



Bomboniere, oggetti e desideri

**ALLESTIMENTO FESTE
CON PALLONI**

via Aurelia Sud, 32 - ang. via Minghetti
55049 Viareggio (LU) - tel. 0584.396280
fabbrica.idee@libero.it





SST Azienda
USL 12
Viareggio
Servizio Sanitario della Toscana

PERCORSO Sanità



SST Azienda
USL 12
Viareggio
Servizio Sanitario della Toscana

ANNO 10 NUMERO 5 - MAGGIO 2009 - Distribuzione Gratuita

Percorso Sanità - Periodico di informazione e documentazione dell'Azienda USL n° 12 di Viareggio - Autorizzazione del Tribunale di Lucca n° 727/2000 del 15 - 06 - 2000 - Direttore Responsabile Stefano Pasquucci - Stampa Coop. Nuova Cesat (FI) Tiratura 10.260 copie - Edito da Agenzia Italia Servizi & Comunicazioni Via C. Battisti 158 tel. 0584.961082 - 55049 Viareggio - agenzia.italia@tiscali.it - ageita@alice.it - Direttore: Enrico Salvi. Comitato di Redazione: Claudio Rapalini - Giuliano Angotzi - Giulio C. Guidi - Antonio Latella - Fabio Michelotti - Maria Luce Gatteschi - Bruno Salis (Fimmg) Alessandro Del Carlo (S.N.A.M.I.- MG - A.M.A.V.) Stefano Pasquucci - Rodolfo Borghetti - Roberto Della Cerra - Enrico Catelani - Redazione: Agenzia Italia Servizi & Comunicazioni via C. Battisti 158 tel. 0584.961082 - 55049 Viareggio - Redazione: AUSL n° 12 di Viareggio Via Aurelia 335 - 55043 Lido di Camaione - U.R.P. Uff. Relazioni con il Pubblico Ospedale "Versilia" tel. 0584.605287 - 55043 Lido di Camaione - E-mail: uff.stampa@usl12.toscana.it

Gli articoli firmati impegnano esclusivamente i rispettivi autori. I testi e le informazioni pubblicate, nonostante la cura e l'attenzione adottate, possono contenere inesattezze involontarie, e pertanto ce ne scusiamo anticipatamente. Prodotti illustrati, consigli d'uso, indirizzi e orientamenti igienico-sanitari suggeriti e/o proposti, rappresentano una libera scelta redazionale espressa nell'interesse dei lettori. L'Editore non assume alcuna responsabilità circa la corrispondenza di quanto pubblicato rispetto ad eventuali discordanze verificate dai lettori stessi.

**FINANCIAL
MONEY**

- Prestito personale
- Prestito a pensionati
- Cessione del Quinto dello stipendio

VIAREGGIO
Corso Garibaldi, 30
Tel. 0584.361210/11

Numero Verde
800-944777

info@financialmoney.it

Iscr. UIC A37000 Iscr. UIC 88799

NARRAZIONI

Presentato ufficialmente il libro "Narrazioni" (Progetto grafico di Beppe Bertuccelli, stampa Grafiche Ancora di Viareggio), nato da un'idea del direttore di Oncologia Medica della Ausl12 di Viareggio Domenico Amoroso che, affiancato dalla dottoressa Barbara Buralli, psicologa contrattista, dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Per Te Donna, Associazione Volontari Ospedalieri Versilia ed Associazione Volontari Versiliesi Cure Palliative, ha voluto, dopo la realizzazione di una "Piccola Guida di Psiconcologia" nella quale medici e psicologi fornivano consigli su come affrontare la malattia, ribaltare il "punto di vista" e permettere a volontari e pazienti di poter raccontare le proprie esperienze. Ne è nato un libro ricco di positive emozioni che coinvolgono, fanno riflettere e generano un senso di positiva speranza

za e di profondo amore. 3000 copie stampate che saranno distribuite in ambito nazionale, 85 pagine, 20 racconti integrati e valorizzati dalla copertina a colori disegnata da Sergio Staino e da una bellissima prefazione di Dacia Maraini, due personaggi da sempre sensibili a questo tipo di tematiche che, con grande disponibilità, hanno partecipato al progetto a titolo completamente gratuito. "Educare alla cura della propria salute - ha affermato il Direttore Generale della Ausl12 di Viareggio Giancarlo Sassoli - fare prevenzione primaria e secondaria, curare di più la malattia e al meglio possibile, ma soprattutto non far sentire solo chi si ammala. Questo, è stato possibile realizzarlo in Versilia, in questi ultimi anni, con l'apertura del reparto di Oncologia, di quelle di Ematologia e dell'Hospice: tutto questo è stato favorito anche dal quotidiano contributo

e dallo stimolo continuo delle associazioni di volontariato, costantemente e preziosamente al fianco nell'opera di aiuto ai malati. Aggiungere ora que-

sta perla con la stampa del libro ci sembra un modo giusto di dirigere l'attenzione verso i volontari ed un ulteriore gesto verso gli ammalati,

per farli sentire sempre meno soli".

Concetti ribaditi da Gianni Amunni, Direttore Operativo dell'ITT, Istituto Toscano Tumori, che sin da subito ha sostenuto l'idea, partecipando direttamente alla sua realizzazione.

"Oggi sappiamo con innegabile certezza - ha concluso il Dott. Domenico Amoroso - che è possibile sopravvivere al cancro. Oggi possiamo legare al "brutto male" l'idea di una buona qualità di vita. Qualità, vita e cancro. Insieme. Parole legate. Molte delle persone che hanno scritto i racconti raccolti nel libro hanno visceralmente legato insieme queste parole, sopravvivendo alla malattia. Tutti loro, indistintamente, hanno scelto il Volontariato come esperienza di vita e di umanità. Tutti loro hanno contribuito a far sì che ogni persona incontrata potesse avere l'opportunità di legare insieme,

con il cuore e le braccia, i significati profondi celati dentro queste parole. Sempre. In tutti quei casi in cui la cura è stata efficace, ma anche in tutti gli altri casi in cui il Volontario ha dovuto assumere su di sé l'onere di accompagnare l'altro verso l'oscuro. Il significato di quest'opera si dipana lungo questo percorso. Questa opera è dedicata a chi ancora non sa dare al cancro il suo nome, a chi non sa come convivere, a chi pensa che, con questa diagnosi, la vita sia definitivamente finita. Questo opera è dedicata a chi, comunque, ancora crede che non vi sia più speranza, che solo gli altri ce la possano fare".





amplifon Soluzioni per l'udito

In questi centri Amplifon troverai i nostri esperti qualificati che ti offriranno il **controllo gratuito dell'udito.**

VIAREGGIO
Via Ugo Foscolo, 17/B
Tel. 058 448 484

PIETRASANTA
Piazza Matteotti, 37/A
(Inizio Via Vallecchia)
Tel. 0584 793 995

Aperto martedì e giovedì al mattino, mercoledì al pomeriggio

Possibilità di appuntamenti anche a domicilio senza impegno. Abilitazione alle forniture con il Servizio Sanitario Nazionale.



Via Aurelia, 291 - a 100 mt. dall'Ospedale "Versilia" tel. 0584 - 611152

Viale Kennedy - c/o Centro Commerciale Esselunga tel. 0584 616095 Lido di Camaione

PER I TUOI OCCHIALI E LENTI A CONTATTO FOTO • BINOCOLI • TELESCOPI BAROMETRI • MICROSCOPI ...

SERVIZI GRATUITI:
PROVA LENTI A CONTATTO
MONTAGGIO • REVISIONE • RIPARAZIONE OCCHIALI

Ausili visivi per ipovedenti

ABILITATA ALLE FORNITURE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



Dussmann-Service

la ristorazione nell'Ospedale Versilia

Self Service al primo piano davanti alle scale mobili

via Matteotti 36/B - c/o Centro Forum int. 4 - PISA
tel. 050.970807 fax 050.3137600

EVOLUZIONE DEL TIPO E DELLA QUALITÀ DI LAVORO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Il medico di medicina generale ha cominciato a lavorare tanti secoli fa, quando ancora non esisteva la medicina di famiglia, ovvero non era riconosciuta come tale e non esisteva una distinzione netta tra medicina e chirurgia.

A quei tempi i mezzi a disposizione per la diagnosi delle malattie e per la cura delle persone erano scarsi: i medici erano un po' maghi, un po' scienziati e artisti: spesso possedevano una grande cultura; si occupavano anche di letteratura, conoscevano la matematica e altre scienze e curavano le persone con farmaci di origine naturale, spesso con erbe o pozioni di efficacia non dimostrata; per la cura di malattie cardiache gravi avevano a disposizione, fino a qualche secolo fa, solo salassi e sanguisughe.

Gli antibiotici erano quasi sconosciuti, la penicillina fu scoperta alcuni anni prima della seconda guerra mondiale e fu uno dei primi baluardi della medicina moderna: da allora le scoperte scientifiche sono state numerose e nel secolo scorso sono stati scoperti o creati in laboratorio tantissimi nuovi farmaci, e le Aziende farmaceutiche sono diventate sempre più numerose.

Io e altri miei colleghi abbiamo cominciato ad esercitare la medicina generale in convenzione con le vecchie Mutue, tipo Inam o altri enti, tipo Enpas o Enpals o mutue dei commercianti e degli artigiani, a cui erano iscritti i nostri assistiti; noi venivamo pagati in maniera diretta dai nostri pazienti, che poi chiedevano il rimborso, oppure in maniera indiretta dalle casse mutue come l'Inam.

