terapeutico efficace e omogeneo a tutti i pazienti acuti affetti da infarto o ictus ischemico, in grado di adattarsi alle diverse realtà geografiche.
Al fine di consentire un approccio diagnostico più precoce possibile, si è attivato un progetto che consente l'invio di dati sanitari e strumentali, dal territorio alle strutture sanitarie di riferimento (centrale operativa 118, UTIC Lucca e Castelnuovo).
Questo progetto che coinvolge tutti i punti d'emergenza territoriale e i due PP.OO., si concluderà nel 2007.
Si è provveduto inoltre alla elaborazione delle linee guida relative alla gestione della ventilazione non invasiva (NIV) nell'insufficienza respiratoria acuta, con percorsi diagnostici integrati territorio-ospedale.
Nell'ambito della gestione delle situazioni complesse (maxiemergenze) la centrale operativa 118, è stata dotata, grazie ad un finanziamento regionale, di una tenda per l'istituzione di un Posto medico avanzato (PMA). Lo stesso finanziamento regionale ha consentito di

acquisire materiale di protezione individuale avanzata, per la gestione dell'emergenze legate al rischio nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR).
Come previsto dai piani regionali, sono passati alla dipendenza otto medici.

Formazione e Aggiornamento

Come negli anni passati, in base agli accordi con le associazioni del volontariato, anche quest'anno sono stati organizzati corsi di BLSD rivolti ai volontari delle associazioni stesse con formazione di circa 80 persone.
Sono stati organizzati corsi di BLSD-rethraining per i V.V.F..
Gli infermieri della centrale operativa hanno partecipato, come formatori, ai corsi di BLS e BLSD organizzati dall'U.O. Formazione del Personale per il personale medico e infermieristico della nostra ASL.
E' stato organizzato un corso per la formazione di istruttori NBCR tenuto dal centro di formazione del l'U.O. CO 118 di Como (centro di riferimento per la gestione del rischio NBCR per la Lombardia), a cui hanno partecipato cinque IP della CO 118.
Durante il 2005 i medici e gli infermieri dell'emergenza territoriale hanno partecipato all'organizzazione e attuazione dei corsi di I e II livello per la formazione dei volontari delle associazioni del volontariato.
La centrale operativa 118 ha partecipato, di concerto con le CO 118 di Empoli e Pistoia, all'organizzazione del IXI° Congresso Nazionale d'Emergenza-Urgenza tenutosi a Pistoia.
I medici e gli infermieri della centrale operativa hanno partecipato al corso di ALS (advanced life support) tenuto a Firenze dalla Formazione Continua dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi.
Nel 2006 è stato istituito presso il nostro centro di formazione aziendale il centro per il PBLS. Tale centro ha iniziato la sua attività organizzando due corsi destinati al personale medico e IP della nostra azienda.
Tutti i medici addetti all'emergenza territoriale hanno partecipato al corso di aggiornamento sulla gestione del paziente con sindrome coronaria acuta, tenuto a Lucca dai medici dell'U.O. Cardiologia.
Sei medici della nostra U.O. hanno partecipato al percorso di certificazione in Medicina d'Urgenza (progetto Harvard).

5.5.2 U.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza – PS Lucca

Dati di attività

Nell'anno 2006 la U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza del PO di Lucca ha avuto un totale di 63.258 accessi.
Rispetto al 2005, in cui gli accessi erano stati 61.256, si è registrato un incremento del 3,2%.
Nell'arco dell'anno 2006 da questa U.O. sono stati disposti 7.284 ricoveri d'urgenza corrispondenti all'11,4% degli accessi totali e al 13,9% degli accessi completamente gestiti in PS (con una diminuzione dello 0,7 rispetto al valore registrato nel 2005).

I pazienti sottoposti ad Osservazione sono stati 4.929: anche questo dato mostra un ulteriore lieve incremento (nel 2005 erano stati 4.717) e dimostra come la gestione di questa area di attività sia utilizzata a livelli massimali e con alta capacità di filtro (i pazienti dimessi dopo Osservazione sono stati l'81%, il 2% in più rispetto all'anno precedente.

Utilizzazione della Diagnostica per immagini

La tabella che segue evidenzia le richiesta effettuate dalla nostra U.O. negli ultimi 4 anni: anche questi valori che esprimono sostanziale stabilità stanno a testimoniare il raggiungimento di uno standard legato all'attivazione di linee guida, alla formazione ed alla sostanziale stabilità del personale Medico che opera nella U.O., tutti elementi dai quali dipende l'omogeneità dei comportamenti.

ANNO	Rx	TC
2006	27.633	4.070
2005	25.463	4.111
2004	25.463	3.847
2003	25.858	3.908

Tale stabilità si esprime con maggiore evidenza attraverso il rapporto prestazioni radiologiche/ accessi completamente gestiti in PS .

ANNO	Rx	TC
2006	0,5	0.08
2005	0,5	0,08
2004	0,5	0,08
2003	0,5	0,08

Utilizzazione della Diagnostica di Laboratorio

La tabella seguente evidenzia le richieste effettuate negli ultimi 4 aa:

ANNO	Esami richiesti	N° esami / accessi
2006	76.502	1,5
2005	71.599	1,4
2004	59.536	1,2
2003	63.281	1,3

L'aumento è legato a due principali fattori: da un lato al notevole turn–over di Medici che si è verificato per vari motivi (gravidanze, Corso Harward, etc), medici che avendo esperienza ancora modesta tendono ad una sovrautilizzazione della diagnostica di Laboratorio, dall'altro alla tendenza ad un eccesso di diagnostica prodotto dall'atteggiamento "difensivo" che le crescenti problematiche medico–legali stanno facendo assumere ai medici in generale e ai medici di PS in particolare.

Struttura

La struttura del PS generale è rimasta invariata rispetto al 2005.

Dotazione Tecnologica

E' rimasta invariata dimostrandosi tuttavia adeguata alle necessità dell'utenza.

Personale

Nel corso del 2006 il numero dei Medici è rimasto stabile e così pure la copertura dei turni.

Analoghe considerazioni valgono per il personale Infermieristico e OSS.

Formazione

Nel giugno 2006 si è concluso nella nostra Area Vasta il primo Corso Regionale di Certificazione per Medici d'Emergenza detto Corso Harward: i tre Medici di questa U.O. che hanno partecipato hanno superato con successo l'esame finale.
Nel settembre 2006 ha preso inizio il Secondo Corso di Certificazione al quale partecipano altri 3 Medici.
Un altro Medico ha ottenuto la certificazione del Corso A.T.L.S. e due Medici hanno ottenuto il rinnovo del brevetto ATLS attraverso il Corso di Refresh.

Altre iniziative di formazione locale nel corso del 2006 sono state:
- L'emergenza – urgenza in Pediatria (iniziato nel 2005)
- La gestione del Dolore in PS (iniziato nel 2005)
- Indicazioni e tecnica della puntura lombare in Emergenza
- La ventilazione non invasiva in Emergenza-Urgenza
- Corso sulla gestione del Ticket in PS
- Corso per la gestione delle emergenze Cardiologiche in Sala Emergenza. (per IP)
- Retraining Corso gestione emergenze – urgenze traumatiche (per IP)

Rapporti con l'utenza

Nel 2006 sono state registrate (dati U.O. Comunicazione e Marketing) 9 segnalazioni per presunti disservizi o incidenti sanitari (1 ogni 7030 accessi) così suddivisi: 7 di aspetto tecnico-professionale (3 presunti errori diagnostici; 2 presunte omissioni diagnostiche; 2 presunti errori nella terapia); 1 di aspetto burocratico-amministrativo; 1 di aspetto relazionale (rapporti con il personale medico).

Controlli di qualità

Durante l'anno sono stati effettuati incontri di Audit su eventi sentinella o casi di particolare complessità interno alla U.O. per analizzare, comprendere e correggere eventuali problematiche di tipo organizzativo o professionale.

Conclusioni

I dati sopraelencati attestano la stabilità dei risultati di questa U.O. in termini di efficacia ed efficienza relativamente ai bisogni di risposta dell'utenza, nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.
Il progressivo incremento della domanda non potrà non prevedere un adeguamento delle risorse umane per poter garantire gli stessi livelli negli anni a venire, unitamente all'identificazione di strategie più efficaci per il suo contenimento.

5.5.3 Attività di Pronto Soccorso – PO Valle del Serchio

Nell'anno 2006, il PS della Valle del Serchio (sedi di Castelnuovo e di Barga) ha effettuato 17.839 prestazioni sanitarie, con 2.583 ricoveri e 1.071 osservazioni, con un incremento, rispetto al 2005 di 756 utenti (4,4%).

I pazienti avviati in Osservazione sono aumentati (+241), con un'inversione di tendenza rispetto all'anno precedente. Allo stato attuale le osservazioni vengono effettuate nelle UO del PO, quindi a discrezione del medico del reparto accettante.
Questi dati sono riferiti alle reali prestazioni urgenti di PS, in quanto i ricoveri programmati e DH dal 2002 vengono effettuati come accettazioni amministrative a cura, comunque, degli operatori di PS (nella totalità dei casi a Castelnuovo ed in parte a Barga).

Globalmente il tasso di ricovero da PS (% di ricoverati sugli accessi reali di PS) si è attestato sul 14,5% (1% in meno rispetto al 2005).

Per ciò che concerne la suddivisione per sede, la seguente tabella sintetizza i dati attuali (2006) ed i dati degli anni precedenti (2005-2004):

Anno 2006

Sede	*Accessi*	*% Ricoveri*	*Ricoveri*	*Osservazioni*	*Dimissioni*
Castelnuovo	12956	14,8	1917	874	9665
Barga	4851	13,5	657	178	3758

Anno 2005

Sede	*Accessi*	*% Ricoveri*	*Ricoveri*	*Osservazioni*	*Dimissioni*
Castelnuovo	12399	15,6	1941	621	9837
Barga	4674	15,1	707	209	3758

Anno 2004

Sede	*Accessi*	*% Ricoveri*	*Ricoveri*	*Osservazioni*	*Dimissioni*
Castelnuovo	11204	15,9	1790	831	8583
Barga	4638	15,8	734	208	3696

Le richieste di visite specialistiche nel 2006 sono state globalmente *6218* (*5.752* nel 2005) che, rapportate agli accessi (richieste di visita specialistica/accessi) sono leggermente diminuite, sul valore di 0,35 (0,36 l'anno precedente).

Per ciò che concerne i consumi di laboratorio e di radiologia, in passato i dati estrapolabili dal software precedentemente in uso permettevano solamente una stima generale (sul primo semestre 2005) delle richieste di utilizzo della radiologia (senza riferirsi alle specifiche proiezioni radiologiche) e del numero globale dei prelievi ematici fatti in PS).

Riferendoci a questi dati, la tabella che segue espone le richieste di radiologia effettuate dal PS:

Anno/Sede	*Rx*	*Eco*	*TC*	*Totale*
1° sem 05 /Castelnuovo	2466	415	302	3183
2004/Castelnuovo	4388	786	555	5729
1° sem 05/Barga	705	45	26	776
2004/Barga	1338	115	70	1523

Dal giugno 2005, con l'entrata in funzione del software specifico di PS First Aid è possibile estrapolare dati puntuali delle prescrizioni radiologiche, ecografiche e TC suddivise per ogni distretto corporeo.

Queste, globalmente espresse secondo le varie proiezioni e relativamente all'attività associata di Castelnuovo e Barga, risultano così rapportate agli accessi (anno 2005):

- Prestazioni di Radiologia tradizionale/accessi di PS: 0,53
- TC/accessi: 0,056

Nel 2006 sono state richieste 9.424 prestazioni di radiologia tradizionale, 1.062 TC e 1.294 ecografie.
I rapporti con gli accessi totali si collocano pertanto sui seguenti valori:

- Prestazioni di Radiologia tradizionale/accessi di PS: 0,52
- TC/accessi: 0,059
- Ecografie:/accessi: 0,072

Queste prestazioni si collocano nel range previsto (rispettivamente 0,6-0,7 e 0,08-0,085).
Lo sviluppo dell'ecografia in PS e l'acquisizione della tecnica da parte di alcuni medici di PS ha portato all'attuazione di 194 ecografie gestite in PS dal Medico di PS.
Gli esami di laboratorio effettuati nel 2006 sono stati complessivamente 33.788 che rapportati con gli accessi determinano il valore di 1,89 (valore previsto 1,5).

Vi è quindi stabilità, relativamente agli accessi, delle richieste di prestazioni di radiologia tradizionale, di ecografia e di TC.
Il numero degli esami ematici effettuati in PS è comparabile con quello dello scorso anno.
Questo nonostante che dalla metà del 2002 è stata attuata una analisi sulle richieste di esami di laboratorio che ha praticamente fatto scomparire tutte le richieste giudicate non necessarie, soprattutto in ambito cardiologico (es. enzimi classici di necrosi CK Transaminasi LDH).
Ciò impone una revisione delle indicazioni cliniche e soprattutto l'acquisizione della capacità di effettuare esami ematici in sede di PS utilizzando tutte le metodiche disponibili "point of care", secondo un progetto già avviato col Direttore del Laboratorio di Analisi e con la Direzione.

Situazione ambientale

Dal giugno 2005 l'attività di PS a Castelnuovo si è spostata nei locali del nuovo Pronto Soccorso.
Questi consentono una gestione corretta dell'affluenza normale e permettono di far fronte a maxiemergenze con una recettività fino a 6-7 pazienti contemporaneamente, pur prevedendo per queste evenienze un supporto di personale reclutabile dai reparti (vedi piano per elevato afflusso di feriti in PS).
Da quella data e' stata istituita una postazione di Triage infermieristico per l'accoglienza dell'utenza e per l'attribuzione di codici colore.
Sono stati allestiti i locali per l'Area di Osservazione dotati di 4 posti letto, il cui impiego è comunque subordinato all'acquisizione di nuovo personale infermieristico e medico.
Il PS di Barga appare normalmente dimensionato rispetto al suo ruolo, a patto che venga razionalizzato l'atteso sistema di reclutamento urgente di IP per il PS in situazioni critiche.

Dotazione tecnica

Gli spazi del PS di Castelnuovo sono stati adeguatamente attrezzati per poter assumere la loro specifica funzione di sale di visita (medica e chirurgica) e sala di emergenza, con possibilità di attuare il monitoraggio dei pazienti e la ventilazione meccanica (invasiva e non).

A Castelnuovo è stata attuata una revisione delle metodiche e delle strumentazioni per affrontare l'emergenza pediatrica e vi è stata l'acquisizione di materiale specifico secondo le direttive internazionali (APS).
In sede di Triage vengono correntemente impiegate metodiche di valutazione del dolore, nell'ambito delle attività per l'"Ospedale senza dolore".
E' stato acquisito un ecografo ed un Doppler CW dalla Sezione di Medicina.
E' attiva una sala di Ecografia d'urgenza con possibilità di eseguire esami addominali, toracici, vascolari, colordoppler e cardiaci.
Nel 2006 è stato implementato l'impiego della ventilazione non invasiva sia con ventilatore meccanico che con maschera e valvola di Boussignac. Viene attuata anche l'ecografia interventistica d'urgenza

Sia a Castelnuovo che a Barga sono state predisposte le scorte di materiale, dotazioni tecniche e farmaci per affrontare situazioni di elevato afflusso di feriti in PS.
Analogamente sono disponibili le dotazioni sanitarie per affrontare, attraverso la squadra di soccorso del PS, le urgenze intraospedaliere.
Sia a Castelnuovo che a Barga è stato introdotto il nuovo sistema informatico First Aid

Aggiornamento

Nell'anno 2006 hanno avuto luogo presso il PS Val di Serchio le seguenti attività di aggiornamento:

- Revisione periodica del piano delle Maxiemergenze
- Incontri di Aggiornamento per il personale Infermieristico
- Addestramento per il nuovo programma informatico "First Aid"
- Corso di Triage per alcuni operatori IP
- Stesura di linee guida sull'Area di Osservazione e sul Triage
- Corso Propedeutico di Ecografia Infermieristica per gli accessi venosi difficili.
- Partecipazione come docenti e come osservatori di personale del PS a corsi presso altre ASL (Roma) come preparazione all'istituzione della Scuola Nazionale di Ecografia presso il PS di Castelnuovo (deliberata dalla SIMEU in Aprile 2007)
- Collaborazione di aggiornamento e ricerca con il DEU del Policlinico Gemelli (UCSC) di Roma, con l'Ospedale Niguarda di Milano e con l'Area di Emergenza dell'Ospedale di Tolmezzo (UD) e con la Medicina d'Urgenza di Pinerolo.

Rapporti con l'utenza

Nonostante l'incremento degli accessi e la quota significativa di inappropriatezza degli stessi, i rapporti con l'utenza sono soddisfacenti.
Nell'anno 2005 si sono registrate scarse segnalazioni di presunti disservizi (1/8540 accessi); questi ultimi, dopo l'indagine conoscitiva, si sono rilevati una volta su due non imputabili al PS.

Controlli di qualità

E' in atto, dall'inizio del 2002, un monitoraggio dei rientri precoci (entro i 10 giorni successivi) dei pazienti che vengono dimessi dai PS.
Tale indagine ha la finalità di selezionare i motivi di prestazioni ripetute sullo stesso paziente per l'identificazione di possibili lacune assistenziali dell'accesso primario.
L'analisi di questi dati permette di revisionare criticamente, ed eventualmente modificare, gli iter diagnostico terapeutici del Servizio.

Tutti i codici rossi che accedono in PS vengono singolarmente analizzati.

Conclusioni

I dati sopra esposti confermano un incremento numerico delle prestazioni in PS ed un aumento della complessità delle stesse, soprattutto ai fini di una migliore definizione diagnostica tesa verso ricoveri più contenuti, più selezionati ed appropriati.
E' da rilevare comunque una quota di prestazioni improprie di PS che trovano la loro origine in una tendenza diffusa a livello nazionale.
A fronte di un aumento dell'utenza, si osserva una stabilità nell'impiego delle risorse di radiologia tradizionale, di ecografia e TC ed un incremento non significativo negli esami di laboratorio.
Vi è anche un decremento nell'utilizzo delle consulenze specialistiche.
Il 2006, inoltre, è stato caratterizzato dal completamento dell'organizzazione del nuovo Pronto Soccorso che è attualmente pienamente operativo fatto salvo per l'Area di Osservazione, la cui operatività è collegata al recupero di personale idoneo.
Infine, i controlli di qualità che sono già in atto, mirano a mantenere a livelli accettabili la "morbilità" del sistema ed a garantire rapporti ottimali con l'utenza.
E' infine in atto una politica di educazione sanitaria continua.

5.6 LA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA

- Riorganizzazione dei servizi di assistenza riabilitativa (percorso assistenziale, adeguamento rete dei servizi ospedalieri, riequilibrio dotazione posti per riabilitazione residenziale e diurna extraospedaliera)

L'offerta riabilitativa neuromotoria e neuropsicologica si esprime in attività di ricovero ospedaliero intensivo ordinario, in attività medico specialistica ed in prestazioni riabilitative svolte in forma ambulatoriale. Il complesso delle attività è organizzato come rete integrata dei servizi riabilitativi e vede coinvolti in equipe multidisciplinari i professionisti sanitari in relazione alle diverse patologie da trattare.
L'esigenza di rispondere alla crescente domanda della popolazione residente sia in termini qualitativi che quantitativi ha reso necessario attrezzarsi per un'offerta riabilitativa che preveda articolazioni operative territoriali in grado di favorire l'accesso degli utenti.
Proprio per questo, oltre alle prestazioni effettuate nei tre stabilimenti ospedalieri, sono attivi sul territorio aziendale centri d'erogazione nella Zona Distretto di Lucca e centri di erogazione nella Zona Distretto della Valle del Serchio per compensare le difficoltà d'accesso indotte dalle caratteristiche geografiche che le sono proprie.

L'U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale (U.O.R.R.F.) svolge:

- attività riabilitativa intensiva in regime di ricovero presso lo stabilimento di Barga sia per patologie ortopediche che per patologie neurologiche che prevedono l'interazione del fisiatra e del fisioterapista;
- attività di riabilitazione neuropsicologica e della disfagia ad opera del neuropsicologo e della logopedista;
- attività di rieducazione vescicale ad opera dell'internista, dell'urologo e dell'infermiere professionale;
- attività di rieducazione alle ADL primarie, ad opera del fisiatra, del fisioterapista, dell'operatore socio sanitario);

- attività che sono dirette a soddisfare le esigenze dei residenti e dei pazienti provenienti da altre aziende sanitarie.

La metodica utilizzata per la riabilitazione neuromotoria è quella denominata "accorciamento muscolare e sollecitazione a trazione".

L'attività di reparto ha interessato 292 pazienti.
Il maggiore sforzo da parte dei professionisti ha permesso di dare risposta alle patologie più gravi riguardanti prevalentemente pazienti affetti da patologie neurologiche centrali (ictus, emorragie celebrali) sia in fase acuta che in pazienti stabilizzati, ma anche per le affezioni a carico del sistema nervoso periferico.
In misura sempre crescente gli interventi riabilitativi in regime di ricovero riguardano pazienti ortopedici operati di protesi d'anca e di ginocchio.

La Sezione Aggregata alla U.O.R.R.F. ospedaliera, senza posti letto, presente nel Presidio Campo di Marte svolge compiti di consulenza fisiatrica e attività di rieducazione funzionale mediante i fisioterapisti della U.O. Riabilitazione Funzionale (U.O.R.F.) di Lucca sui pazienti ricoverati nei diversi reparti (ortopedia, medicine, neurologia, cardiologia, pneumologia, rianimazione, ostetricia, pediatria e malattie infettive).
A questi si aggiungono la selezione dei pazienti per il trattamento in regime di degenza presso la struttura di recupero e rieducazione funzionale di Barga, le visite ambulatoriali per gli esterni a cui si affiancano prestazioni fisioterapiche ambulatoriali e le attività di consulenza domiciliare sui pazienti non trasportabili.

- Nel Centro Socio Sanitario di Fornaci di Barga la U.O.R.F. Valle del Serchio eroga attività riabilitative ambulatoriali e domiciliari per i residenti nella zona, con proiezioni in alcuni centri socio sanitari della Valle del Serchio e presso il Poliambulatorio annesso allo stabilimento ospedaliero di Castelnuovo Garfagnana, per garantire la necessaria continuità terapeutica anche ai dimessi dal reparto recupero e rieducazione funzionale di Barga.

- La rete dei servizi territoriali di riabilitazione si completa con il Centro di San Leonardo in Treponzio dove è garantita la continuità assistenziale ai pazienti dimessi da Barga, e trattamenti ambulatoriali ai residenti nella Zona Distretto di Lucca, comprese le prestazioni di terapia fisica qualora siano previste nei pacchetti relativi alla delibera regionale 595.

Le forme d'accesso al servizio di riabilitazione ambulatoriale avviene previa visita fisiatrica richiesta dal Medico di Medicina Generale, prenotabile attraverso il Centro unico prenotazioni, mentre i pazienti ricoverati nei reparti per acuti accedono al servizio mediante la consulenza fisiatrica che elabora insieme al fisioterapista il programma riabilitativo individuale. L'accesso può anche avvenire direttamente senza il filtro della visita Fisiatrica su richiesta di prestazioni riabilitative da parte del Medico di Medicina Generale o di altri specialisti come previsto dalla delibera regionale 595.
Oltre alle attività di riabilitazione sopra citate, sono erogate, all'interno del presidio ospedaliero di Lucca, prestazioni riabilitative logopediche in ORL per i disturbi della voce e di deglutizione, riabilitazione di tipo vestibolare e, nell'U.O. Oculistica, riabilitazione dei disturbi visivi. In tale ambito i tecnici della riabilitazione collaborano con il medico specialista alla definizione della diagnosi dei disturbi audiofonologici visivi e dei disturbi dell'attenzione e della memoria.

Prosegue l'attività di screening per la prevenzione dei disturbi visivi in età precoce, in ambito delle attività sanitarie di comunità in collaborazione con le direzioni didattiche di

Lucca e della Valle del Serchio, e un'attività di follow-up per bambini nati a rischio sui casi seguiti dall'U.O. Pediatria.

Nell'anno 2005 è stato completato l'accreditamento istituzionale con il parere positivo espresso dalla commissione Accreditamento riguardo al reparto di Barga (U.O. R.R.F.; S.A. alla medesima U.O. R.R.F.; Riabilitazione cardiologia sia del presidio ospedaliero di Lucca sia di quello di Barga; presidi ambulatoriali di Fornaci di Barga e San Leonardo in Treponzio).

- Interventi assistenziali riabilitativi per l'età evolutiva e le disabilità neuropsichiche

Le terapie riabilitative in campo neuromotorio, logopedico e cognitivo per l'età evolutiva (0-18 anni) in regime ambulatoriale sono state erogate da parte del personale della riabilitazione della U.F. di Salute Mentale dell'Infanzia e dell' Adolescenza.
I casi in trattamento continuativo e/o ciclico sono stati 859 (641 nella zona di Lucca e 232 nella zona della Valle del Serchio; 14 i casi in comune tra le due zone), per un totale di 24.735 prestazioni. Nel dettaglio:

- le terapie logopediche e/o cognitive sono state 15.481 per 684 pazienti,
- le terapie neuromotorie 7.207 per 258 pazienti,
- i trattamenti psicoeducativi per disturbi dello spettro autistico 2.047 per 56 pazienti.

Degli 859 utenti totali, 139 affetti da patologie complesse hanno usufruito di più tipologie di trattamento nel corso dell'anno.
A tutti i casi è stato garantito l'apporto multiprofessionale integrato nella pianificazione dell'intervento terapeutico-riabilitativo e nel suo monitoraggio.

5.7 ASSISTENZA PROTESICA

Nel corso dell'anno 2006, rispetto al 2005, il numero complessivo degli ausili riciclati è rimasto stabile come il corrispondente dato riguardante la loro valorizzazione.
Si denota semmai una significativa diminuzione degli ausili riciclati dalla Piana di Lucca. L'andamento della Valle del Serchio è invece positivo e ciò stabilizza appunto la situazione aziendale.
Il dato di diminuzione della P.d.L. è comunque concentrato nel 1° trimestre 2006. Nel periodo successivo è ripreso un andamento positivo che si è mantenuto per tutto il resto dell'anno non riuscendo però a recuperare la situazione negativa venutasi a creare..

Per quanto riguarda gli ausili acquistati la situazione descritta dalla ***Tabella 81*** è determinata dal notevole incremento delle prescrizioni riguardanti i respiratori e i ventilatori polmonari, ausili molto costosi e difficilmente riciclabili.
Le prescrizioni sono concentrate sulla P.d.L. dove, nonostante la riduzione del numero complessivo di ausili acquistati (che però riguarda ausili di valore mediamente inferiore), si osserva un incremento di spesa derivante dai respiratori e ventilatori polmonari.