Nella borsa del medico

negli anni settanta c'erano pochi strumenti a disposizione, quali il fonendoscopio (prima chiamato stetoscopio, che era uno strumento leggermente diverso), lo sfigmomanometro a bracciale (apparecchio portatile per misurare la pressione) e rare volte (per carenza anche di spazio) l'otoscopio, più tanti ricettari diversi, di cui uno per ogni ente mutualistico. Naturalmente avevamo spesso il minimo occorrente di farmaci per uso iniettivo e siringhe per le necessità urgenti. Tanti di noi avevano frequentato volontariamente l'ospedale o erano temporaneamente dipendenti di Ospedali o Case di Cura private. Lì abbiamo imparato a mettere in pratica ciò che ci avevano insegnato all'Università, cioè la diagnosi e la cura delle malattie.

Nella nostra attività quotidiana di medico di famiglia, come giustamente abbiamo cominciato a essere chiamati e riconosciuti, almeno a parole, dai vari politici che si sono avvicinati nella funzione di ministro o sottosegretario alla salute e comunque da tutti coloro che si sono interessati di sanità, specialmente dopo la riforma della Sanità del 1980, abbiamo invece imparato sul campo a conoscere i malati, mentre avevamo studiato le malattie e nessuno, ai tempi dei nostri studi universitari, ci aveva insegnato la vera Medicina di Famiglia.

A dire la verità ai tempi della riforma hanno cominciato a chiamarci medici di base e quel termine non mi è mai piaciuto, anche perché non è servito a far riconoscere alla classe politica il significato del nostro ruolo.

Anche per il lavoro in studio non avevamo a

disposizione molti mezzi in più: era presente lo sfigmomanometro a mercurio, il bollitore o la sterilizzatrice per l'uso degli strumenti di piccola chirurgia, eventualmente l'elettrocardiografo, e i nostri appunti sulle malattie dei pazienti venivano scritti con la penna stilografica o con le penne a sfera sulle cartelle che conservavamo nei contenitori appositi e non era tanto semplice estrarre da esse dei dati, specie per quelli che avevano una calligrafia non tanto comprensibile (che i nostri assistiti chiamavano "da medico").

Ho conosciuto, a dire il vero, dei colleghi che avevano una calligrafia bellissima, per loro fortuna.

Pur con questi pochi mezzi, ma essenziali, avevamo a nostro vantaggio il piacere di visitare il paziente, dopo aver ascoltato la loro storia clinica e cioè la descrizione dettagliata dei sintomi che ci riferivano quando si presentavano nel nostro studio chiedendo una visita perché "si sentivano male": spesso noi, dopo una visita accurata, potevamo fare una diagnosi precisa o molto vicina alla realtà, senza bisogno di accertamenti radiologici, esami di laboratorio o altro che spesso ci viene chiesto ora dai pazienti, appena entrano nello studio.

Dagli anni 1986-1987, per molti di noi è cambiato il tipo di raccolta dei dati; abbiamo cioè, in accordo con l'azienda, iniziato ad usare il computer in ambulatorio, anche con grossi sacrifici economici, perché il costo di un buon computer si aggirava sui 10-11 milioni di lire.

Inizialmente eravamo circa una decina di medici che avevano fatto un corso diretto da un no-

stro collega esperto che ci aveva insegnato anche a vincere la nostra diffidenza, insieme alle nozioni minime per raccogliere i dati dei nostri pazienti e riportare così i dati su una cartella informatizzata.

Progressivamente i nostri assistiti, che inizialmente erano anch'essi diffidenti, poiché temevano che l'uso del computer rubasse il tempo che poteva essere dedicato all'attenzione di ciò che ci riferivano, erano sempre più soddisfatti, poiché apprezzavano il significato di una raccolta di dati più precisa e più consultabile sulla cartella clinica informatizza-

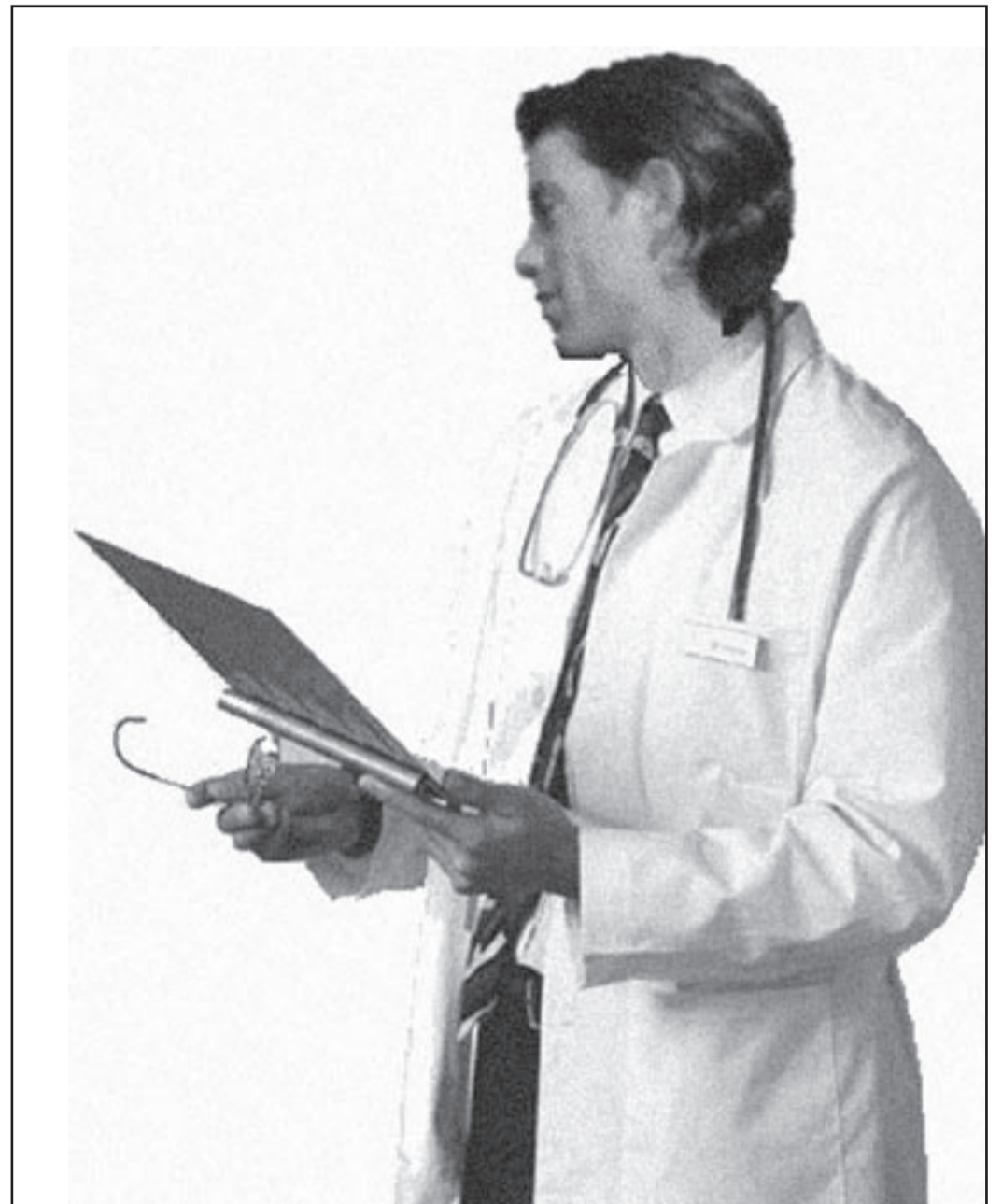
ta, e ci chiedevano e ci chiedevano ancora, sempre di più, di registrare tutti i referti degli accertamenti loro richiesti, fino ai limiti della disponibilità di tempo nostro e della segreteria.

Nel frattempo anche i mezzi informatici hanno progredito, diventando sempre più sofisticati, anche per la trasmissione dei dati (naturalmente in maniera protetta per il rispetto della privacy) con possibili scambi tra l'azienda Asl, il laboratorio analisi, il pronto soccorso, e i nostri studi, e possibilmente in un prossimo futuro in senso in-

verso.

I medici che hanno la possibilità e la voglia di lavorare bene in questa maniera con mezzi rapidi e semplici resi possibili dalla collaborazione con la Sanità regionale e aziendale, nell'interesse della salute dei loro pazienti e garantendo il rispetto della privacy, potranno dimostrare qual'è il significato del lavoro del medico di famiglia e il suo vero ruolo nel Servizio Sanitario Nazionale.

Bruno Salis
medico di famiglia
Segretario provinciale
Fimmg Lucca



Percorso Sanità edito da
AGENZIA ITALIA - Viareggio
agenzia.italia@tiscali.it

si può ritirare **GRATUITAMENTE** presso:
l'Ospedale "Versilia"; i Distretti e i Presidi socio sanitari della Versilia; gli Studi medici;
le farmacie della Versilia; le Associazioni di Volontariato; sugli autobus LAZZI e C.L.A.P.
per gentile concessione delle rispettive società; gli uffici APT Versilia.

Percorso Sanità mensile dell'Azienda USL 12 di Viareggio



PLEXIDEA
Lavorazione in cristallo acrilico
www.plexidea.it

ARREDAMENTI - COMPLEMENTI D'ARREDO
OGGETTISTICA - COMPONENTI PER LA NAUTICA

Via Scirocco 19-21
tel. 0584.388685
VIAREGGIO



COMUNICARE COL PAZIENTE AMMALATO DI CANCRO

Il problema della comunicazione e della corretta informazione ad un paziente affetto da tumore maligno è ritenuto prioritario sia in oncologia sia in ambito di medicina di famiglia. D'altra parte la libertà di scelta terapeutica è strettamente connessa alla buona qualità del messaggio informativo. Affrontare questo problema e risolverlo però non è materia troppo semplice quando si voglia partire, come auspicabile, da un inquadramento ad ampio raggio che prenda in considerazione le diverse prospettive: quella dello specialista che opera nel profondo della patologia, quella del medico di famiglia che si prende cura del malato nella sua interezza, quella del paziente che esprime il proprio vissuto personale di ammalato, quella della famiglia del paziente che vive la relazione e condiziona la sofferenza.