La spesa per la manutenzione dei presidi ad opera delle ditte esterne è sostanzialmente stabile rispetto al 2005 sia da un punto di vista numerico che da un punto di vista della spesa.

Nella ***Tabella 81*** sono riportati i dati relativi all'attività protesica erogata nel corso del 2005 e 2006 con i relativi raffronti.

Tabella 81 - Attività Ufficio Ausili e Protesi – Confronto anni 2005-2006.

		2005	*2006*	*Confronto 2006-2005*
N. ausili acquistati	*PdL*	1363	1239	-124
	VdS	443	591	+148
Spesa acquisto a nuovo - Iva esclusa	*PdL*	551.888	649295	+ 97.407
	VdS	219.402	194.207	-25.195
N. interventi manutenzione - ditte esterne	*PdL*	25	31	+6
	VdS	22	19	-3
Spesa manut. ditte esterne – Iva esclusa	*PdL*	9.586	13.511	+3.655
	VdS	9.014	6.990	-2.024
N. Ausili riciclati	*PdL*	1.606	1.512	-94
	VdS	1.028	1.196	+168
Valore presidi riciclati - Iva esclusa	*PdL*	386.560	368.164	-18.396
	VdS	271.027	291.755	+20.728

Spesa in euro

5.8 INTEGRAZIONE DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI NEGLI INTERVENTI PER LA SALUTE

I dati relativi all'attività clinica svolta dall'Ambulatorio nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2006 sono illustrate nelle tabelle successive.

L'anno 2006 è stato caratterizzato dal passaggio delle attività complessive del servizio alla Cooperativa del Consorzio So & Co, reso necessario da una serie di problemi che sono stati a suo tempo discussi con la direzione aziendale. La collaborazione con la cooperativa è stata proficua e ha permesso di portare avanti il servizio in continuità con gli anni precedenti senza che si sia realizzato alcun disservizio per l'utenza.

E' proseguita l'attività del Centro di informazione sul farmaco omeopatico e di farmacovigilanza che consiste nella raccolta di telefonate degli utenti che richiedono informazioni su dosaggi, modalità di assunzione, controindicazioni dei farmaci omeopatici e le segnalazioni di eventuali reazioni avverse.

L'impegno maggiore di quest'anno è stata la collaborazione con la Regione, a livello di Assessorato che a livello di Consiglio Regionale, sia per le modalità di inserimento delle medicine complementari nell'accordo regionale in applicazione dell'Accordo collettivo nazionale (ACN), approvato nel 2005, che disciplina i rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, sia per la definizione della legge regionale di regolamentazione dell'esercizio delle medicine Complementari approvata lo scorso mese di febbraio dal Consiglio Regionale Toscano.

L'Ambulatorio di Lucca ha organizzato la presenza dei Centri regionali di riferimento per le MnC alla manifestazione "Terra Futura", la terza edizione della fiera internazionale sulle innovazioni per la sostenibilità ambientale e sociale, che si è tenuta alla Fortezza da Basso a Firenze in aprile.

Sono state organizzate varie iniziative ta cui, in particolare, il Convegno: "Medicine complementari e Discipline bio-naturali nelle politiche regionali. Esperienze a confronto per un futuro comune".

In collaborazione con gli altri Centri regionali toscani di riferimento e la Commissione regionale per le MnC sono stati prodotti 4 numeri del Notiziario regionale delle medicine non convenzionali, MNC TOSCANA.

Attività clinica dell'Ambulatorio di omeopatia

Dal novembre 2003 fino al 31 dicembre 2006 il totale delle pazienti visitate presso l'Ambulatorio di omeopatia e ginecologia è stato di 526, con un'età media di 43 anni (da un minimo di 13 anni a un massimo di 69 anni).
La stragrande maggioranza delle pazienti, n. 444 (84.5%), proviene dalla Provincia di Lucca, 82 pazienti (15.5%) anche da altre province e regioni.
Le patologie ginecologiche prese in esame con maggiore frequenza sono state:

- i disturbi della menopausa: 164 casi (47%),
- le irregolarità del ciclo mestruale: 66 pazienti (19%)
- le infezioni genitali : 40 pazienti (12 %).

Tra i problemi non ginecologici segnaliamo 50 pazienti con problematiche psicologiche (11.0%) (sindrome ansioso depressiva o attacchi di panico).

Dati relativi dell'Ambulatorio di omeopatia

Dal settembre 1998 fino al 31 dicembre 2006 il totale dei pazienti visitati per la prima volta, cioè il numero complessivo dei nuovi pazienti, è stato di 1.730.

Numero complessivo di visite realizzate nel periodo settembre 1998 – dicembre 2006:	**4367**
Numero prime visite (settembre 1998 – dicembre 2006):	**1730**
Numero controlli (settembre 1998 – dicembre 2006):	**2637**
Numero complessivo di visite realizzate nel 2006:	**596**
Numero prime visite (gennaio 2006 – dicembre 2006):	**216**
Numero controlli (gennaio 2006 – dicembre 2006):	**380**

I pazienti dell'Ambulatorio di omeopatia sono stati in prevalenza di sesso femminile: 1130 (65%) mentre i pazienti di sesso maschile sono 600 (35%) con età media di 32 anni (da un minimo di 3 mesi a un massimo di 88 anni).
I bambini di età inferiore o uguale ai 6 anni sono stati 268 (15.4%).
La stragrande maggioranza dei pazienti, n. 1.385 (80%) proviene dalla Provincia di Lucca; 345 (20%) invece da altre province e regioni.
Avevano utilizzato la terapia convenzionale per il trattamento delle patologie in atto al momento della visita 1185 pazienti, cioè il 68.5%. La maggioranza dei pazienti 1216 (71.2%) in precedenza non era mai ricorsa all'omeopatia per la cura dei propri disturbi. Invece hanno dichiarato di aver già utilizzato una terapia omeopatica in precedenza 514 dei pazienti (28.8%) totali.

I pazienti dell'Ambulatorio omeopatico di Lucca sono in prevalenza:

- studenti (23.2%)
- impiegati (21.3%)

- pensionati (9.6%).

Una buona percentuale è rappresentata da insegnanti: 8.0%, casalinghe: 7.5%, e personale sanitario: 7.0%, composto soprattutto da infermieri e qualche medico dell'ospedale stesso.

Le patologie prevalenti oggetto di terapia omeopatica presso l'Ambulatorio di Lucca sono anche quelle per le quali si hanno in letteratura più evidenze scientifiche di efficacia del trattamento, cioè le patologie:

- respiratorie 29%
- dermatologiche 16%
- gastrointestinali 13%
- psicologiche 12%

Le patologie prese in esame con maggiore frequenza sono state:

- disturbi derivanti da sindrome ansioso depressiva, 140 casi, l' 8.0 % di delle patologie osservate;
- forme respiratorie come l'asma allergica, 83 casi (4.8%), bronchiale 45 (2.6%) soprattutto le rinocongiuntiviti allergiche 123 (7%).
- casi pediatrici con infezioni acute respiratorie recidivanti: 115 (6.6%), tonsilliti, 39 (2.2%) e otiti ricorrenti 34 (2.0%) .
- dermatite: 29 casi con dermatite di natura da determinare (1.7%), atopica 92 casi (5.3%) e allergica 26 (1.5%),
- patologie del tratto digestivo: sindrome da intestino irritabile 99 casi (5.7%), gastrite 43 (2.4%).

Follow up dei pazienti

Sono stati considerati i pazienti affetti da patologie croniche e/o recidivanti, che sono ritornati per la visita di controllo dopo un intervallo di tempo minimo di 2 mesi.

Il totale dei pazienti presi in esame è quindi di 763 su 1730 visitati (44.1 %).

- Pazienti seguiti per almeno 2 mesi: 300 (40%)
- Pazienti seguiti per almeno 6 mesi: 153 (20%)
- Pazienti seguiti per almeno 12 mesi: 119 (16%)
- Pazienti seguiti per almeno 18 mesi: 43 (5%)
- Pazienti seguiti per almeno 24 mesi: 56 (7%)
- Pazienti seguiti per almeno 36 mesi: 45 (6%)
- Pazienti seguiti per almeno 48 mesi: 23 (3%)
- Pazienti seguiti per almeno 60 mesi: 14 (1.7%)
- Pazienti seguiti per almeno 72 mesi: 4 (0.5%)
- Pazienti seguiti per almeno 84 mesi: 6 (0.8%)

Effetto della terapia

I pazienti sono stati catalogati a partire dalla diagnosi del principale, disturbo per cui venivano a consulto, e quindi è stata fatta una tabella di valori dell'eventuale miglioramento ottenuto per quella sintomatologia dopo la terapia omeopatica, corrispondente alla percentuale di miglioramento riferito dal paziente stesso in relazione all'entità del disturbo al momento della prima visita, sul modello della Glasgow Homeopathic Outcome Scale.

Su 763 pazienti totali monitorati nel follow up (da settembre 1998 a dicembre 2006) si è registrato:

Peggioramento	=	(-1) lieve	4 (0.5%)
Nessun miglioramento	=	(0)	75 (10%)
Miglioramento del 20-30%	=	(1) lieve	130 (17%)
Miglioramento del 40-50%	=	(2) buono	169 (22%)
Miglioramento del 60-80%	=	(3) importante	237 (31%)
Miglioramento dell'80-100%	=	(4) risoluzione	148 (19.5%)

5.9 LA POLITICA DEL FARMACO

a) Erogazione diretta farmaci

Il progetto di erogazione diretta dei farmaci ad alto costo, iniziato in regime di Day Hospital o somministrazione ambulatoriale (Delibere G.R. 931/97 e 1440/97) nel giugno 1998, e successivamente convertito nel progetto di erogazione diretta dei farmaci con nota 37, è stato continuato come erogazione diretta dei farmaci di cui al PHT (Prontuario Ospedale Territorio) e dei farmaci di cui alla delib GR 135/02.
Attualmente l'erogazione diretta riguarda i farmaci a doppia via di distribuzione, i farmaci prescritti alla dimissione da ricovero e visita ambulatoriale, ai pazienti in ADI, ADP e residenti in RSA.
Tale progetto coinvolge varie strutture e soggetti: i reparti ospedalieri, i distretti, la farmacia ospedaliera, la farmaceutica territoriale, le RSA, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.
Il progetto assume un'importanza strategica per la nostra azienda in quanto permette di ottenere un notevole risparmio di risorse economiche fornendo al tempo stesso un servizio qualificato ai cittadini. Agli assistiti in dimissione o in cura presso le nostre strutture ambulatoriali viene fornita una prestazione più completa, con l'immediata disponibilità dei farmaci essenziali per il proseguimento della cura al domicilio.
Per gli assistiti che hanno difficoltà a recarsi presso le strutture di erogazione diretta è attivo un il servizio di consegna domiciliare, che viene gestito in collaborazione con le associazioni di volontariato.
Al fine di allargare la rete distributiva dei farmaci a doppia via di erogazione nel 2006 è stato stipulato un accordo con le farmacie convenzionate per l'erogazione per conto di un primo gruppo di farmaci. La nuova organizzazione, operativa dal 2007, prevede che questi farmaci siano resi disponibili nelle confezioni ospedaliere ai cittadini tramite le farmacie territoriali. L'erogazione avviene utilizzando un sistema di controllo via web che permette la visione centralizzata delle consegne e il controllo accurato delle scorte presenti sul territorio.

b) Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva

- Richieste di singoli pazienti

Con la delibera GR n.493/01 si autorizzano le aziende USL ad erogare gratuitamente agli assistiti che ne facciano richiesta farmaci non concedibili dal SSN, ma che si ritengono necessari per la particolare situazione clinica, e che comportino una notevole spesa a carico del cittadino, oltre a quanto già concesso dal SSN.

A seguito di tale delibera è stato istituito un apposito gruppo di lavoro aziendale, denominato GAP (Gruppo per l'Appropriatezza Prescrittiva), che è preposto all'analisi delle

domande per la verifica della concedibilità dei farmaci richiesti secondo i criteri della delibera regionale.

- Controllo delle prescrizioni soggette Piano Terapeutico (PT)

I Piani Terapeutici vengono registrati su apposito programma informatico e archiviati presso la Farmaceutica Territoriale.
Le ricette spedite presso le farmacie convenzionate e contenenti farmaci soggetti a Piano Terapeutico vengono identificate utilizzando il sistema ARGO, archiviate separatamente e sottoposte a verifica attraverso l'incrocio con i dati dell'archivio dei PT.