Anzitutto si deve partire dall'assunto, che viene dato ormai per scontato e sicuramente giusto, che la verità vada detta sempre e comunque. Tuttavia nascono numerosi problemi, il primo dei quali è rappresentato proprio dal concetto di verità che non è unica e facilmente individuabile neppure dalla scienza medica moderna così tecnologica e raffinata. Le verità possono essere molte e soprattutto ci possono essere molte incertezze. È comprensibile come possa essere difficile fare della buona comunicazione intorno a cose incerte (la diagnosi, la prognosi ma anche la terapia) in particolare quando sono messe a confronto con la realtà (verità) del paziente stesso. Non si tratta infatti di semplice flusso informativo da parte del medico che conosce dati e percentuali verso un paziente che li recepi-

sce passivamente: questo processo non avrebbe alcun significato pratico e non farebbe partire alcun processo comunicativo. Perché succeda questo (buona comunicazione) occorre che i due mondi esperienziali, del medico e del paziente, si incontrino e si scambino informazioni col fine di verificare la comprensione del messaggio e valutarne

do, sia del contesto di vita delle persone perché questo rappresenta il nucleo fondante del suo lavoro (in qualche modo la sua specialità). D'altra parte la cultura medico scientifica del paziente oggi è molto cambiata rispetto al recente passato proprio nel senso di una alfabetizzazione globalizzante quanto fuorviante derivata dai mez-

“prossima” come quella rappresentata dal medico di famiglia (liberamente scelto) può essere indispensabile per filtrare a maglia stretta le notizie e ricavarne un convincimento fondato e utile ad assumere una decisione responsabile.

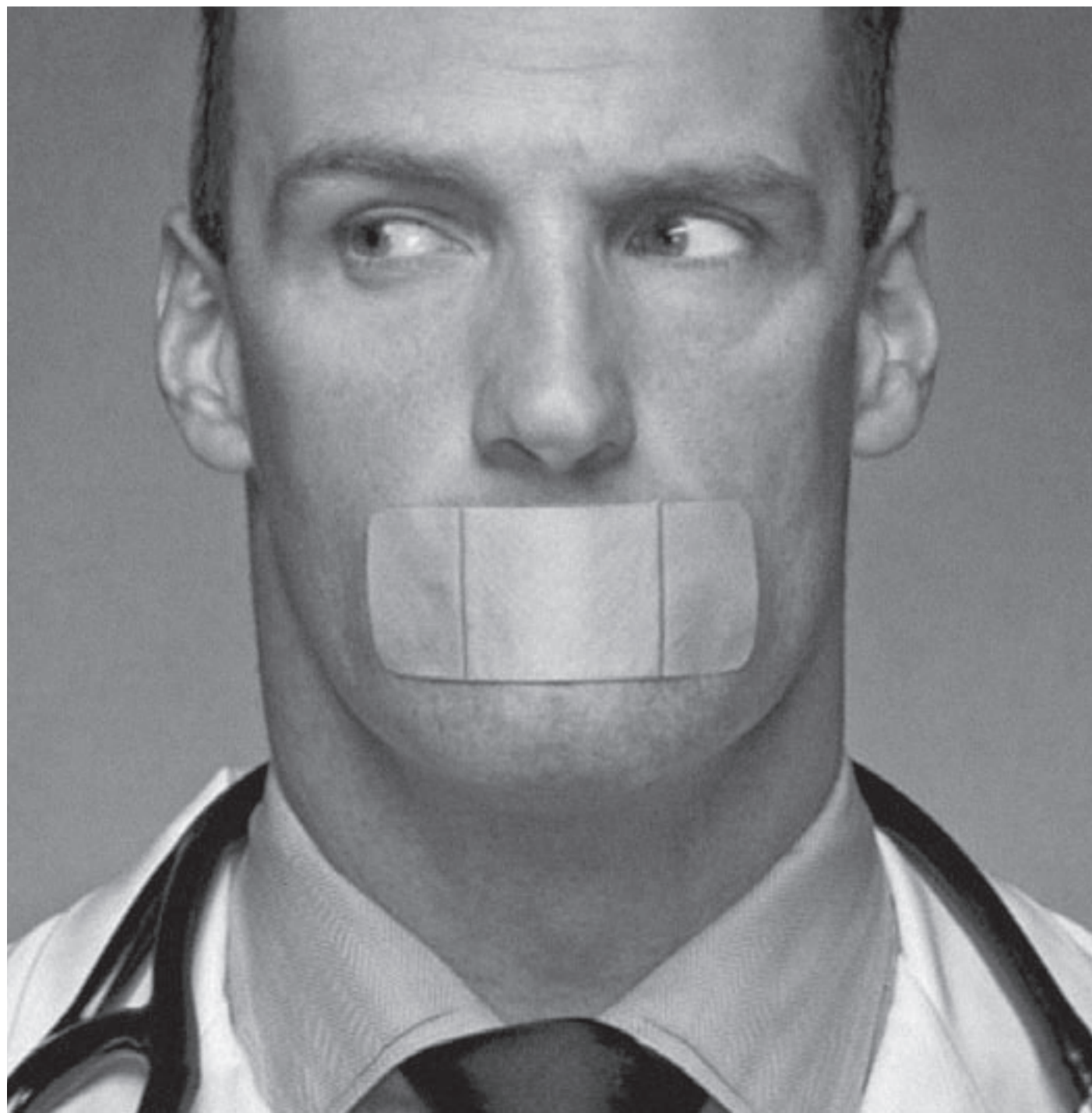
Una persona che si trova improvvisamente di fronte ad una diagnosi di malattia maligna (dif-

si è convinti che la comunicazione col paziente oncologico debba essere completa e veritiera: solo di fronte alla sincerità si può esprimere tutto il coraggio necessario ad affrontare una situazione difficile. Naturalmente possono esistere anche persone che desiderano non essere informate e incaricano a farlo un parente o un amico:

con numeri e percentuali) mal si adatta alla realtà della singola persona: appare piuttosto un “universo di gelida solitudine” che una cornice conoscitiva che rappresenta e delimita il “mio male inguaribile”. Eppure da una tale massa di dati rigidi e conoscenze di laboratorio dovrà pur scaturire una soluzione terapeutica che aiuti a far fronte al male e alla sofferenza!

Il medico di famiglia ha il duplice compito di rapportarsi con gli specialisti per seguire il paziente nel suo itinerario diagnostico terapeutico e di contribuire a costruire il complicato processo comunicativo che coinvolge direttamente il paziente e suoi familiari. Ogni esperienza di malattia ha bisogno di essere rappresentata e narrata; per fare questo occorre molto tempo ma il tempo utilizzato per la comunicazione non è sprecato anzi fa parte integrante della cura.

*Alessandro Del Carlo
Cooperativa
“Ars Medica”*



(da subito e nel tempo) l'impatto emotivo e pratico sull'esistenza.

La figura del medico di famiglia si inserisce bene all'interno di questo binomio comunicativo complesso e può rappresentare un utile mediatore culturale e un abile “traduttore” dato che è a conoscenza sia della “verità scientifica” provenendo da quel mon-

zi di comunicazione di massa (in particolare da una crescente invadenza di internet); dappertutto si trovano informazioni a buon mercato di cui difficilmente si può controllare la fonte, spesso inquinate da meri interessi commerciali, come quelle che filtrano prepotentemente dai siti web pubblicitari o di bottega. Una figura professionale

facilmente curabile e inguaribile ma sempre più spesso compatibile con la vita) può provare una sensazione profonda di sgomento e di abbandono e ha bisogno di trovare in se stesso e negli altri a lui vicini quella forza di reazione che lo aiuta a prendere decisioni e ad affrontare la realtà. Per questo in ambito scientifico e psicologico

anche questa posizione è espressione della libertà dell'uomo e ha diritto al massimo rispetto.

In buona sostanza la comunicazione in medicina deve essere improntata al rispetto del singolo individuo e su di esso confezionata. Così com'è, la realtà scientifica che deriva dagli studi clinici e dagli esperimenti (e che definisce le diagnosi

I SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE COME STRUMENTI DI TUTELA DELL'ANZIANO RESOCONTO 2008

I servizi di continuità assistenziale sono finalizzati a fornire un sostegno in caso di emergenze socio-sanitarie dell'anziano e sono caratterizzati da tempestività, temporaneità e gratuità per il cittadino. Sono rivolti, in primo luogo, ad anziani ultrasessantacinquenni, non autosufficienti, in condizioni economiche disagiate e residenti nel territorio versiliese.