Le ricette che risultano mancanti del relativo Piano vengono sottoposte alla verifica del responsabile di Zona Distretto, per l'eventuale contestazione al medico prescrittore.

c) La farmacovigilanza su farmaci e vaccini

Le linee direttive nazionali in tema di farmacovigilanza prevedono la creazione di un 'Centro di farmacovigilanza' in ciascuna azienda USL.
In base alla Del. Reg. n. 613/2004 e 1180/2005 è stato attivato un sistema regionale che prevede una struttura organizzata su tre livelli (ASL - Area Vasta - Regione) che collaborano attivamente e adottano le necessarie iniziative atte a promuovere le segnalazioni spontane.
Nella nostra azienda le funzioni di farmacovigilanza erano state già in precedenza assegnate alla U.O. Farmaceutica Territoriale, individuando come responsabile il direttore dell'U.O., che ha attualmente l'accesso diretto alla rete telematica di sorveglianza nazionale per l'inoltro di tutte le segnalazioni di reazione avversa che pervengono al centro.
Nel 2006 è stato migliorato il sistema di informazione per i medici prescrittori e la sensibilizzazione degli stessi alle problematiche della farmacovigilanza.

d) La vigilanza sui Dispositivi medici (Decreti 42/93 e 46/97 Art.57 Finanziaria 2003 CUD) DM 22/9/2005 E DM 15/11/2005

Presso la farmacia ospedaliera sono attivi i servizi di vigilanza sulle reazioni avverse da Dispositivi Medici. La vigilanza si è attuata anche attraverso la partecipazione attiva alle gare di area vasta, attraverso la stesura dei capitolati, l'attenta valutazione delle caratteristiche dei prodotti e la scelta degli stessi.

e) Il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata

Nel 2006 la farmaceutica territoriale ha collaborato alle iniziative intraprese dai responsabili di zona-distretto per il contenimento e la qualificazione della spesa farmaceutica, attraverso la predisposizione dei reports personalizzati per i medici di medicina generale, e di altre tabelle descrittive dell'andamento della spesa, da utilizzare nell'ambito degli incontri con i singoli medici e con i gruppi o Equipe Territoriale, a livello zonale e nell'ambito degli accordi aziendali.
Al fine di incrementare la quota di farmaci distribuiti direttamente sono stati prodotti reports ad hoc sia per i medici MMG che per gli specialisti ospedalieri.

r) Il contenimento della spesa ospedaliera per farmaci e dispositivi medici

Nel 2006 la farmaceutica ospedaliera ha collaborato alle iniziative intraprese dalla direzione del presidio ospedaliero per il contenimento e la qualificazione della spesa ospedaliera, alla luce delle assegnazioni di budget ai singoli reparti.
Sono stati predisposti reports analitici per la valutazione dell'andamento dei consumi delle UU.OO. che nel corso dell'anno hanno presentato gli scostamenti più significativi.

g) Costituzione della Commissione aziendale per la valutazione dell'appropriatezza prescrittivi dei farmaci (D.G.R. n.995/2005)

Nell'anno 2006 la commissione per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva presieduta dal Presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Lucca ha iniziato il lavoro di revisione di alcuni gruppi di farmaci a prescrizione monitorata dalla delibera GR 463/06 (sartani, inibitori di pompa acida, statine) producendo documenti di valutazione che sono stati portati a conoscenza dei medici prescrittori dell'azienda.

h) Elaborazione del PTAV – NO

Nel 2006 è stata avviata l'elaborazione del nuovo prontuario terapeutico di Area Vasta a cura della Commissione Terapeutica di Area Vasta, a cui partecipano 3 rappresentati per ciascuna azienda USL. Il lavoro di revisione è finalizzato alla stesura di un unico prontuario da adottare in tutti gli ospedali dell'area vasta che corrisponda a criteri di efficacia e appropriatezza.
La stesura definitiva è prevista per il mese di aprile 2007.

Allegato a

SCHEDA-PROGETTO CON I RISULTATI RAGGIUNTI

SEZIONE VI CORREDO DOCUMENTALE

Tabella n. 1 - L'articolazione distrettuale: l'assetto a fine anno rispetto a quello programmato nel PAL
Tabella n. 2 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri
Tabella n. 3 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri dei residenti per tipologia di struttura e confronto con l'anno precedente
Tabella n. 4 - I servizi ospedalieri in rete: posti letto in esercizio
Tabella n. 5 - I servizi sanitari territoriali e il loro sviluppo: assistenza domiciliare integrata, cure domiciliari, strutture e modalità assistenziali innovative
Tabella n. 6 - La struttura della spesa per livelli di assistenza: anno 2002 e confronto con l'anno precedente
Tabella n. 7 - La struttura della spesa per le convenzioni nazionali Convenzioni mediche nazionali
Tabella n. 7/a - La struttura della spesa per i trasporti sanitari
Tabella n. 8 - Lo sviluppo della rete dei presidi: il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale(interventi finanziati) - dato aziendale
Tabella n. 9 - Il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) - dato aziendale
Tabella n. 10 - Il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) - dato aziendale
Tabella n. 11 - Qualità aziendale: i progetti di miglioramento più significativi (max 5) portati a conclusione nell'anno
Tabella n. 12 - La comunicazione: Iniziative di comunicazione interna
Tabella n. 13 - La comunicazione: Iniziative di comunicazione esterna
Tabella n. 14 - La comunicazione: costi aziendali
Tabella n. 15 - La carta dei servizi: gli impegni dichiarati
Tabella n. 17 - La promozione della cultura della salute: dati di spesa
Tabella n. 18 - La formazione del personale: tematiche e ambiti formativi dell'azienda
Tabella n. 19 - La formazione del personale: esperienze significative portate a conclusione nell'anno
Tabella n. 20 - La formazione del personale: investimento aziendale
Tabella n. 21 - L'accreditamento: elenco dei presidi del "Programma accreditamento" accreditati nell'anno di riferimento
ALLEGATO Tab. 21 - L'accreditamento

6.1 TABELLE:

Tabella n. 1 - L'articolazione distrettuale: l'assetto a fine anno rispetto a quello programmato nel PAL.

ASSETTO PROGRAMMATO NEL PAL			ASSETTO ALLA FINE DELL'ANNO 2006		
DENOMINA-ZIONE DEL DISTRETTO	**COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE**	**POPOLAZIONE**	**DENOMINAZIONE DEL DISTRETTO**	**COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE**	**POPOLAZIONE**
			Lucca	Lucca Pescaglia Capannori Porcari Altopascio Montecarlo Villa Basilica	162.551
Valle del Serchio	Tutti i comuni della Valle	58.619	**Valle del Serchio**	Tutti i comuni della Valle	58.619
	Popolazione Totale	**221.170**		**Popolazione Totale**	**221.170**

Tabella n. 2 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri.

Anno 2005

Ricoveri per residenti ovunque ricoverati	34.849

Ricoveri nei propri presidi

Ricoveri per residenti ricoverati nei propri presidi	24.006
Ricoveri per non residenti	4.217
Totale	28.223

Grado di copertura del fabbisogno interno	68,9
Indice di attrazione	14,9

Indici di efficienza relativi ai propri presidi

		Durata media della degenza o del ciclo	Tasso di occupazione %	Indice di rotazione
Ricoveri per acuti	Ciclo continuo 19.538	7,8	68,8	32,3
	Di cui DH 8.260	4,7	205,8	102,2
Riabilitazione	Ciclo continuo 292	31,1	83,0	9,7
	Di cui DH 0			

N.B.: i ricoveri sono conteggiati indipendentemente dall'onere della degenza e dalla posizione a compensazione; sono esclusi i neonati sani, i DH farmacologici, i ricoveri in strutture non convenzionate; le giornate conteggiate sono relative ai ricoveri filtrati secondo le direttive della regione Toscana.

Tabella n. 3 - I servizi ospedalieri in rete: andamento dei ricoveri dei residenti per tipologia di struttura e confronto con l'anno precedente.

Anno precedente

N° ricoveri per residenti	USL	AO	PRIVATO	ALTRO	**TOTALE**	***Tasso di ospedalizzazione*** ***Anno 2005***
Funzioni di base	27.742	3.485	1.532	179	**32.938**	152,5
Funzioni regionali	357	1.742	67	126	**2.292**	10,6
Totale	**28.099**	**5.227**	**1.599**	**305**	**35.230**	163,1

Anno di riferimento

N° ricoveri per residenti	USL	AO	PRIVATO	ALTRO	**TOTALE**	***Anno 2006***
Funzioni di base	27.300	3.496	1.553	222	**32.571**	150,5
Funzioni regionali	345	1.737	57	139	**2.278**	10,5
Totale	**27.645**	**5.233**	**1.610**	**361**	**34.849**	161,0

Tabella n. 4 - I servizi ospedalieri in rete: posti letto in esercizio

Presidi di zona	**Posti letto** area medica (1)		area chirurgica		area terapie intensive		area materno infantile (2)		**TOTALE**		**Posti letto** riabilitazione attività ordinaria		alta specialità	
	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.	ciclo continuo	D.H.
1) **Lucca**	194	32	141	26	34	2	71	7	440	67	0	0		
2) **Valle del Serchio**	79	4	25	4	0	0	32	4	136	12	30	0		
Totale aziendale	**273**	**36**	**166**	**30**	**34**	**2**	**103**	**11**	**576**	**79**	**30**	**0**		

(1) incluso Psichiatria e Astanteria
(2) incluso Nido

Tabella n. 5 - I servizi sanitari territoriali e il loro sviluppo: assistenza domiciliare integrata, cure domiciliari, strutture e modalità assistenziali innovative

Assistenza domiciliare integrata

NUMERO PAZIENTI IN ADI (anno precedente)	2.253
NUMERO PAZIENTI IN ADI (anno di riferimento)	2038* **
OBIETTIVO DI FINE TRIENNIO	

** Nel dato non sono inclusi i prelievi sporadici che, in base al nuovo regolamento, vengono conteggiati a parte.*
*** di cui 122 ADI di terzo livello.*

Cure domiciliari

	ATTIVATE NEL 2006	N. PAZIENTI TRATTATI	OBIETTIVO PAZIENTI PER ANNO
PAZIENTE ONCOLOGICO	318	318	
PAZIENTE AFFETTO DA AIDS	20	20	25
PAZIENTE TERMINALE			
PAZIENTE AFFETTO DA PATOLOGIE SOCIALI			

Strutture e modalità assistenziali innovative

	POSTI TECNICI	TRATTAMENTI PER ANNO	CASI PER ANNO
FORESTERIA			
ALBERGO SANITARIO			
OSPEDALE DI COMUNITA'			
DIURNO PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE			
OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE			

Tabella n. 6 - La struttura della spesa per livelli di assistenza: anno 2006 e confronto con l'anno precedente.

Spesa anno 2006 per livelli di assistenza

Spesa in €

	totali parziali		totali di gruppo	% su totale	diff. % tra spesa anno 2005 e anno 2006 per i totali di gruppo
1 Prevenzione collettiva	15.140.988		15.140.988	4,31%	0,26%
2 Assistenza sanitaria territoriale	188.988.781		188.988.781	53,75%	-1,12%
2.1 Assistenza sanitaria di base	21.630.624			6,15%	-0,49%
2.1.1 Medicina generale		16.231.811		4,62%	-0,32%
2.1.2 Pediatria di libera scelta		3.271.276		0,93%	-0,13%
2.1.3 Attività di continuità assistenziale		2.127.537		0,61%	-0,05%
2.2 Farmaceutica	59.836.379			17,02%	-0,60%
2.3 Distrettuale	21.104.751			6,00%	0,37%
2.3.1 Attività distrettuali		12.998.771		3,70%	0,27%
2.3.2 Emergenza sanitaria territoriale		8.105.980		2,31%	0,09%
2.4 Riabilitazione	8.429.576			2,40%	0,08%
2.4.1 Riabilitazione funzionale		3.482.611		0,99%	0,05%
2.4.2 Handicap		2.450.511		0,70%	-0,02%
2.4.3 Assistenza protesica		2.105.737		0,60%	0,05%
2.4.4 Assistenza termale		390.716		0,11%	0,00%
2.5 Assistenza ai non autosufficienti	10.225.480			2,91%	-0,07%
2.5.1 Residenziale		10.225.480		2,91%	-0,07%
2.5.2 Semiresidenziale		-		0,00%	0,00%
2.6 Specialistica	50.289.679			14,30%	-0,58%
2.6.1 Specialistica		25.447.650		7,24%	0,80%
2.6.2 Diagnostica strumentale		24.842.029		7,07%	-1,39%
2.7 Salute mentale	13.728.033			3,90%	0,32%
2.7.1 SPDC, semiresidenziale e ambulatoriale		10.559.674		3,00%	0,32%
2.7.2 Residenziale		3.168.359		0,90%	0,00%
2.8 Dipendenze sert e alcolismo	3.015.214			0,86%	0,05%
2.8.1 Ambulatoriale		2.512.263		0,71%	-0,04%
2.8.2 Residenziale		502.950		0,14%	0,11%
2.9 Hospice e ospedale di comunità	729.045			0,21%	-0,19%
3 Assistenza ospedaliera	147.460.780		147.460.780	41,94%	0,86%
3.1 Ricovero ospedaliero		141.082.140		40,13%	0,80%
3.2 Emergenza urgenza		6.378.640		1,81%	0,06%
Totali			**351.590.548**	**100,00%**	

NOTA: Riportare la spesa sostenuta per le prestazioni erogate direttamente tramite i propri presidi e i presidi privati accreditati (ex convenzionati) localizzati nel territorio dell'azienda ed il saldo per le compensazioni infraregionali e interregionali.

Tabella n. 7 - La struttura della spesa per le convenzioni nazionali . Anno 2006.

Convenzioni mediche nazionali

	Totali parziali	Totali di gruppo
1. Medicina Generale (ACN dei MMG del 23.03.05)		**21.787.744**
di cui -1.1. Medicina generale	16.199.912	
-1.2. Medicina emergenza sanitaria territoriale	3.428.455	
-1.3. Medicina continuità assistenziale	2.116.744	
-1.4. Medicina dei servizi	42.633	
2. Pediatria di libera scelta (ACN dei PLS del 15.12.05))		3.257.025
3. Specialistica ambulatoriale (ACN Specialisti Ambulatoriali del 23.03.05)		2.540.213
TOTALE		**27.584.982**

Tabella n. 7/a - La struttura della spesa per i trasporti sanitari

Trasporti sanitari:

	Totali parziali	Totali di gruppo
Trasporti sanitari ordinari	2..392.886,96	
Trasporti sanitari di emergenza	508.857,87	
TOTALE		**2.901.744,83**

Valori espressi in euro

Tabella n. 8 - Lo sviluppo della rete dei presidi: il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione o di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) - dato aziendale

Settore di intervento	**Flusso di spesa previsto per il 2005 (PAL/PAO) (1)**	**Spesa effettiva 2006**
Ospedali		3.096.954,63
AIDS		
Anziani		1.012.352,27
Disabili		
Psichiatria		36.067,88
Poliambulatori		196.419,40
Distretti		7.061,77
Altro		3.412.019,43
Totale		7.760.875,39

Valori espressi in euro

(1) Importo secondo l'avanzamento lavori

Tabella n. 9 - Il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) - dato aziendale

Edilizia ospedaliera:

Settore di intervento	Risorse finanziarie previste per il 2006 (PAL/PAO)	Spesa effettiva 2006
Mantenimento strutture		1.516.133,32
Mantenimento impianti tecnologici		758.875,35
Acquisizione e manutenzione apparecchiature elettromedicali		

Valori espressi in euro

di cui per "programma accreditamento":

interventi	Risorse finanziarie previste per il 2006 (PAL/PAO)	Spesa effettiva 2006

Tabella n. 10 - Il patrimonio immobiliare, interventi di nuova edificazione di riorganizzazione funzionale (interventi finanziati) - dato aziendale

Edilizia extraospedaliera:

Settore di intervento	Risorse finanziarie previste per il 2006 (PAL/PAO)	Spesa effettiva 2006
Mantenimento strutture		909.300,58
Mantenimento impianti tecnologici		227.710,18
Acquisizione e manutenzione apparecchiature elettromedicali		

di cui per "programma accreditamento":

interventi	Risorse finanziarie previste per il 2006 (PAL/PAO)	Spesa effettiva 2006

Valori espressi in euro

Tabella n. 11 - Qualità aziendale: i progetti di miglioramento più significativi (max 5) portati a conclusione nell'anno

Descrizione	Obiettivo	Risultati raggiunti
1) Certificazione UNI ISO 9000: 2000 dell'Area di Laboratorio e delle singole UU.OO (U.O. Analisi Chimico Cliniche, U.O. Anatomia Patologica, U.O. Biochimica Clinica, U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale)	Rinnovo Certificazione UNI EN ISO 9001: 2000, (numero di registrazione 3810 del 23/07/03) in seguito a Verifica Ispettiva Esterna dell'Ente di Certificazione Cermet effettuata in data16/06/06.	Miglioramento continuo dell'attività nell'Area di Laboratorio con monitoraggio di indicatori, effettuazioni di azioni correttive e di miglioramento, revisione di procedure e protocolli condivisi, Verifiche Ispettive Interne propedeutiche alla Verifica Ispettiva Esterna.
2) Accreditamento dell' attività di Cardiologia Invasiva presso la U.O. Cardiologia del P.O. di Lucca con superamento della verifica dell'attività e dei risultati da parte della Commissione Regionale nel giugno 2006.	Rilascio Accreditamento Istituzionale Regione Toscana (Decreto Dirigenziale Regione Toscana n° 2723 del 6/6/06).	Pieno regime delle attività di Cardiologia Invasiva con effettuazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche altamente specialistiche. Applicazione di procedure e protocolli condivisi, monitoraggio dati qualitativi e quantitativi dell'attività,esecuzione di Audit interni propedeutici alla Verifica Esterna Regionale
3) Certificazione ISO 9001:2000 della Banca Regionale tessuti e Cellule-Centro Conservazione Cornee - Azienda USL 2 Lucca	Mantenimento Certificazione in seguito a Verifica Ispettiva Esterna dell'Ente di Certificazione Bureau Veritas effettuata in data 1/12/06.	Miglioramento continuo del Sistema Qualità nella processazione, banking, validazione ed assegnazione di tessuto corneale e membrana amniotica da donatore per scopo di trapianto.

Tabella n. 12 - La comunicazione: Iniziative di comunicazione interna *

Descrizione	Obiettivo	Strumenti adottati per la verifica dell' iniziativa	In corso	Conclusa	Se conclusa riportare i risultati conseguiti
News mensili - distribuzione mensile con la busta paga di un bollettino contenente una sintesi dei principali fatti del mese, assunzioni e pensionamenti, relazioni sindacali, avvisi vari, risultati di progetti specifici, comunicazioni a richiesta	Maggiore consapevolezza e condivisione degli obiettivi/politiche aziendali	12 numeri pubblicati nell'anno		X	Pubblicati 12 numeri/anno, inviati a tutti i dipendenti dell'Azienda USL in allegato alla busta-paga
Rete intranet - servizi a supporto delle attività interne, informazioni di servizio, flussi interni, modulistica, documentazione varia	Miglioramento della conoscenza dell'organizzazione aziendale, sviluppo delle relazioni interne e della collaborazione fra UU.OO.	Servizi messi in rete/ accesso del personale ai servizi	**X**		
Rassegna stampa - Diffusione mediante supporto cartaceo e posta elettronica di articoli di interesse sanitario e aziendale pubblicati sui quotidiani nazionali e locali	Sviluppo senso di appartenenza	Effettuazione giornaliera della rassegna stampa		**X**	La rassegna stampa viene pubblicata giornalmente sul sito intranet aziendale
Indagini per la rilevazione del clima interno - il clima interno organizzativo è l'espressione della morale delle persone e della loro capacità di far fronte agli impegni con convinzione e partecipazione	Individuare il grado di soddisfazione di tutte le componenti interne del sistema azienda	Numero dipendenti coinvolti nell'indagine/numero di questionari compilati		**X**	Tasso di risposta: 52,2%
12 Progetti Speciali per la Salute - diffusione capillare al personale della pubblicazione "12 Progetti Speciali per la Salute", redatta dalla Regione Toscana	Accrescere negli operatori la consapevolezza del proprio ruolo; favorire azioni di tipo intersettoriale, con l'impegno di più soggetti appartenenti a diverse strutture aziendali	n. operatori sanitari/numero di invii effettuati		**X**	Invio della pubblicazione a tutti gli operatori sanitari

Percorsi di attività motoria previsti dalla delibera GRT 595/2005 - presentazione agli operatori interni dei percorsi assistenziali definiti dalla delibera GRT 595/2005	Assicurare una adeguata informazione agli operatori interni sui nuovi percorsi riabilitativi	Realizzazione azioni di comunicazione		**X**	I percorsi assistenziali definiti dalla delibera GRT 595/2005 sono stati portati a conoscenza di tutti i dipendenti tramite il giornalino interno; è stato effettuato un incontro formativo/informativo con gli operatori dei settori coinvolti nell'attuazione delle varie fasi del percorso
Carta dei servizi - informazioni ai cittadini su prestazioni erogate, modalità di accesso, orari, sedi, numeri telefonici e personale di riferimento, standard, impegni, modalità di tutela e partecipazione	Maggiore consapevolezza e diffusione degli obiettivi/politiche aziendali	Revisione annuale carta dei servizi. Conferenza dei servizi, diffusione della carta		**X**	La revisione annuale della Carta dei Servizi è stata effettuata ed è stata organizzata la Conferenza dei Servizi – la Carta dei Servizi è stata distribuita internamente alle varie strutture organizzative

* in riferimento anche ai temi della Carta dei Servizi

Tabella n. 13 - La comunicazione: Iniziative di comunicazione esterna *

Descrizione	Obiettivo	Strumenti adottati per la verifica dell'iniziativa	In corso	Conclusa	Se conclusa riportare i risultati conseguiti
Prevenzione e cura dei tumori - Incontri mirati con la popolazione; campagna di informazione e di sensibilizzazione all'adesione degli screening; divulgazione di materiale informativo; proseguo delle attività del progetto "Ospedali senza fumo"; diffusione di informazioni tramite la stampa locale	Responsabilizzare i cittadini sui temi inerenti il concetto di salute rapportato ai propri stili di vita; ridurre l'insorgenza dei tumori attraverso l'attivazione di iniziative atte a modificare stili di vita a rischio; sensibilizzare la popolazione bersaglio ad aderire agli screening al fine di una diagnosi precoce	Realizzazione azioni	X		
Interventi di sorveglianza a favore della popolazione anziana - Incontri-dibattito su tematiche riguardanti corretti stili di vita e prevenzione di patologie della terza età; campagna di informazione; diffusione di informazioni tramite la stampa locale	contribuire al mantenimento dell'equilibrio psicofisico e sociale dell'individuo mediante iniziative di informazione, di promozione della salute	Realizzazione azioni	X		
Il controllo della cura del dolore - divulgazione materiale informativo; promozione di eventi sul tema; completamento del corso base sul dolore per medici ed infermieri nei reparti dell'area medica	Introdurre strumenti adeguati per rispondere in modo mirato al problema del dolore, realizzando un efficace controllo nelle situazioni in cui si manifesta; promozione della disponibilità di analgesici; assicurare l'informazione ai pazienti sulla cura del dolore; sensibilizzazione degli operatori sanitari	Realizzazione azioni	X		
Nascere in Toscana: -Consegna a tutte le donne all'inizio della gravidanza del libretto per il monitoraggio della gravidanza; elaborazione di opuscoli informativi sul parto indolore; divulgazione di opuscoli informativi per la promozione dell'allattamento al seno; realizzazione di un corso di formazione rivolto agli operatori dell'Area Materno-	Assicurare a tutte le donne in attesa una adeguata informazione sulla continuità dell'assistenza offerta durante la gravidanza; garantire una corretta informazione sul parto indolore; promuovere	Realizzazione azioni	X		

Infantile sul tema del rapporto donne immigrate – servizi socio-sanitari; attivazione sportelli di mediazione linguistica nella Zona Distretto valle del Serchio; promozione di una iniziativa pubblica sul tema delle problematiche delle donne immigrate	l'allattamento al seno; favorire il superamento delle barriere linguistiche e comunicative fra operatori sanitari e donne immigrate				
Il sistema di emergenza urgenza - Incontri con le scuole, la popolazione, gruppi di volontari sul corretto utilizzo del 118 e su nozioni di primo soccorso; accoglienza dei familiari dei pazienti del P.S. da parte delle Associazioni AVO e AVULS; distribuzione di materiale informativo nella sala d'attesa del P.S.	Sensibilizzazione al corretto utilizzo del 118 e del Pronto Soccorso da parte degli utenti al fine di evitare chiamate inutili e disagi alle vere urgenze; alleviare l'ansia dei familiari dei fruitori al P.S. al fine di migliorare il clima nella sala d'attesa; collaborazione con la Regione Toscana per campagne su "Sicurezza in montagna", "Sulla neve in sicurezza", "Per un'estate sicura al mare"	Realizzazione azioni	**X**		
Visite specialistiche: un obiettivo di qualità - Distribuzione materiale informativo ai punti CUP; effettuazione di monitoraggi periodici dei tempi di attesa; invio dei monitoraggi ai rappresentanti delle Associazioni di tutela componenti del tavolo permanente di confronto e verifica istituito presso l'Azienda; diffusione di informazioni tramite la stampa locale	Assicurare una corretta informazione ai cittadini sui tempi di attesa - 15 giorni - che l'Azienda deve garantire per la prenotazione delle sette visite specialistiche	Realizzazione azioni	**X**		
Alimentazione e salute –Sicurezza alimentare - Adesione al progetto regionale "Sicurezza alimentare – Occhio al piatto", che consiste in una mostra itinerante sull'alimentazione; allestimento di una "casina" composta da una cucina fornita delle comuni apparecchiature, al fine di dimostrare praticamente le modalità di una corretta gestione in ambito familiare: acquisto, preparazione, cottura e conservazione dei cibi; incontri tematici	Far acquisire alla popolazione in generale ed ai giovani in particolare il concetto di "cibo e salute" orientandoli ad un consumo consapevole; favorire il benessere psicofisico promuovendo la pratica sportiva coniugata con una corretta alimentazione	Realizzazione azioni	**X**		

coinvolgendo alunni delle scuole, gruppi di genitori, gruppi di consumatori; adesione al progetto regionale "Mare Costa e dintorni: percorsi educativi tra cultura, tradizioni, ambiente e salute nei parchi naturali della Toscana"; giornata nazionale di informazione e sensibilizzazione su sovrappeso e salute "Obesity Day"; diffusione di informazioni tramite la stampa locale					
La salute nei luoghi di lavoro - Realizzazione di percorsi educativi e formativi finalizzati a sviluppare la conoscenza dei rischi e dei danni connessi agli ambienti di lavoro, all'utilizzo dei mezzi di prevenzione e all'acquisizione di comportamenti consapevoli ed adeguati alle varie situazioni di rischio; pubblicazione del periodico d'informazione per la sicurezza e la salute sul lavoro, "La Voce della Prevenzione"; diffusione di informazioni tramite la stampa locale	Acquisizione dei diritti, dei doveri e delle responsabilità in materia di salute e sicurezza; acquisizione dei principi generali delle normative sull'igiene e sicurezza del lavoro; miglioramento della percezione del rischio e della capacità di orientarsi nel sistema della prevenzione aziendale	Realizzazione azioni	**X**		
Percorsi di attività motoria previsti dalla delibera GRT 595/2005 - Informazione ai cittadini tramite la diffusione di materiale informativo specifico e attraverso gli organi di informazione locali sui percorsi assistenziali definiti dalla delibera GRT 595/2005	Facilitare l'accesso dei cittadini ai percorsi riabilitativi	Realizzazione azioni		**X**	E' stata realizzata una trasmissione televisiva ed effettuati comunicati stampa sul tema; è stato realizzato specifico materiale informativo, distribuito presso le strutture aziendali e presso gli ambulatori dei MMG
Carta dei servizi: informazioni ai cittadini su prestazioni erogate, modalità di accesso, orari, sedi, numeri telefonici e personale di riferimento, standard, impegni, modalità di tutela e partecipazione	Tutela dei diritti e partecipazione	Revisione annuale carta dei servizi. Conferenza dei servizi, diffusione della carta	**X**		La revisione annuale della Carta dei Servizi è stata effettuata ed è stata organizzata la Conferenza dei Servizi – la Carta dei Servizi è stata diffusa attraverso gli Enti e le Associazioni dei cittadini