Seppur "sperimentali", in quanto legati alla precarietà di finanziamenti "a progetto", si tratta di servizi ormai noti, e già dettagliatamente descritti in precedenza su questo giornale (Percorso Sanità dell'agosto 2004 e del luglio 2007). In questa sede, riteniamo utile ricordare che sono nati da un progetto del Piano di Zona del 2002 elaborato da un gruppo di lavoro

integrato fra Az. U.S.L. e Comuni, e sono stati consolidati ed implementati negli anni successivi, fino ad arrivare alla situazione che qui descriviamo. Infatti, grazie all'istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, dal gennaio 2008 i posti dedicati al Ricovero Temporaneo in Urgenza (Ri.T.U.) sono passati da 2 a 10, le ore destinate al Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza (S.A.D.U.) sono pressoché raddoppiate; inoltre il servizio è stato esteso anche alla forma diurna, con l'attivazione del Centro Diurno in Urgenza (C.D.U.) per un totale di 7 posti. Tutte e tre le tipologie di servizio - domiciliare, diurno e residenziale - sono caratterizzate dal-

la collaborazione ed integrazione dei diversi "attori" del territorio e gestite con il supporto fattivo del terzo settore. Sono, infatti, coinvolti attivamente l'Az. U.S.L. nelle sue articolazioni ospedaliere e territoriali, sociali e sanitarie, i 7 Comuni della Versilia, 4 Cooperative Sociali in associazione temporanea d'impresa per l'erogazione del S.A.D.U., 5 Residenze Sanitarie Assistenziali per il Ri.T.U. e tutti i Centri Diurni convenzionati della Versilia per il C.D.U.

* * *

Dalla lettura delle tabelle, si evince che nell'anno 2008 hanno beneficiato degli interventi centinaia di anziani (417), molti dei quali, proprio grazie alla risposta tempestiva, sono poi usciti dal circuito assistenziale. La divisione per Comuni conferma l'eterogeneità del territorio versiliese, relativamente alla struttura familiare e al sistema economico. Altro dato significativo è l'età elevata degli utenti: infatti, anche se il progetto è rivolto a persone ultrasessantacinquenni, ben 311 (oltre il 74%) hanno più di settantacinque anni. Dall'analisi della provenienza delle segnalazioni, emerge come le tre tipologie di servizio, pur

rispondendo tutte a situazioni di emergenza, soddisfano bisogni di diversa natura: più sanitario il Ri.T.U., squisitamente sociale il C.D.U., mentre nel S.A.D.U. la prevalenza dell'uno o dell'altro aspetto varia da caso a caso. Infatti, le richieste di Ri.T.U. provengono per 2/3 da ospedale e casa di cura, quelle di S.A.D.U. sono equamente distribuite fra ospedale e territorio, mentre il C.D.U. è stato richiesto solo dal territorio e soprattutto dal servizio sociale. Per quanto riguarda i costi, l'intero progetto nel 2008 è costato circa € 570.000: una somma non da poco se presa in assoluto, ma contenuta se vista in un'ottica più generale, considerando le molte persone/famiglie che grazie all'intervento mirato e tempestivo hanno potuto organizzarsi autonomamente: infatti, 174 sono uscite dal circuito dei servizi. La forte implementazione dei Servizi in Urgenza ha comportato una notevole mole di lavoro, sia professionale (attivazioni, raccordo con i servizi segnalanti ed i gestori, ecc.) che amministrativo (costante monitoraggio e rendicontazioni dettagliate alla Regione), oltre ad una riorganizzazione al nostro interno. Infatti, mentre inizialmente era stato istituito presso que-

sta U.F. un P.U.A. (Punto Unico di Attivazione) Sociale, quale referente unico per l'attivazione degli interventi, nel 2008, con la costituzione del P.U.A. zonale socio-sanitario, coordinato da un medico di distretto, anche le segnalazioni relative ai Servizi in Urgenza seguono il medesimo percorso degli altri tipi di segnalazione, con la finalità di riportare ad unitarietà i diversi bisogni dell'anziano. Concludendo, riteniamo che questi particolari servizi, rivolti ad una specifica fascia di bisogni, con il forte incremento del 2008, abbiano favorito per molti anziani e per le loro famiglie la diminuzione del livello di stress connesso all'improvviso peggioramento delle condizioni sanitarie o alla dimissione ospedaliera, ed abbiano consentito un miglioramento dell'integrazione tra i reparti ospedalieri ed il territorio. Di questo abbiamo avuto frequenti riscontri da parte dei cittadini che hanno usufruito di S.A.D.U., Ri.T.U. o C.D.U., nonché da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri coinvolti. A questo punto, il fatto che si tratti di "progetti" e non ancora di servizi veri e propri, rappresenta una criticità, in quanto continuano ad essere legati a finanziamenti temporanei, che non consentono la certezza della continuità.

*Le assistenti sociali dell'U.F. Strutture di Assistenza Sociale:
G. Fontanesi,
E. Lucchesi, F. Paoli,
A. Petrucci, S. Piccini*

Si ritiene interessante proporre una sintesi dei dati relativi all'andamento dei servizi nell'anno 2008:

Utenti suddivisi per fasce d'età:

| | Utenti |
|----------------------|--------|
| Inferiore a 65 anni: | 8 |
| Da 65 a 75 anni: | 98 |
| Superiore a 75 anni: | 311 |
| Totale | 417 |

Utenti suddivisi per Comune di residenza:

| | S.A.D.U. | Ri.T.U. | C.D.U. | Totale |
|-----------------|----------|---------|--------|--------|
| Viareggio | 142 | 44 | 21 | 207 |
| Camaiore | 51 | 15 | 2 | 68 |
| Massarosa | 30 | 12 | 5 | 47 |
| Pietrasanta | 31 | 13 | 4 | 48 |
| Forte dei Marmi | 9 | 5 | 2 | 16 |
| Seravezza | 15 | 8 | 2 | 25 |
| Stazzema | 6 | 0 | 0 | 6 |
| Totale | 284 | 97 | 36 | 417 |

Utenti segnalati dal territorio

| | Servizio Sociale | M.M.G. | Coordinatore Infermieristico | Totale |
|----------|------------------|--------|------------------------------|--------|
| S.A.D.U. | 69 | 35 | 37 | 141 |
| Ri.T.U. | 17 | 10 | 4 | 31 |
| C.D.U. | 29 | 4 | 3 | 36 |
| Totale | 115 | 49 | 44 | 208 |

Utenti segnalati da Ospedale / Casa di Cura

| | Reparto Medicina | Reparto Chirurgia | Reparto Ortopedia | Reparto Psichiatria | Totale Segnalazione Ospedale | Casa di Cura | Totale |
|----------|------------------|-------------------|-------------------|---------------------|------------------------------|--------------|--------|
| S.A.D.U. | 39 | 11 | 62 | 0 | 112 | 31 | 143 |
| Ri.T.U. | 37 | 6 | 3 | 5 | 51 | 15 | 66 |
| C.D.U. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totale | 76 | 17 | 65 | 5 | 163 | 46 | 209 |

Piani assistenziali successivi alla conclusione dell'intervento / Evoluzione casi - * senza successivi interventi del servizio sociale - N.D.: dato non disponibile

| | Rientro a domicilio* | Inserim. in R.S.A. | Frequenza C.D. | Decesso | A.D. diretta | A.D. indiretta | Sostegno Economico Integrato | In corso al 31.12.08 | Totale |
|----------|----------------------|--------------------|----------------|---------|--------------|----------------|------------------------------|----------------------|--------|
| S.A.D.U. | 120 | 22 | 12 | 66 | 35 | 6 | 23 | 0 | 284 |
| Ri.T.U. | 41 | 33 | 0 | 16 | N.D. | N.D. | N.D. | 6 | 97 |
| C.D.U. | 13 | 1 | 20 | 1 | N.D. | N.D. | N.D. | 1 | 36 |
| Totale | 174 | 56 | 32 | 83 | | | | | 417 |

IL TE.T.TO... PER NOI

Come rappresentanti delle famiglie dei Centri Diurni, dal 2001, ci siamo confrontati con assessori, sindaci, dirigenti dell'A.S.L. e con la Conferenza dei Sindaci. Agevolmente oggi ci muoviamo nel Sistema Socio Sanitario della Versilia.

Ci siamo resi conto che se per la cura c'è bisogno di specializzazione, per la soddisfazione dei bisogni e la tutela dei diritti ci dobbiamo alleare. Agire separatamente non conviene, perché: frammenta la domanda di servizi per bisogni omogenei; disperde le già scarse risorse; separa, isola e mette in concorrenza i più deboli; ostacola la solidarietà; impedisce la tutela collettiva dei diritti.

In continuità con il percorso fatto, "Il TE.T.TO... per noi" ONLUS vuole essere: partecipazione alle scelte che ci riguardano; alleanza fra associazioni per amplificare e dare forza alla nostra voce; Interlocutore istituzionale nella "Società della Salute"; servizio d'informazione, orientamento, sostegno, accompagnamento per tutte le famiglie (salute mentale, handicap, invalidità). Siamo genitori, fratelli, sorelle, parenti, amici di persone con diversa invalidità che s'incontrano per imparare a vivere, qui e ora, il benessere.

"Il TE.T.TO... per noi" è luogo, spazio e tempo che ci diamo per educarci all'attenzione e all'ascolto di noi stessi. Casa Comune dove trovare ascolto, sostegno orientamento. Strumento per la tutela e la promozione della nostra vita.

Il Presidente
Prof. A. Puccinelli

* * *

LA LEZIONE DELLE FORMICHE

Una colonia di formiche fu trasferita in una pineta nella quale le piante producevano aghi di dimensioni notevolmente superiore a quelli generati dai pini del luogo di provenienza. Gli etologi osservarono che in poche settimane gli insetti impararono a lavorare il nuovo materiale per costruire i loro nidi. Successivamente, i ricercatori scoprirono che una seconda colonia della stessa specie e origine, trasferita nelle vicinanze, in meno di metà tempo, divenne esperta nell'utilizzo del diverso materiale. Socializzando con le pioniere, le ultime arrivate hanno tempestivamente appreso "come fare" [il know how (letteralmente: sai come)].