* in riferimento anche ai temi della Carta dei Servizi

Tabella n. 14 - La comunicazione: costi aziendali

	Costi sostenuti nell'anno in corso
Interventi comunicazione interna	Euro 41.930,24
Interventi comunicazione esterna	Euro 63.762,04
Personale	Euro 565.206,48
Totale	Euro 670.898,76

Tabella n. 15 - La carta dei servizi: gli impegni dichiarati

Impegni dichiarati sulla carta dei servizi	Settore di interesse	Standard di qualità nell'anno	Indicatore calcolato sull'anno di riferimento
L'Azienda si impegna a garantire la riconoscibilità del personale che svolge servizio al pubblico	Aspetto relazionale	100% del personale al pubblico con elementi di riconoscimento	Numero del personale dotato del cartellino di riconoscimento / numero totale del personale
L'Azienda si impegna a garantire il miglioramento dei rapporti tra gli utenti e il personale ad immediato contatto con essi	Aspetto relazionale	a) Tutto il personale addetto al pubblico ha frequentato corsi di formazione iniziati nell'anno precedente; b) Decremento percentuale reclami sugli aspetti relazionali	a) Numero del personale ad immediato contatto con utenti che ha seguito corsi di formazione/ numero totale del personale ad immediato contatto con utenti; b) Numero reclami sugli aspetti relazionali/ numero totale dei reclami
L'Azienda si impegna a garantire nei presidi di ricovero l'estensione delle fasce orarie di visita	Umanizzazione	a) Presenza nel 100% delle strutture di degenza della procedura scritta; b) presenza nel 100% delle strutture di opuscolo accoglienza	a) Esistenza di procedura scritta che precisa gli orari in cui non è possibile l'ingresso in relazione alle diverse esigenze nelle varie strutture; b) Informazioni all'utente su opuscolo accoglienza
L'Azienda si impegna a consentire per la degenza dei bambini la presenza continuativa di un familiare, la continuità scolastica in caso di ricovero prolungato, spazi dedicati al gioco	Umanizzazione	a) Presenza nel 100% delle strutture di degenza della procedura scritta; b) presenza nel 100% delle strutture di degenza dell'opuscolo di accoglienza; c) presenza per ogni posto letto di un arredo idoneo a riposare per i familiari dei bambini ricoverati; d) presenza di uno spazio giochi nella U.O. di Pediatria;	a) Esistenza di procedura scritta che consenta la presenza "continua" di un familiare accanto ai bambini e la continuità scolastica in caso di ricovero prolungato b) informazioni all'utente su opuscolo accoglienza; c) disponibilità di un arredo idoneo a riposare per i familiari dei bambini ricoverati; d) presenza nelle U.O. di pediatria di spazi dedicati al gioco; e) m.q. di superficie degli spazi destinati a scopi ricreativi per bambini ricoverati in U.O. di Pediatria/N° posti letto in Pediatria

L'Azienda si impegna a garantire la mediazione culturale per persone straniere e di diverse religioni	Umanizzazione	a) Presenza nel 100% delle strutture di degenza dell'informazione sul foglio accoglienza; b) esistenza procedura aziendale che consenta la possibilità della presenza del proprio ministro di culto; c) presenza nel 100% dei Presidi di guida informativa in cui, tra l'altro, sia esplicitata la possibilità di poter attivare un mediatore culturale	a) Informazione riportata sul foglio accoglienza anche nelle lingue straniere più importanti; b) a richiesta, possibilità presenza Ministro del proprio culto; c)disponibilità all'occorrenza di personale addetto o gruppo interpretariato; d) presenza di guida informativa ai servizi per stranieri
L'Azienda si impegna a garantire l'umanizzazione del momento della morte	Umanizzazione	Prevista procedura per accedere a terapie palliative, terapia del dolore; realizzazione iniziative formative e informative	a) Presenza di personale e strutture in grado di garantire una qualità di vita consona alla dignità della persona (es. non accanimento terapeutica, terapia del dolore); b) iniziative formative e informative e consulenza di centri ospedalieri ad hoc (terapie palliative, terapia del dolore); c) n. personale coinvolto in percorsi formativi; d) n. terapie del dolore e terapie palliative effettuate
L'Azienda si impegna a garantire la piena funzionalità e visibilità dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico	Informazione e comunicazione	a) Presenza di linee telefoniche dedicate e/o esistenza di un numero verde per l' informazione; b) presenza di sito internet con informazioni aggiornate c)presenza nel 100% dei presidi aziendali di almeno un punto informativo collegato all'URP ;	a) Presenza di linee telefoniche dedicate e/o esistenza di un numero telefonico informativo; b) presenza di sito internet aziendale con informazioni aggiornate; n. di accessi al sito/mese; c) presenza in ogni presidio aziendale di almeno un punto informativo collegato all'URP; d) n.° punti informativi localizzati in presidi aziendali/n.°totale zone;
L'Azienda si impegna a garantire la presenza di un numero telefonico unico dedicato all'orientamento del cittadino/utente per l'accesso ai servizi sanitari, attivo per tutto l'arco della giornata, e la sua visibilità	Informazione e comunicazione	Esistenza di numero telefonico unico dedicato all'orientamento del cittadino/utente per l'accesso ai servizi sanitari, attivo per tutto l'arco della giornata e garanzia della sua visibilità	a) Esistenza di un numero telefonico dedicato; b) orario del servizio nell'arco della giornata; c) n.linee telefoniche dedicate /popolazione di riferimento; d) n. contatti telefonici/popolazione x 1000; e) strumenti utilizzati per pubblicizzare il servizio;

L'Azienda si impegna a garantire la consegna, all'atto del ricovero, di un opuscolo informativo sul presidio di ricovero per gli aspetti che interessano il paziente	Informazione e comunicazione	Consegna dell'opuscolo informativo al 100% dei ricoverati	Numero degenti che hanno ricevuto l'opuscolo informativo/numero totale dei ricoverati
L'Azienda si impegna a garantire alle Associazioni di Volontariato e Tutela con le quali ha stipulato protocolli di intesa gli spazi per l'attività di accoglienza/informazione nei confronti del cittadino	Informazione e comunicazione	Presenza di uno spazio dedicato in almeno un presidio ospedaliero	Presenza di spazio dedicato
L'Azienda si impegna a garantire i processi di informazione e di espressione del consenso informato da parte del paziente o di chi per esso	Informazione e comunicazione	Rispetto delle modalità previste dalla procedura	a) Esistenza di una procedura specifica; b) informazione riportata sul foglio accoglienza; c) registrazione sulla cartella clinica; d) %reclami; e) % utenti informati rispetto al totale
Azienda si impegna a garantire l'ottenimento di notizie cliniche da parte del ricoverato stesso e/o dei familiari, nel rispetto della privacy del paziente	Informazione e comunicazione	Presenza nel 100% di Unità Operative di degenza di cartello informativo su medico di riferimento, ubicazione stanza in cui il medico riceve i familiari, orario di ricevimento	a) Esistenza di una procedura scritta di livello aziendale che preveda per ogni struttura organizzativa l'acquisizione di notizie cliniche da parte del ricoverato e/o dei familiari del ricoverato, nel rispetto della privacy del paziente; b) % Unità Operative in cui è affisso un cartello in cui vengono indicati: medico di riferimento, ubicazione stanza in cui il medico riceve i familiari, orario di ricevimento
L'Azienda si impegna a garantire la consegna ai dimessi della relazione sanitaria per il medico di medicina generale o per il pediatra di libera scelta	Informazione e comunicazione	Consegna della relazione a tutti i pazienti dimessi	Numero dimessi a cui viene consegnata la relazione sanitaria per il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta/numero totale dei dimessi
L'Azienda si impegna a garantire criteri di accuratezza , completezza, leggibilità e identificabilità dell'operatore nella documentazione clinica	Informazione e comunicazione	Incremento documentazione sanitaria conforme	% Casi di documentazione sanitaria (cartella clinica, cartella infermieristica, referti) conformi a questi criteri sul totale (indagine a campione)
L'Azienda si impegna a garantire il funzionamento dell'UCAP (Ufficio Coordinamento Attività Produttive)	Informazione e comunicazione	Tempo di attesa massimo uguale a 30 giorni	Tempo di attesa per la valutazione del procedimento
L'Azienda si impegna a garantire la piena funzionalità del Numero Verde per la prevenzione degli incidenti sul lavoro	Informazione e comunicazione	Esistenza e funzionalità del Numero Verde	Esistenza di una procedura scritta per la gestione del Numero Verde

L'Azienda si impegna a garantire per l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche di routine il tempo massimo previsto dai provvedimenti regionali	Tempi e accessibilità	Incremento di prestazioni specialistiche di routine e diagnostiche entro tempi di attesa massimi previsti	Numero prestazioni specialistiche e diagnostiche di routine con accesso entro i tempi previsti/numero totale prestazioni specialistiche
L'Azienda si impegna a garantire la consegna dei referti analitici entro 5 giorni, salvo tipologie di esami dichiarati	Tempi e accessibilità	Incremento dei referti consegnati con tempo di attesa inferiore o uguale a 5 giorni	Numero referti consegnati dopo 5 giorni/numero totale dei referti consegnati esclusi gli esami che appartengono a tipologie particolari dichiarate
L'Azienda si impegna a garantire, nel caso che l'assistito decida, nonostante il disservizio subito , di fruire comunque della prestazione, l'esecuzione della stessa entro le 72 ore successive	Tempi e accessibilità	Soddisfazione del 100% delle richieste	Esistenza di una procedura uniforme che garantisca all'utente, nonostante il disservizio subito, di fruire comunque della prestazione entro le 72 ore successive
L'azienda si impegna a garantire un graduale aumento del numero di ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) collegati al CUP	Tempi e accessibilità	Progressivo aumento dei MMG e dei PLS collegati al CUP secondo quanto previsto dalla DGR 734/2002	Numero ambulatori dei MMG e dei PLS collegati al CUP /N°. totale ambulatori dei MMG e dei PLS
L'Azienda si impegna a garantire al cittadino/utente la prenotazione e la disdetta telefonica delle prestazioni specialistiche ad eccezione di alcuni particolari esami	Tempi e accessibilità	Possibilità di prenotazione e disdetta telefonica per tutte le prestazioni specialistiche, salvo eccezioni dovute a particolari necessità tecniche	a) Numero prenotazioni telefoniche/numero totale prestazioni prenotate; b) esistenza procedura per le disdette
L'Azienda si impegna a fornire informazioni complete e accurate sulle modalità di consegna della copia della cartella clinica, comprensive dei tempi massimi di attesa per la consegna della copia della cartella	Tempi e accessibilità	Raggiungimento del 100% di effettiva corrispondenza tra la procedura pubblicizzata e le modalità di attuazione della stessa	a) Informazioni all'utente sulle modalità di consegna della copia della cartella clinica riportate sull'opuscolo informativo e sul sito internet aziendale, comprensive dei tempi massimi b) Numero di giorni entro i quali viene consegnata la cartella clinica al paziente dal giorno della richiesta
L'Azienda si impegna a garantire l'esistenza nel presidio Ospedaliero di protocolli di dimissioni protette che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali per alcuni particolari percorsi dichiarati	Tempi e accessibilità	Esistenza di procedure per le dimissioni protette nel 100% dei presidi	Esistenza nel presidio di protocolli di dimissioni protette che prevedano il coinvolgimento dei servizi territoriali per alcuni particolari percorsi dichiarati
L'Azienda si impegna a ridurre progressivamente le camere con oltre quattro posti letto	Aspetti alberghieri e comfort	Assenza in ogni presidio di ricovero di camere di degenza con oltre 4 posti letto entro i termini previsti dal piano di adeguamento	Numero camere di degenza con oltre 4 posti letto/Numero totale camere di degenza

EL'Azienda si impegna a garantire la possibilità di prenotare la scelta tra due o più menù , per i pazienti a dieta libera, al mattino o il giorno prima rispetto al momento della somministrazione del pasto	Aspetti alberghieri e comfort	Possibilità per i ricoverati e gli ospiti delle RSA di prenotare il menù su due o più alternative	Presenza di due o più menù , per i pazienti a dieta libera prenotabile, al mattino o il giorno prima rispetto al momento della somministrazione del pasto
L'Azienda si impegna a garantire un'idonea segnaletica interna ed esterna al fine rispettivamente di agevolare l'accesso alle strutture e l'orientamento all'interno di esse	Struttura e logistica	Presenza nel 100/% degli edifici aziendali di una idonea segnaletica	Presenza di idonea segnaletica interna ed esterna agli edifici
L'Azienda si impegna a garantire la predisposizione di fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse (es. rilascio certificato invalidità, rilascio protesi)	Aspetti burocratico amministrativi	Possibilità per i cittadini di ricevere fogli informativi aggiornati per procedure amministrative/sanitarie complesse	Predisposizione di fogli informativi aggiornati per procedure amministrative/sanitarie complesse
L'Azienda si impegna a garantire l'esistenza di una procedura per la gestione dei reclami che rispetti il tempo massimo di risposta di 30 gg e che utilizzi l'analisi dei reclami per migliorare la qualità dei servizi	Tutela e ascolto	a) Rispetto delle modalità di gestione delle segnalazioni/reclami previste dalla procedura b) 70% di azioni di miglioramento realizzate rispetto ai reclami pervenuti per gli aspetti organizzativi	a) Presenza di una procedura scritta per la gestione dei reclami; b) N°azioni di miglioramento/N° esposti presentati per gli aspetti organizzativi (*100)
L'Azienda si impegna a effettuare annualmente, in modo sistematico, la rilevazione della soddisfazione/gradimento degli utenti	Tutela e ascolto	a) Tasso di risposta: almeno il 70% ; b) realizzazione di almeno una indagine di soddisfazione nei presidi ospedalieri dell'Azienda; b) incremento n° presidi territoriali che hanno realizzato indagini di soddisfazione	a) Effettuazione della rilevazione della soddisfazione degli utenti anche con il supporto delle associazioni di volontariato e tutela con cui l'Azienda intrattiene specifici rapporti; b) Numero delle strutture organizzative di degenza nelle quali è stata effettuata almeno una indagine di soddisfazione degli utenti/Numero totale strutture organizzative di degenza c) Tasso di risposta rispetto ai dimessi contattati; d) n.° presidi territoriali in cui sono state effettuate indagini di soddisfazione/ totale dei presidi territoriali

Tabella n. 16 - La promozione della cultura della salute: interventi realizzati nell'anno.