L'alleanza, la socializzazione e la collaborazione ha consentito alle nuove arrivate di apprendere, in breve tempo, la tecnica, acquisire la competenza, e diventare a loro volta esperte, riducendo, significativamente, il disagio correlato alle nuove condizioni ambientali.

LIBRI D'ATTESA

Oltre 70.000 accessi annui con picchi estivi che superano le 320 persone al giorno. Sono questi i numeri, in continuo aumento, che caratterizzano il delicato ed importante lavoro del Pronto Soccorso (Adulti e Pediatrico) dell'Ospedale Versilia. Un struttura dove si risponde prima a chi è più grave e non chi arriva prima e dove sono sempre troppo elevate le richieste collegate ai codici bianchi, ovvero ai casi meno urgenti. In queste condizioni, quindi, l'attesa può protrarsi per ore anche se in moltissime occasioni occorre distinguere tra l'attesa di un primo intervento e l'attesa per il completamento e la valutazione di analisi ed esami.

Ed è in questa ottica che si inserisce la costante e specifica attenzione, verso tali servizi, da parte della Regione Toscana e della Ausl12 di Viareggio che, recentemente, ha cambiato l'arredamento, ha predisposto la presenza di hostess multilingue ed ha attivato lavori di ampliamento delle sale interne e del parcheggio esterno. Si tratta, in pratica, di "umanizzare" il servizio e rendere più leggera l'attesa. Lo si è fatto con l'utilizzo di monitor televisivi, la distri-

buzione di giornali e riviste e, dai primi giorni di giugno, lo si farà con la partenza di un nuovo progetto, forse unico in Italia, dal titolo: "Libri d'Attesa".

Ne hanno parlato, nel corso di una conferenza stampa, il Direttore della Ausl12 di Viareggio Giancarlo Sassoli ed il responsabile di Edizioni Cinquemarzo Luca Guidi. L'obiettivo del progetto, ideato da Edizioni Cinquemarzo, è quello di alleggerire il peso dell'attesa agli utenti nelle strutture sanitarie e avvicinare gli utenti alla lettura al fine di una maggiore umanizzazione dei luoghi sanitari. Molte persone, infatti, vivono quotidianamente le sale d'aspetto dell'Azienda USL 12, le subiscono e subiscono anche l'attesa che, nel mondo frenetico di oggi, causa stress e ansia o, comunque, uno stato d'animo negativo.

Ecco allora piccoli libri, da leggere in 5/6 minuti, per mitigare il tempo "fermo" e passivo. Racconti brevi o poesie, con trama leggera e/o ironica, di autori nazionali che saranno regolarmente editi con l'apposizione del codice ISBN. La distribuzione dei libri sarà a carico di Edizioni Cin-

quemarzo che con la Ausl12 ha stipulato una convenzione biennale che, al momento, prevede la realizzazione e la diffusione gratuita di 10 titoli, stampati in migliaia di copie, che potranno essere utilizzati sia all'Ospedale "Versilia" che nei vari distretti socio sanitari del territorio versiliese. Il rifornimento e l'aggiornamento sarà fatto a cadenza settimanale all'interno di piccoli totem di cartone con logo di Edizioni Cinquemarzo e dell'Azienda USL 12.

L'operazione, che rappresenterà anche una importante opportunità per tanti autori, è a totale carico di Edizioni Cinquemarzo che, in parte, coprirà le spese attraverso sponsors che avranno una o più pagine all'interno dei libri.

Il primo titolo disponibile sarà "Perché non parli?" di Annalisa Fracasso, autrice veneta residente a Reggio Emilia. Tutti lo potranno leggere per poi riposizionarlo al proprio posto in modo che anche altri possano farlo.



PREVENZIONE PRIMARIA IN CAMPO ODONTOIATRICO

La carie e la parodontite sono da considerarsi come le principali cause di perdita degli elementi dentari in ogni fascia d'età. In Italia, in base ai dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'indice DMFT (espressione dei denti mancanti-persi-otturati) è ancora uno dei più elevati in Europa.

Questo sottolinea l'importanza della prevenzione primaria volta ad intercettare e rimuovere i fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza di tali patologie. Rivolgiamo alcune domande sul questo importante argomento alla Dott.ssa Anna Maria Genovesi, Igienista dentale, Professore a contratto titolare dell'Insegnamento di Scienza e Tecnica di Igiene dentale e Coordinatrice del Corso di Laurea in Igiene dentale dell'Università di Genova nonché responsabile delle attività di Igiene dentale dell'Istituto Stomatologico Tirreno (Centro di Odontoiatria dell'Ospedale della Versilia).

Dott.ssa Genovesi cos'è la carie?

È una patologia ad eziologia multifattoriale, prodotta cioè dalla contemporanea presenza di più fattori, che porta ad una distruzione progressiva ed irreversibile degli elementi dentali.

E la malattia parodontale?

È un processo infiammatorio che conduce alla lenta e continua perdita dei tessuti di sostegno dei denti. È la seconda malattia infettiva più diffusa nell'uomo ed è la principale causa di perdita degli elementi dentali in Italia e nei paesi industrializzati. Una corretta diagnosi e cura, però, possono permettere alla maggior parte della popolazione di invecchiare con i propri denti.

Cosa si può fare per limitare l'insorgenza di queste patologie?

Per prevenire le più importanti malattie odontoiatriche è necessario conoscere le cause che le determinano, dopodiché si deve agire con decisione nel controllarle. Le principali malattie dei denti e dei tessuti di sostegno riconoscono cause ben individuate e controllabili. La carie dentaria e la parodontopatia vedono la placca batterica come principale fattore responsabile.

La vera SFIDA a queste patologie non consiste nella diagnosi della lesione quando questa è ormai manifesta, ma nell'identificazione del paziente a rischio e suscettibile di sviluppare tale lesione.

Combattere efficacemente la patologia cariosa significa quindi valutare nel paziente quali sono

i fattori di rischio (alimentazione, igiene orale, qualità e quantità della saliva, numero di otturazioni) cercando di rimuovere i comportamenti a rischio attraverso una motivazione ad personam, ma anche impostare dei protocolli di mantenimento idonei per il singolo paziente.

I maggiori fallimenti delle otturazioni si registrano infatti in quei pazienti dove il rischio di carie non è stato valutato e nei quali non si sono rimossi i fattori di rischio.

La prevenzione a quali fasce d'età deve essere rivolta?

In realtà una corretta campagna di prevenzione dovrebbe coinvolgere la totalità della popolazione, se pur in modi e per motivazioni differenti:

- ai bambini insegnando loro attraverso campa-

gne, svolte nelle scuole, cos'è la placca batterica, il suo ruolo nella formazione della carie, come prevenire l'insorgenza di questa attraverso corrette istruzioni di igiene orale e norme per un'adeguata alimentazione povera di zuccheri;

- agli adulti al fine di monitorare le condizioni igieniche e intervenire dove queste risultino inadeguate o insufficienti;

- agli anziani per sensibilizzare questa fascia d'età (in cui vige una cultura e uno stile di vita abitudinario ormai ben radicati) all'importanza della prevenzione in modo da intercettare precocemente e, ove possibile, arrestare lo sviluppo di patologie orali.

In campo odontoiatrico chi svolge questa importante funzione di prevenzione?

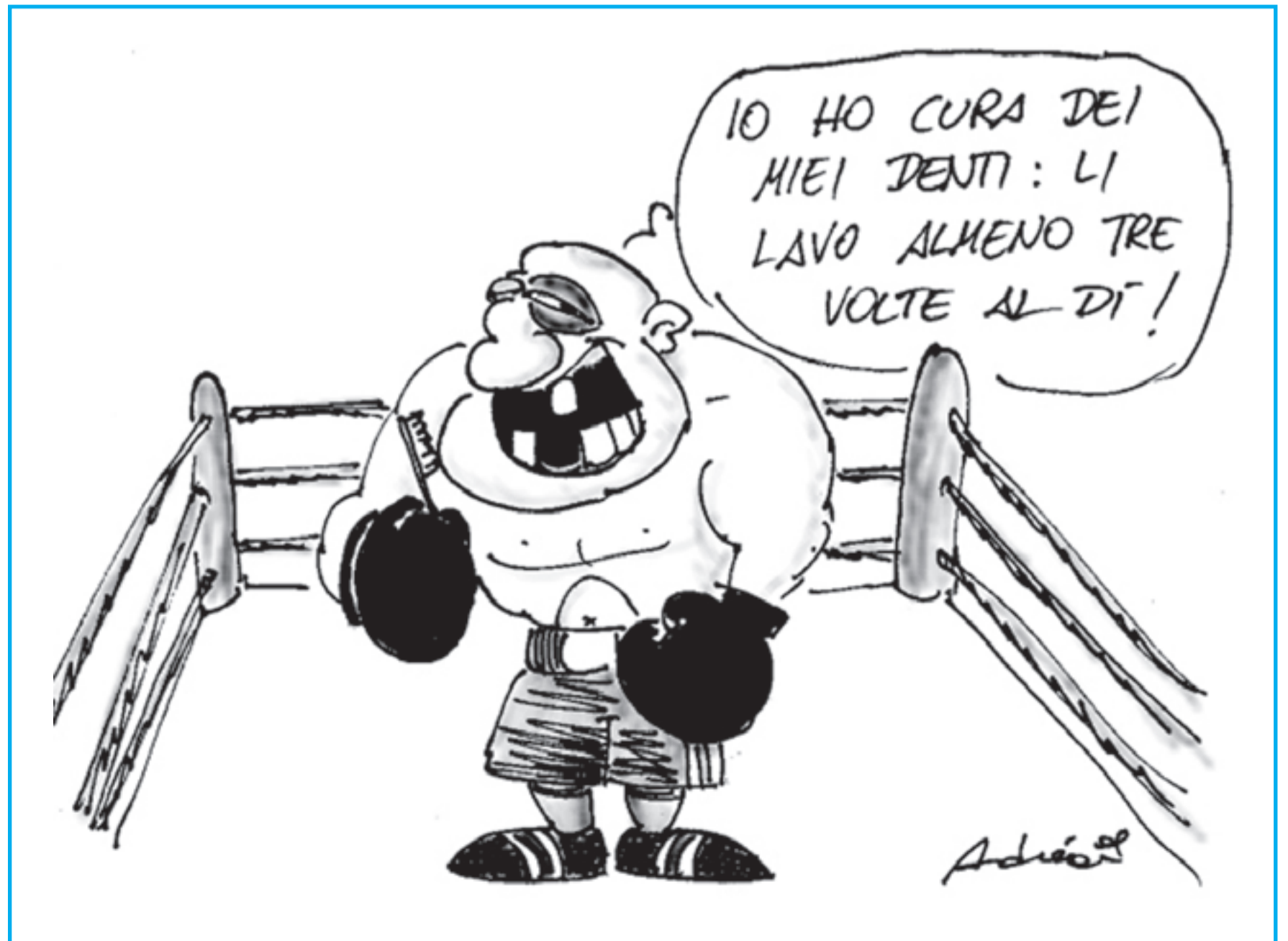
Da un decennio in Italia

è stata istituita la Laurea in Igiene Dentale che forma personale specificamente preparato per attuare prevenzione primaria e secondaria.

L'Igienista Dentale è quella nuova figura che, sempre in stretta collaborazione con l'odontoiatra, è in grado di fornire informazioni al riguardo dell'alimentazione ed indicare la giusta tecnica di igiene orale per ogni paziente assolvendo così all'importante compito di divulgazione della prevenzione.

Ai fini della prevenzione l'Igienista Dentale è autorizzata ad applicare il fluoro per rinforzare lo smalto, sigillare i solchi di molari e premolari più soggetti all'insorgenza delle carie ed infine rimuovere i dannosissimi nemici dei denti e delle gengive: placca e tartaro. Non bisogna però dimenticare che attraverso il

periodico esame della cavità orale è anche possibile l'individuazione, e la segnalazione all'odontoiatra, di patologie che possono degenerare in neoplasie del cavo orale, ma che se intercettate precocemente possono risolversi positivamente. Da ciò si desume come oggi sia possibile raggiungere obiettivi di mantenimento della propria salute orale inimmaginabili fino a poco tempo fa. Attuando scrupolosamente le regole codificate da questa nuova disciplina si può arrivare in età avanzata con tutti i propri denti integri e con un'ottima salute dei tessuti che li sostengono. L'unico impegno richiesto è... imparare le regole e metterle in pratica!



TEST

1) Quale è la principale causa di insorgenza della carie?

- A) Scarsa igiene orale ed alimentazione ricca di zuccheri
- B) Virus orale
- C) Ereditarietà

2) Ogni quanto è consigliabile effettuare una visita odontoiatrica di controllo?

- A) Una volta all'anno
- B) Quando insorgono dei problemi
- C) Ogni 6 mesi o più frequentemente a seconda delle condizioni soggettive

3) Quali sono le manovre quotidiane di igiene orale domiciliare?

- A) Lavarsi i denti con spazzolino elettrico o manuale finché non si ritiene di aver eliminato tutta la placca
- B) Lavarsi i denti con spazzolino elettrico o manuale per almeno due minuti dopo ogni pasto, utilizzare i sussidi per la pulizia interdentale e ogni altro ausilio consigliato dall'igienista dentale
- C) Lavarsi i denti con prodotti naturali come la salvia

4) Durante la gravidanza è utile effettuare dei controlli?

- A) No perché ciò potrebbe causare stress alla madre e al feto
- B) Solo se la donna avverte dei problemi
- C) Sì, sempre

5) Quali possono considerarsi i fattori predispo-

nesti all'insorgenza del tumore del cavo orale?

- A) Consumo di alcool e nicotina
- B) Ripetute radiografie all'interno del cavo orale
- C) Consumo prolungato di cibi e bevande calde

6) Quando è opportuno effettuare i primi controlli odontoiatrici nei bambini?

- A) Solo quando sono erotti i denti permanenti
- B) Il prima possibile
- C) Quando compaiono i primi molari definitivi

CONTROLLA LE TUE RISPOSTE

Domanda 1

A) Una scarsa igiene orale ed un'alimentazione ricca di zuccheri sono sicuramente fattori predisponenti all'insorgenza della patologia cariosa. Non sussiste invece un'ereditarietà, ma piuttosto una familiarità determinata dalla tipologia dello smalto.

Domanda 2

C) Si consiglia una visita odontoiatrica periodica almeno ogni 6 mesi volta per bloccare sul nascere eventuali problemi a carico dei denti o delle gengive. Infatti se l'igiene orale è insufficiente l'accumulo della placca batterica e la deposizione di sali di calcio causano la formazione del tartaro a livello sopra e sottogengivale. Questo favorisce l'insorgenza delle patologie a carico del cavo orale.

Domanda 3

B) Per una corretta igiene orale non è sufficiente il semplice spazzolamento ma occorre conoscere anche l'utilizzo di ulteriori strumenti per la pulizia degli spazi interdentali, che possono essere consigliati dall'igienista dentale in base alle diverse condizioni del paziente.

Domanda 4

C) La futura madre dovrebbe sottoporsi anche durante la gravidanza a visite di controllo in quanto proprio in questo periodo vi sono a carico delle donne importanti variazioni ormonali che sono solite determinare ripercussioni a livello orale.

Domanda 5

A) I consumatori di tabacco hanno un rischio 7 volte superiore di sviluppare disturbi a carico delle gengive rispetto ai non fumatori. Nei fumatori si riscontra anche un'incidenza maggiore del tumore della bocca e della gola che aumenta ulteriormente se associato all'assunzione dell'alcool.

Domanda 6

B) Il controllo odontoiatrico sul paziente pediatrico andrebbe effettuato precocemente per innumerevoli motivi fra i quali l'intercettazioni di abitudini viziate che possono compromettere l'adeguato sviluppo delle ar-

cate dentarie (suzione del pollice), il mantenimento della salute dei denti decidui, che non assolve soltanto alla funzione masticatoria, ma influenza anche l'eruzione ed il

corretto posizionamento dei denti definitivi. Non ultimo abituare il bambino a tali controlli renderà più semplice la gestione del paziente nel corso del suo sviluppo.



I FALSI MITI

Lo spazzolino con setole dure pulisce meglio di quello con setole morbide?

Lo spazzolino duro è troppo aggressivo e può essere causa di abrasioni gengivali.

Il biofilm batterico non si elimina con l'aggressione ma con la tecnica quindi lo spazzolino ideale deve essere medio morbido. La tecnica di spazzolamento deve essere personalizzata quindi deve essere l'igienista dentale o l'odontoiatra a dare le indicazioni corrette durante la seduta di igiene orale

Il collutorio ha la stessa efficacia dello spazzolino?

Vi sono collutori con varie attività. I più utilizzati sono quelli ad azione antimicrobica, per eliminare i batteri dal cavo orale, oppure contenenti fluoro, per prevenire la carie, o quelli a base di oli essenziali, per il mantenimento. Queste sostanze possono essere efficaci solo se prima viene rimosso il biofilm batterico. Al primo posto c'è sempre l'azione meccanica dello spazzolino del filo e dei sussidi interdentali.

Fare l'igiene orale danneggia i denti?

Per mantenere la salute di denti e gengive, oltre ad una buona igiene orale quotidiana è indispensabile sottoporsi a sedute periodiche di igiene orale professionale, utili per mantenere bassa la carica batterica dal cavo orale. L'igienista dentale o l'odontoiatra devono valutare il livello di rischio del paziente per organizzare un programma di mantenimento personalizzato.

L'INFERMIERE PARKINSON: GLI INTERVENTI ASSISTENZIALI

La salute è intesa dall'O.M.S. "non solo come assenza di malattia ma anche come stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale". Non basta curare ma anche prevenire, informare, sensibilizzare, promuovere comportamenti sani ed orientati al benessere. L'infermiere che si occupa di Parkinson può soddisfare pienamente le esigenze del malato, in accordo con la definizione di salute appena citata; infatti presta un'assistenza completa che tiene conto di aspetti preventivi, curativi, palliativi e riabilitativi di natura tecnica, relazionale ed educativa.

La Malattia di Parkinson (MP) è un disturbo del sistema nervoso centrale caratterizzato principalmente da degenerazione di alcune cellule nervose (neuroni) situate in una zona profonda del cervello denominata substantia nigra. Questi neuroni producono un neurotrasmettitore (sostanza chimica che trasmette messaggi a neuroni in altre zone del cervello) chiamata dopamina. La dopamina è responsabile dell'attivazione di un circuito nervoso dei nuclei della base che controlla il movimento; la degenerazione di almeno il 50% dei neuroni dopaminergici, provocando una ridotta stimolazione dei recettori dopaminergici dei nuclei della base, determina la comparsa dei sintomi parkinsoniani: tremore, rigidità, bradicinesia, disturbi dell'equilibrio e della marcia.

Gli ostacoli che un parkinsoniano dovrà affrontare nel corso della sua malattia saranno inerenti non solo all'aspetto motorio, ma riguarderanno anche altre problematiche che fanno parte della sintomatologia clinica: tra i più frequenti l'ipotensione ortostatica, la disfagia, la stipsi, disturbi del sonno, disturbi della minzione, problemi cognitivi e psichici (depressione, psicosi). Con il tempo, il paziente affetto da MP diventa progressivamente meno autonomo nell'espletamento delle attività quotidiane e assiste ad una progressiva diminuzione del livello di qualità della sua vita.