Tematica	Obiettivo	Target	Strumenti	Raggiungimento dell'obiettivo			Ostacoli al pieno raggiungimento dell'obiettivo
				Si	no	in parte	
Predisposizione del "Piano Aziendale di educazione alla Salute, anno 2006"	Progettare in un lavoro di rete tutte le iniziative di promozione della salute sul territorio	Direttori e Responsabili delle UU.OO., dei Dipartimenti, delle AA.FF., Capo Sala di Area, EE.LL., Scuola, Associazioni di volontariato.		X			
Informa Salute	Promuovere una moderna coscienza sanitaria del singolo e della collettività mediante interventi che mirano a rendere i cittadini consapevoli dell'importanza e del significato del loro ruolo nella gestione del "bene salute" ed a sviluppare atteggiamenti e stili di vita favorevoli alla conservazione del benessere psico-fisico attraverso incontri informativo formativi e di sensibilizzazione su: corretta alimentazione; AIDS;Doping e sport, alcolismo; tabagismo;Prevenzione dei tumori; incidenti in ambienti di vita; pronto soccorso; malattie infettive e malattie cardiocircolatorie;attività motoria adattata, uso corretto dei servizi, le medicine omeopatiche, tematiche bioetiche, formazine volontari, sensibilizzazione alla donazione di sangue, organi e tessuti; iniziative e manifestazioni legate a Giornate Mondiali, Nazionali, Regionali e Locali	Tutta la popolazione: in relazione all' età ed in relazione alle funzioni che un determinato gruppo di persone svolge nella società (insegnanti, gruppi sportivi, operatori del volontariato)	Materiale informativo sulle arie tematiche, materiale audiovisivo,trasmissioni televisive su TV locale, iniziative a tema, allestimento di stand nelle piazze, CD, slide automezzo allestito appositamente ecc			X	Progetto pluriennale
Prevenzione alcologica	Informare e sensibilizzare i cittadini e gli	Gruppi di volontari/agenti di cambiamento, tutta la	Materiale informativo, materiale didattico,	x			

	studenti ad un consumo moderato e consapevole delle bevande alcoliche tramite formazione di volontari/agenti di cambiamento. Incontri nelle scuole e con i cittadini	popolazione, in particolare i giovani	questionari				Progetto pluriennale
Giornata Mondiale per la lotta all'AIDS	Prevenire l'infezione da virus HIV, prevenire la discriminazione delle persone HIV positive Performance teatrali per gli studenti delle scuole superiori. Concerto "USL for AIDS" rivolto a tutta la popolazione. Mostra fotografica "Rwuanda". "La salute merce o diritto" incontro dibattito.	Tutta la popolazione	stand informativi, gadget, materiale didattico, materiale cartaceo (depliant, opuscoli ecc)	x			Progetto pluriennale
Sport e Doping	Sensibilizzare gli addetti ai lavori e l'opinione pubblica sulle implicazioni del fenomeno "doping" dal punto di vista etico e fisiologico Attivare le persone coinvolte nel rapporto con i giovani e lo sport (allenatori, operatori sanitari, proprietari di palestre, insegnanti) Convegno provinciale su "Doping e Sport: educare, prevenire, reprimere" Progetto elaborato in collaborazione con la Provincia, il CONI, il CEIS, il CeSDoP e l'Az. USL 12	Allenatori di società sportive e atleti agonisti di diverse discipline, proprietari di palestre e dirigenti sportivi, farmacisti, fisioterapisti, e insegnanti di educazione fisica, insegnanti, studenti delle scuole superiori, genitori, atleti e cittadini	Materiale informativo, report sui dati rilevati e elaborati nei Focus group, PC, Videoproiettore.			X	Progetto pluriennale

Attività di Educazione e Promozione dellaSalute nelle scuole di ogni ordine e grado. Tra i temi sviluppati si indicano:	Mantenere e accrescere la salute attraverso l'educazione a comportamenti sani per uno sviluppo globale e armonico della persona mediante una programmazione integrata Scuola-Az. USL	Insegnanti, genitori e tutta la popolazione scolastica delle Scuole di ogni ordine e grado	Materiale diverso inerente le varie tematiche				
1.Educazione Alimentare	Far acquisire ai giovani il concetto di "cibo e salute" orientandoli ad un consumo consapevole nel rispetto di un sistema agronomico volto al benessere dell'uomo ed alla tutela dell'ecosistema che lo circonda.	Insegnanti scuole elementari,medie inferiori e superiori, studenti.	Giochi e schede didattiche, opuscolo "Per la salute della donna", opuscolo "Alimentazione e sport"			X	
2.Prevenzione incidenti e nozioni di primo soccorso	Eliminare o quantomeno ridurre il numero degli incidenti evitabili nelle diverse fasce di età. Saper riconoscere i rischi ed i pericoli, sviluppare nei giovani comportamenti che consentano di prestare un soccorso appropriato	Insegnanti e alunni	Materiale audiovisivo e ludico didattico, slide Realizzazione trasmissione televisiva			x	progetti pluriennali
3.Prevenzione AIDS	Prevenire l'infezione da virus HIV Educare all'amore responsabile, sviluppare nei giovani conoscenze mirate a favorire comportamenti adeguati, combattere pregiudizi nei confronti delle persone sieropositive mediante attività pluridisciplinari e metodologie interattive nelle classi, partecipazione alla Tavola Rotonda organizzata in occasione della Giornata Mondiale lotta all'AIDS	Insegnanti e alunni	Materiale audiovisivo e ludico didattico, slide Partecipazione a l'incontro c/0 il "Caffè della Versiliana"			x	
4.Lotta al tabagismo	Ridurre l'incidenza dei nuovi fumatori tra i giovani e sensibilizzare i fumatori alla disasueffazione ed al cambiamento dello stile di vita stimolandoli a trovare alternative che	Insegnanti e alunni	Materiale audiovisivo e ludico didattico, slide			X	

	influiscano su comportamenti liberi dal fumo. Organizzazione della **Giornata mondiale senza fumo** che vuole essere un momento di riflessione e di connessione tra attività effettuate durante l'anno e la programmazione di un percorso educativo da avviare nell'anno successivo						
5.Prevenzione Tossicodipendenze	Rendere consapevoli i giovani sui danni provocati dall'uso di sostanze agendo anche sullo sviluppo dell'autostima e dell'etica valoriale; far riflettere sulle modalità comunicative che gli adulti adottano nei confronti di adolescenti e giovani, e viceversa attraverso incontri nelle classi.	Insegnanti e alunni	Materiale didattico, questionari, slide, materiale informativo			x	
6.Prevenzione alcolismo	Far acquisire maggior consapevolezza sulle conseguenze e i disturbi collaterali all'abuso delle sostanze alcoliche Prevenzione degli incidenti stradali su alcol e guida al fine di diffondere la cultura dei comportamenti responsabili quando si è alla guida di autoveicoli.	Insegnanti e alunni	Materiale didattico, questionari, slide, materiale informativo, testo "Alcol piacere di conoscerti"			x	
7.Sport e sostanze dopanti	Educare il giovane a vivere lo sport come pratica divertente e di svago insegnandogli che la più grande vittoria è quella che si ottiene migliorando se stessi, non battendo gli altri e che arrivare secondi non significa essere dei falliti.	Insegnanti e alunni	Materiale didattico, questionari, slide, materiale informativo, articoli di cronaca inerenti l'uso del doping nello sport			X	
8.Star bene a scuola e star bene insieme	Migliorare la comunicazione interpersonale tra alunni e insegnanti/genitori e saper leggere precocemente alcuni segnali	Insegnanti, alunni e genitori	Materiale didattico, audiovisivo, slide			x	

	mediante dinamiche di gruppo che, se trascurati, possono creare situazioni di disagio scolastico. Migliorare le relazioni interpersonali tra il gruppo classe, gli insegnanti ed i genitori						
9.Educazione sessuale e relazionale-affettiva	Prendere coscienza della connotazione universale delle problematiche adolescenziali, conoscere i cambiamenti anatomo-fisiologici ed i processi biologici di fecondazione, gestazione e parto Garantire uno stato di maggiore benessere psico-fisico e sociale e porre le basi di una migliore qualità della vita futura mediante attività interattive, incontri dibattito tra esperti, alunni, insegnanti e genitori	Insegnanti, alunni e genitori	Questionari, slide, schede didattiche, racconti, testi di Educazione sessuale			X	
10. Educazione alla genitorialità	Offrire ai partecipanti (genitori e insegnanti), un'esperienza centrata sull'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali adulto-bambino, del ruolo dei genitori e analizzare criticamente i comportamenti e le apprensioni per poter vivere serenamente i cambiamenti psicosomatici ed evolutivi dei propri figli	Insegnanti e genitori	Materiale predisposto ad hoc per lavori di gruppo e simulate,slide, cartelloni e pennarelli, ecc			X	
11. Sensibilizzazione alla donazione di sangue, organi e tessuti **Giornata Nazionale della donazione e trapianto di organi e tessuti**	Permettere a studenti e cittadini di avvicinarsi all'argomento della solidarietà verso le persone che non hanno altre possibilità di terapia Favorire un comportamento equilibrato nei confronti del problema e approfondire le conoscenze sulla tematica. Realizzazione di una Tavola Rotonda in occasione della Giornata Nazionale	Insegnanti e alunni	Questionari, materiale didattico e informativo			X	

12. 1 Progetto HPH – Ospedali che promuovono salute	sulle donazioni e trapianti dal titolo "Donare è Vita" Rivolta agli studenti e insegnanti delle scuole medie superiori. Favorire la trasformazione degli ospedali in ambienti organizzati che promuovono salute. Progetti attivati: Ospedali senza fumo Ospedali senza dolore Umanizzazione degli ospedali	Operatori, pazienti, tutta la comunità	Materiale informativo (depliant)			x	

Tabella n. 17 - La promozione della cultura della salute: dati di spesa

Costi aziendali

	Costi presunti nel PAL per il	Costi sostenuti nel 2006
Interventi di educazione alla salute (progetti regionali)		54.831,76
Personale		316.093,37
Totale		€ 370.925,13

Copertura con finanziamenti non afferenti al F.S.R.

Fondi U.E.		_____
Altre forme di finanziamento		_____

Tabella n. 18 - La formazione del personale: tematiche e ambiti formativi dell'azienda

Tematiche e ambiti formativi	**N° interventi in sede**
comunicazione/rapporto con l'utenza nell'ottica della centralità del cittadino-utente	10
aspetti etici delle professioni con particolare riferimento al consenso al trattamento medico	1
Formazione degli operatori in relazione all'attuazione di nuovi modelli organizzativi e/o di nuove professionalità	3
Formazione manageriale per dirigenza e quadri intermedi con particolare attenzione alle tematiche della Programmazione , del controllo di gestione e delle procedure di assicurazione della qualità	7
prevenzione negli ambienti di vita, negli ambiti produttivi e dell'igiene degli alimenti	8
Integrazione socio sanitaria attraverso la costruzione ed attuazione di protocolli e linee guide	3
formazione ed orientamento per i neo assunti	1
Qualificazione degli operatori con particolre attenzione alle tematiche dell'emergenza-urgenza	13
formazione specifica relativa alla professionalità ed alla struttura organizzativa	38
Appropriatezza nell'uso dei farmaci e egli esami diagnostici	1
Totale	**85**

Tabella n. 19 - La formazione del personale: esperienze significative portate a conclusione nell'anno

IL DOLORE IN AREA MEDICA:FISIOPATOLOGIA, DIAGNOSI, TRATTAMENTO

Bisogno/finalità	*Settori/figure*	*Obiettivi*	*Indicatori*	*Ore*	*Spesa*	*Verifiche*	*Risultati*	*Valutazione*
Messa a punto di un modello per la misurazione del dolore come parametro vitale con relativo protocollo per il trattamento del dolore nei singoli reparti	Medici e infermieri dell'area medica	Formazione di medici ed infermieri dei reparti dell'area medica nella misura e trattamento del dolore	Consumo di anlgesici nei reparti di area medica	10 (per ed. ; realizzate 8 edizioni)	€ 5500	Questionario entrata /uscita;- questionario per il gradimento	E' stato dedfinito un protocollo per la rilevazione e registrazione del dolore	I risultati dei questionari hanno evidenziato esiti positivi sia rispetto all'apprendimento che al gradimento.