Alcuni studi hanno dimostrato che l'intervento di infermieri specializzati nella gestione del paziente con MP non in-

fluenza il decorso clinico della malattia, ma migliora il senso di benessere degli assistiti e costituisce un supporto per i familiari (caregivers), senza aumentare i costi dell'assistenza sanitaria. Di seguito si riportano alcuni problemi di interesse infermieristico nelle persone con MP.

Chiunque si sia imbattuto in pazienti con questa malattia avrà notato l'andatura particolare, rallentata, impacciata e soggetta a blocchi improvvisi, il cosiddetto freezing: la persona non è più capace di "staccare" i piedi dal pavimento e non riesce più ad avviare il passo; ciò aumenta il rischio di cadute rovinose e di gravi traumi, incidendo anche sui costi socio-sanitari.

L'infermiere esperto è anche capace di informare i familiari sulle corrette strategie per ridurre i rischi ambientali nelle abitazioni. Si consiglia la rimozione di tappeti ed altri ostacoli, evitando superfici sconnesse o zone scarsamente illuminate, l'altezza del letto adeguata, l'uso di vestiario e di calzature idonee, ed altre indicazioni semplici, se correttamente apprese.

Senza prevaricare il ruolo del fisioterapista, l'infermiere Parkinson può suggerire strategie comportamentali mirate a superare il freezing. A tal proposito, consigli pratici rivolti ai pazienti ed ai caregivers possono essere: far assumere un passo tipo marcia militare, oppure invitare l'accompagnatore a porre un proprio piede davanti al soggetto per facilitare l'inizio della marcia. Vari studi hanno dimostrato l'efficacia della stimolazione sensoriale (uditiva o visiva) nel migliorare il disturbo della deambulazione del paziente parkinsoniano: può essere utile, infatti, suggerire al paziente di seguire delle strisce sul pavimento, di utilizzare un puntatore laser, di raggiungere un bersaglio, di battere le mani ed altri stratagemmi ancora.

L'ipotensione ortostatica, correlabile insieme al freezing delle cadute e conseguenti traumi, è un calo eccessivo della pressione sanguigna nel passaggio del soggetto dalla posizione clinostatica a quella ortostatica, con conseguente difficoltà o impossibili-

tà a mantenere la posizione eretta. Si definisce ipotensione ortostatica, una caduta di almeno 30 mmHg nella pressione sistolica (massima) o 15-20 mmHg nella diastolica (minima). Una campagna informativa può essere di ausilio per evitare complicanze negative per il paziente parkinsoniano. Se opportunamente preparato all'evento il paziente saprà riconoscere i sintomi premonitori, prevenire le cadute a terra, sedendosi o coricandosi, evitando bruschi e repentini cambiamenti di posizione; in caso di utilizzo di antiipertensivi e diuretici segnalerà al medico eventuali abbassamenti di pressione specie nei mesi estivi per un'eventuale riduzione dei farmaci.



L'infermiere "Parkinson's disease specialist" deve essere anche capace di identificare eventuali segni di malnutrizione: nelle forme più avanzate di questa malattia si possono manifestare infatti anche gravi disturbi della deglutizione (disfagia). La disfagia, a sua volta, può essere responsabile di "polmonite ab ingestis", provocata dal passaggio nell'albero tracheobronchiale di materiale normalmente contenuto nello stomaco. Per un malato di Parkinson in fase avanzata, che presenta episodi di "soffocamento" dopo l'ingestione di alimenti, è importante prevenire lo sviluppo di broncopolmonite mediante un adeguato addestramento; nei casi gravi di disfagia persistente, si può ricorrere al posizionamento di un sondino nasogastrico o di PEG (gastrostomia percutanea endoscopica), utile anche come via di somministrazione di alcuni farma-

ci antiparkinsoniani. Nei casi lievi, più convenientemente sarà sufficiente indicare al paziente e/o al suo caregiver il tipo di alimentazione più adeguata per facilitare la deglutizione (acqua gelificata, alimenti semisolidi ed omogeneizzati).

L'importanza di una dieta sana ed equilibrata è ormai nota per tutta la popolazione, ma nei soggetti con MP acquista un'ulteriore valenza, considerando che essi possono presentare un rallentamento dello svuotamento gastrico e una riduzione del transito intestinale. In questo caso, l'intervento assistenziale mirerà all'educazione alimentare, consigliando di effettuare più pasti ridotti nell'arco della giornata, rispetto ai canonici 2-3

pasti quotidiani. È inoltre opportuno preferire i carboidrati, che si trasformano velocemente in energia, ed una dieta ipoproteica, evitando così possibili interferenze con il trattamento farmacologico principe cioè la levodopa (è stato infatti dimostrato che a livello intestinale alcuni aminoacidi, i principali costituenti delle proteine, limitano il passaggio della levodopa nel circolo sanguigno, creando quindi un ridotto assorbimento di farmaco). Spesso i pazienti presentano carenze vitaminiche (D, C, E) e di minerali come ferro e calcio, componenti importanti nella prevenzione dell'anemia e dell'osteoporosi (quest'ultima aggravata dalla ridotta mobilità tipica di questi soggetti). La stipsi si presenta molto frequentemente nella MP, ma non sempre il paziente associa le alterazioni dell'alvo all'aspetto neurologico. La conse-

guenza è che la stitichezza viene trascurata o malgestita, influenzando negativamente la qualità di vita del soggetto interessato. I consigli da dare in questo caso riguardano una corretta idratazione (almeno 1,5 lt acqua/die) ed un'idonea alimentazione ricca di fibre, frutta e verdura.

L'attività infermieristica si esplica non ultimo nell'aiuto alla famiglia, sostegno principale del paziente nel sistema socio-sanitario italiano, per affrontare i disagi derivanti dai diversi disturbi affettivi, cognitivi e comportamentali che possono verificarsi nel percorso di malattia del paziente. In tal senso un'attività di counseling è svolta quotidianamente "dall'infermiere Parkinson": i portatori di questo disturbo sono infatti soggetti anche a depressione, ansia e disturbi comportamentali. L'afflusso dei parkinsoniani alla nostra struttura ospedaliera è in continuo aumento; attualmente presso l'ambulatorio dell'U.O. Neurologia dell'Azienda Sanitaria USL12, nel Centro dei Disturbi per il Movimento coordinato dal Professor U. Bonucelli, sono seguiti circa 1000 pazienti; pertanto, sulla scia dell'esperienza anglosassone, si è sentita l'esigenza di creare una figura infermieristica esperta della patologia, capace di coadiuvare i neurologi nella gestione del Centro Parkinson, come ad esempio nella presa in carico dei pazienti, nella consulenza sui percorsi assistenziali appropriati, nel supporto telefonico all'utenza e relativi familiari, nel supporto nelle riprese video per il monitoraggio dello stadio di malattia, nell'utilizzo di scale cliniche validate, nella prenotazione diretta degli accertamenti neuro-radiologici, neurofisiologici e di medicina nucleare necessari alla diagnosi, nella gestione delle complicanze motorie della malattia con terapie complesse quali l'infusione continua di apomorfina sottocute mediante apposite pompe, ed infine nella gestione delle complicanze non motorie della malattia. Nell'esperienza del Centro Parkinson dell'Ospedale Versilia la presenza di un'infermiere esperta in Parkinson si è rivelata un'indispensabile supporto anche nel-

lo svolgimento di protocolli di sperimentazione clinico-farmacologica di nuove molecole per il trattamento della MP. Negli ultimi anni, sono state effettuate, o sono ancora in corso, numerosi protocolli di studio per la malattia sia in fase iniziale (come nuovi dopaminoagonisti e farmaci con possibile effetto di neuroprotezione), che per complicanze a lungo termine della terapia con levodopa (in particolare discinesie e fluttuazioni motorie); un importante studio sperimentale a questo riguardo prevede l'esplorazione di nuove vie di somministrazione di farmaci antiparkinsoniani, come l'infusione duodenale continua di levodopa che consente di mantenere nell'arco della giornata livelli plasmatici stabili e costanti di questo essenziale farmaco. Alcuni recenti trials terapeutici hanno riguardato anche il trattamento delle comorbilità, molto spesso associate alla MP come le psicosi, depressione ed il deterioramento cognitivo. La nurse partecipa attivamente eseguendo prelievi, ECG, monitorando le funzioni vitali gestendo piccoli apparecchi elettromedicali, come la centrifuga da laboratorio e fungendo come anello di raccordo tra le molteplici attività dei 4 medici e correlata all'attività del centro.

Dall'analisi di queste attività emerge, chiaramente come la presenza di personale infermieristico specializzato sia essenziale per la gestione di un ambulatorio specializzato per la MP, permettendo anche di creare rapidamente un rapporto meno formale rispetto a quello che si instaura con il medico. L'infermiere specializzato in gestione di pazienti con disturbi del movimento (Parkinson Nurse) conosce i loro disagi, proponendo in autonomia alcune soluzioni, o facilitando la presentazione dei dati clinici al medico specialista. Il personale infermieristico rappresenta quindi uno dei punti cardine della squadra multidisciplinare che si occupa di pazienti con disturbi del movimento.

A. Stella
Infermiere Ambulatorio
Parkinson
Ospedale Versilia

IL PIANTO ED IL SORRISO

(Prima Parte)

Introduzione

Alla nascita la prima emissione d'aria del neonato porterà all'espansione degli alveoli polmonari e l'emissione di suoni: tali suoni sono considerati segnale di vitalità ed omologati al "pianto".