CORSO POWER POINT IN E-LEARNING

Bisogno/finalità	*Settori/figure*	*Obiettivi*	*Indicatori*	*Ore*	*Spesa*	*Verifiche*	*Risultati*	*Valutazione*
Adeguare le conoscenze di programmi informatici	Infermieri, medici , tecnici sanitari di vari settori	Formazione sul software power point con utilizzo di metodologie didattiche innovative (formazione d'aula e formazione a distanza-FAD)	Realizzazione di project work	15 ore (per ed.di cui 8 in FAD ; realizzate 5 edizioni)	1300	Valutazioni previste dalla piattaforma informatica per la FAD; project work finale	Tutti i partecipanti hanno superato la prova prevista dalla parte in FAD con punteggi tra 80 e 100 e l'esito del Project work è stato tra il buono e l'ottimo. Altrettanto positiva è stata la valutazione del gradimento	Il corso ha ottenuto lo scopo di formare all'utilizzo di un Nuovo programma attraverso lo strumento della FAD che si è dimostrato,; seppur in forma mista,efficace ed apprezzato

LA QUALITA' NEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Bisogno/finalità	*Settori/figure*	*Obiettivi*	*Indicatori*	*Ore*	*Spesa*	*Verifiche*	*Risultati*	*Valutazione*
necessità di migliorare la qualitàdei processi gestionali, tecnici, organizzativi del dipartimento di prevenzione	Medici, tecnici di prevenzione, veterinari, ingegneri, amministrativi del dipartimento di prevenzione	Garantire la massima diffusione tra i professionisti del dipartimento delle conoscenze fondamentali in tema di qualità (principi, linguaggio, modelli e tecniche) e l'acquisizione delle competenze necessarie a promuovere, gestire, monitorare e valutare processi di MQ	Elaborazione di criteri, indicatori e standard di valutazione di un sistema qualità	70	15.000	Questionario apprendimento pre e post corso Questionario gradimento	Notevole miglioramento rilevato dalle risposte pre e post test. Positivo il gradimento:per la maggior parte il corso è stato rilevante, di buona qualità educativa ed efficace per la formazione continua	Le proposte di miglioramento dei processi, scaturite dal lavoro effettuato durante il corso, hanno trovato applicazione e verifica pratica nell'ambito del dipartimento di prevenzione

Tabella n. 20 - La formazione del personale: investimento aziendale

Costi aziendali:

		Costi sostenuti nel 2006	***Costi sostenuti: % sul costo totale aziendale (*)***
Interventi formativi	[redacted]	234.000,00	0,07
Personale		388.000,00	0,11
Totale		622.000,00	0,18

Copertura con finanziamenti non afferenti al F.S.R.:

	importi in €.
Fondi U. E.	----------
Fondi derivanti da quote di iscrizione	----------
Altre forme di finanziamento	----------

(*) Al netto delle compensazioni passive

Utilizzo fondi aziendali:

Costi sostenuti per interventi formativi per tipologia	***Importi in Euro***
Formazione obbligatoria aziendale	141.000,00
Formazione obbligatoria individuale	81.000,00
Formazione a carattere facoltativo	
Materiale bibliografico e multimediale	12.000,00
Totale interventi	234.000,00

Tabella n. 21 - L'accreditamento: elenco dei presidi del "Programma accreditamento" accreditati nell'anno di riferimento

Attività[1]		Sede		Presidio	
Denominazione	Codifica	denominazione	indirizzo	Denominazione	codice[2]
Radiologia Diagnostica	B1.2	Presidio Ospedaliero della Zona - *Edificio* "A e *B" - Padiglione 1* e Padiglione 3	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604
Medicina Nucleare	B1.3	Presidio Ospedaliero della Zona - *Edificio "C" – Padiglione 2*	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604
Radioterapia	B1.6	Presidio Ospedaliero della Zona - *Edificio* "A e *B" - Padiglione 1* e Padiglione 3	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604
Chirurgia Ambulatoriale	B1.7	Presidio Ospedaliero della Zona - *Edificio* "A e *B" - Padiglione 1* e Padiglione 3	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604
Dialisi	B1.8	Presidio Ospedaliero della Zona - Edificio "A e *B" - Padiglione 1* e Padiglione 3	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604
Recupero e Riabilitazione Funzionale(cardiologica) (Decreto RT n°301 del 24/01/06)	*B2.1*	*Presidio Ospedaliero della Zona Edificio "A e B" - Padiglione 1 e Padiglione 3*	*Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca*	*Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"*	*090604*
Recupero e Riabilitazione Funzionale(neuro-motulesi) (Decreto RT n°301 del 24/01/06)	*B2.1*	*Presidio Ospedaliero della Zona Edificio "C" – Padiglione 2*	*Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca*	*Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"*	*090604*
Medicina di Laboratorio (Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia Aziendale)	B1.1	Presidio Ospedaliero della Zona - Edificio "F" Padiglione 6	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604
Medicina di Laboratorio (Biochimica Clinica)	B1.1	Presidio Ospedaliero della Zona - Edificio "G" padiglione 7	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604
Radiologia Diagnostica	B1.2	Presidio Ospedaliero della Zona - Edificio "RMN" Padiglione 13	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604
Medicina di Laboratorio (Centro Prelievi)	B1.1	Presidio Ospedaliero della Zona - Edificio "E" Padiglione 5	Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca	Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"	090604

Radiologia Diagnostica	B1.2	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Dialisi	B1.8	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Chirurgia Ambulatoriale	B1.7	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Area di Degenza (Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia)	C1.3	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Day Hospital (Medicina Generale)	C1.4	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Day Surgery (Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia)	C1.5	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Pronto Soccorso Ospedaliero	C1.1	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Reparto Operatorio	C1.7	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Servizio di Sterilizzazione	C1.11	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Servizio di Disinfezione e Disinfestazione	C1.12	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Servizio Cucina e Dispensa	C1.13	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Servizio Lavanderia e Guardaroba	C1.14	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Servizio Mortuario	C1.15	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU) Edificio"Centrale"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01

Medicina di Laboratorio (Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia Aziendale)	B1.1	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU Edificio "Ambulatori"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Gestione Farmaci e Materiali Sanitari	C1.10	Stabilimento Ospedaliero " S. Croce" – Castelnuovo di Garfagnana (LU Edificio "Ambulatori"	Via dell' Ospedale 55032 Castelnuovo di Garfagnana (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 01
Radiologia Diagnostica	B1.2	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Area di Degenza (Medicina Generale, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria con Nido), *Recupero e Rieducazione Funzionale- cod.56)* *(Decreto RT n°301 del 24/01/06)*	C1.3	*Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"*	*Via dei Frati 55051 Barga (LU)*	*Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio*	*090603 02*
Day Hospital (Medicina Generale, Pediatria)	C1.4	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Day Surgery (Ostetricia e Ginecologia)	C1.5	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Punto Nascita-Blocco Parto	C1.6	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Reparto Operatorio	C1.7	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Pronto Soccorso Ospedaliero	C1.1	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Servizio di Sterilizzazione	C1.11	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Servizio di Disinfezione Disinfestazione	C1.12	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Servizio Cucina e Dispensa	C1.13	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Servizio Lavanderia e Guardaroba	C1.14	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02

Servizio Mortuario	C1.15	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "D"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Dialisi	B1.8	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "B"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Recupero e Riabilitazione Funzionale (cardiologica) (Decreto RT n° 301 del 24/01/06)	*B2.1*	*Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "B"*	*Via dei Frati 55051 Barga (LU)*	*Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio*	*090603 02*
Medicina di Laboratorio (Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia Aziendale)	B1.1	Stabilimento Ospedaliero " S. Francesco " Barga Edificio "C"	Via dei Frati 55051 Barga (LU)	Presidio Ospedaliero della Zona Valle del Serchio	090603 02
Recupero e Riabilitazione Funzionale (neuro-motulesi) (Decreto Regione Toscana n°4762 del 02/09/05)	B2.1	*Centro Socio- Sanitario di S. Leonardo in Treponzio (LU)*	*Via Comunale – S. Leonardo in Treponzio – 55012- Capannori - Lucca*	*Presidio Zona Distretto Piana di Lucca*	__
Radiologia Diagnostica	B1.2	Centro Socio-Sanitario di Marlia	via del Parco loc. Vaccheria Marlia 55014 – Capannori - (Lucca)	Presidio Zona Distretto Piana di Lucca	__
Chirurgia Ambulatoriale	B1.7	Centro Socio-Sanitario di Marlia	via del Parco loc. Vaccheria Marlia 55014 – Capannori - (Lucca)	Presidio Zona Distretto Piana di Lucca	__
Dialisi	B1.8	Centro Socio-Sanitario di Marlia	via del Parco loc. Vaccheria Marlia 55014 – Capannori - (Lucca)	Presidio Zona Distretto Piana di Lucca	__
Radiologia Diagnostica	B1.2	Centro Socio-Sanitario di Turchetto	P.zza P. Nenni – Turchetto n1 55015 Montecarlo (LU)	Presidio Zona Distretto Piana di Lucca	__
Recupero e Riabilitazione Funzionale (neuro-motulesi) (Decreto RT n° 4763 del 02/09/05)	B2.1	*Centro Socio-Sanitario di Fornaci di Barga*	*Via dell'Asilo- Fornaci di Barga – 55052 – Barga - Lucca*	*Presidio Zona Distretto Valle del Serchio*	_
Cardiologia Invasiva (Decreto Regione Toscana n° 2723 del 06/06/06)	*Attività non compresa nel DGR 498/2001*	*Presidio Ospedaliero della Zona Edificio "A e B" - Padiglione 1 e Padiglione 3*	*Via Barbantini - S. Marco – 55100 - Lucca*	*Presidio Ospedaliero della Zona di Lucca - "Campo di Marte"*	*04001A*

1) riportare la denominazione e la codifica di cui all'allegato
2) riportare lo stesso codice utilizzato per i flussi ministeriali

ALLEGATO Tab. 21 - L'accreditamento

- SEZIONE B: individua alcune tipologie di attività sanitarie erogate a livello **ambulatoriale.**
  La Sezione B è suddivisa in due sottosezioni:
  Sottosezione B1= Prestazioni di specialistica e diagnostica
  Sottosezione B2= Prestazioni di base
  Nell'ambito della **sottosezione B1** vengono individuate le seguenti tipologie di prestazioni:
  Medicina di Laboratorio (**B1.1**)
  Radiologia Diagnostica (**B1.2**)
  Medicina Nucleare (**B1.3**)
  Cardiologia (**B1.4**)
  Endoscopia (**B1.5**)
  Radioterapia (**B1.6**)
  Chirurgia Ambulatoriale (**B1.7**)
  Dialisi (**B1.8**)
  Medicina Fisica e Riabilitazione (**B1.9**)
  Medicina dello Sport (**B1.10**)
  Nell'ambito della **sottosezione B2** vengono individuati determinati momenti organizzativi caratterizzanti l'attività territoriale di base, relativamente a:
  Centri e Presidi Ambulatoriali di Recupero e Riabilitazione Funzionale (**B2.1**)
  Centro di Salute Mentale (**B2.2**)
  Consultorio Familiare (**B2.3**)
  Centro Ambulatoriale per il trattamento dei Tossicodipendenti (**B2.4**)
- SEZIONE C: prestazioni sanitarie in regime di **ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti**
  Pronto Soccorso Ospedaliero (**C1.1**)
  Rianimazione e Terapia Intensiva (**C1.2**)
  Area di Degenza (**C1.3**)
  Day Hospital (**C1.4**)
  Day Surgery (**C1.5**)
  Punto Nascita-Blocco Parto (**C1.6**)
  Reparto Operatorio (**C1.7**)
  Frigoemoteca (**C1.8**)
  Anatomia Patologica (**C1.9**)
  Gestione Farmaci e Materiale Sanitario (**C1.10**)
  Servizio di Sterilizzazione (**C1.11**)
  Servizio di Disinfezione e Disinfestazione (**C1.12**)
  Servizio Cucina e Dispensa (**C1.13**)
  Servizio Lavanderia e Guardaroba (**C1.14**)
  Servizio Mortuario (**C1.15**)
- SEZIONE D: prestazioni sanitarie a **ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta**
  Presidi di Riabilitazione Funzionale dei soggetti portatori di Disabilità Fisiche, Psichiche e Sensoriali (**D1.1**)
  Presidi di Tutela della Salute Mentale: Centro Diurno Psichiatrico e Day Hospital Psichiatrico (**D1.2**)
  Presidi di Tutela della Salute Mentale: Struttura Residenziale Psichiatrica (**D1.3**)
  Strutture di Riabilitazione e Strutture Educativo-Assistenziali per i Tossicodipendenti (**D1.4**)

6.2 INDICATORI SPECIFICI PER LIVELLO DI ASSISTENZA (CALCOLATI PER AZIENDA E PER ZONA)