Il piccolo, in effetti, per le prime settimane utilizzerà quella sequela di inspirazioni ed espirazioni, suoni acuti e lacrimazione quale elettiva espressione dei suoi bisogni e, di lì a poco, anche dei suoi desideri. Il pianto ed il sorriso, nei primissimi periodi di vita, non esprimono emozioni vere e proprie poiché non si basano su un'elaborazione del contenuto di un evento, non vi è valutazione cognitiva elaborata. Le reazioni che compaiono in età neonatale, dunque, non possono essere considerate emozioni, nell'accezione che diamo poco tempo dopo, poiché nel neonato non si è ancora compiuta la differenziazione tra il sé e l'ambiente circostante.

Sroufe parla di "sorriso endogeno" del neonato a base interamente fisiologica e funzione degli eventi interni al sistema nervoso centrale, che segnala uno stato di benessere ma non è espressione di piacere. Nei primi due mesi di vita, quindi, la risposta del sorriso è quasi riflessa ed indiscriminata. Questa risposta ha la funzione altamente adattiva di promuovere la vicinanza del genitore.

Secondo Darwin il sorriso promuove e rafforza il legame affettivo tra adulto e bambino ed induce una maggiore disponibilità ad offrire cure e protezione; inoltre i bambini piangono quando hanno fame o sono in preda a qualche altra forma di disagio, per ricevere aiuto e protezione.

Questi comportamenti, invero, hanno una forte valenza adattiva poiché stimolano le cure parentali.

Con il passare del tempo, intorno ai tre mesi, il piccolo capisce il rapporto di causa-effetto tra ciò che lui segnala e la risposta dell'adulto ed impara così a dare significato alle azioni di chi si prende cura di lui ed a modulare le emozioni. Emerge quello che Sroufe chiama il *sorriso sociale*, segnale di un'emozione e risposta del bambino che non è più fisiologica, bensì, a valenza psicologica ed in qualche maniera cognitiva (inizia a riconoscere e sorridere al volto

umano).

Dunque la risposta di sorriso o pianto, in origine indiscriminata e riflessa con funzione adattiva di promuovere la vicinanza del genitore, diviene ora un potente mezzo di segnalazione sociale.

Il pianto ed il lacrimare

Nella nostra cultura, le lacrime sono solitamente versate come conseguenza di uno stato di sofferenza, come espressione di dolore e di rabbia. Questo modo di comunicare, persiste anche quando il linguaggio verbale sarà ampiamente acquisito, in età avanzata e fino alla fine dei suoi giorni, l'uomo avrà sempre a portata di mano quella prima espressione non verbale.

Il pianto può essere anche uno strumento manipolativo efficace, in quanto modalità espressiva regressiva. Fenichel ritiene che il pianto isterico corrisponda spesso ad uno spostamento verso l'alto di conflitti riguardanti la sfera sessuale; lo studioso ritiene inoltre che gli accessi di pianto isterico corrispondono spesso ad uno spostamento verso l'alto di conflitti che riguardano la sessualizzazione della minzione.

Per Bowlby il pianto è una reazione del bambino sano di più di sei mesi che viene separato dalla madre. Questa reazione persiste anche nella vita adulta.

Il pianto è un fenomeno regressivo, che cattura i sentimenti di debolezza ed impotenza del bambino (come avviene quando, dopo i sei mesi, viene separato dalla madre) che tenta di richiamare su di sé aiuto e sostegno.

Nelle parole di Ovidio, "è un sollievo piangere: il dolore è soddisfatto e portato via dalle lacrime".

Weiss parla anche di pianto di gioia al lieto fine introducendo il fenomeno della "dilatazione dell'affetto", cioè fintantoché prevale la preoccupazione per il destino della persona amata, e prima dell'auspicato scioglimento positivo della vicenda, il soggetto reprime la tristezza.

Quando poi tutto si conclude bene, allora ci si permette di scaricare tutta la tristezza rimossa (ad esempio il pianto successivo alla notizia della guarigione inaspettata di un congiunto gravemente ferito o ammalato).

Il pianto, inteso come lacrimazione, è una funzione psico-

fisiologica importante ed una difesa somatica che assume il ruolo rivolto all'abbassamento o eliminazione di una tensione che il soggetto avverte come dolore-dispiacere.

Così il lacrimare, oltre ad avere una funzione psicologica, catartica, cioè rivolta alla eliminazione di una tensione preesistente, ha anche la funzione fisiologica di trofismo oculare ed anti-tossico, come, ad esempio, azione riflessa difensiva per una condizione di sofferenza dovuta ad un corpo estraneo.

Tali considerazioni sembrano trovare conferma negli studi neurofisiologici effettuati di recente presso l'università del Minnesota, i quali hanno evidenziato nella struttura molecolare delle lacrime la presenza di encefalina, un oppioide endogeno ed un potente anestetico liberato dall'ipofisi in presenza di dolore acuto; questo renderebbe ragione del fatto che piangere diminuisce la tristezza del 40%.

Numerosi studi affrontano le analogie fra due forme apparentemente contrastanti del comportamento umano: il riso e il pianto, entrambe accompagnate dall'encefalina.

Il sollievo che si prova piangendo o ridendo è dunque in funzione dello stesso neuro-peptide.

Pianto come espressione di patologie

Il piangere rappresenta in clinica un aspetto che va sempre preso in considerazione in quanto, oltre al valore comunicativo dell'emozione contestuale (sofferenza, dolore, gioia in alcuni casi) può essere e persistere in modalità abnormi, tali da assumere il valore di un sintomo. La depressione del tono dell'umore, con i suoi vissuti di tristezza ed angoscia, di incapacità a risolvere problemi con idee di inadeguatezza e di colpa è tra le patologie che più spesso si associano al pianto.

Un sintomo specifico del lutto e della reazione ansiosa ali-

mentato dalle contingenze di difficoltà rappresentate dalla perdita o dalla impossibilità di sentirsi pronti ad affrontare la vita quotidiana dopo un lutto. Un sintomo di instabilità bipolare se questo si alterna con altri vissuti di rabbia, insoddisfazione e intolleranza e disforia. Nei disturbi di personalità istrionica e dipendente si coglie inoltre spesso una funzione manipolativa, come ricerca di aiuto ma anche come sfida o ricatto morale sfruttato dal soggetto per ottenere un vantaggio. D'altra parte, l'assenza di pianto, a fronte di vissuti di terrificante dolore, è giudizio prognostico severo e spesso l'accesso al pianto che emerge copioso, svincolato da contenuti specifici, è l'inizio della guarigione perché porta con sé l'abbassamento dell'angoscia.

Barsella E. - Psicologa
Miniati M. - Psichiatra
Bani A. - Psichiatra

(continua)



IL TRIAGE INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO

Dal 7 al 9 maggio scorso si è tenuto al Palazzo dei Congressi di Riccione il 2° Convegno Internazionale sul triage dal titolo "Il triage infermieristico in Pronto Soccorso: l'evoluzione".

Il convegno è stato patrocinato dalla Regione Emilia Romagna, dalla Provincia di Rimini, da Società Scientifiche quali SIMEU, ANIARTI, AISACE, dal Collegio IPASVI di Rimini e dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. Nell'ambito di tale evento la Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso dell'Ospedale Versilia, con la supervisione del Direttore dell'Unità Operativa Dott. Sergio Milletti, ha prodotto un poster elaborato e redatto da Federica Franchi (laureata in Scienza Infermieristica), dal Dott. Stefano Romani e dal Dott. Simone Fusaro, dal titolo "l'elettrocardiogramma come indicatore di priorità nel triage del dolore toracico atipico: un caso di dissezione coronarica spontanea in puerpera al 3° mese". Il lavoro, che ha conferma-

to l'importanza della esecuzione precoce dell'ECG in Pronto Soccorso, è stato premiato dalla Direzione Scientifica come uno dei migliori poster proposti nella specifica sezione.

Prima di iniziare a svolgere attività di triage, tutti gli infermieri dell'Ospedale Versilia sono tenuti a partecipare e superare un corso di formazione specifico realizzato dalla Regione Toscana con propri formatori (nel cui elenco è inserita la nostra infermiera Federica Franchi).

Questo riconoscimento testimonia l'elevato livello qualitativo raggiunto dagli Infermieri di triage che operano al Pronto Soccorso della Versilia e rappresenta motivo di orgoglio e di stimolo per offrire ai bisogni dei cittadini risposte sempre più puntuali ed efficaci.

*Federica Franchi
Infermiera*

ENTRATI & USCITI

Entrati Marzo 2009:

1. Berni Cristina
Dirigente Medico Medicina d'urgenza e P.S.
2. Meini Cinzia
Dirigente Medico Medicina d'urgenza e P.S.
3. Lucchesi Alessandro
Dirigente Medico Chirurgia Gen.
4. Bertacca Carlo - Dirigente Medico Pediatria
5. Leoniddi Daniela - Collab. Prof. San. - Infermiere
6. Vatteroni David - Collab. Prof. San.
Tec. Laboratorio
7. Bottari Samantha - Collab. Prof. San. - Infermiere
8. Puccetti Barbara
Collab. Prof. San. - Infermiere
9. Berni Francesca
Collab. Prof. San. - Tec. Laboratorio
10. Giacometti Lina Maria
Operatore Socio Sanitario
11. Casali Samuela - Operatore Socio Sanitario
12. Parlea Mioara - Collab. Prof. San. - Infermiere
13. Averga Dario - Collab. Prof. San. - Infermiere
14. Lombardi Annalisa
Collab. Prof. San. - Infermiere
15. Marracci Sabrina - Operatore Socio Sanitario
16. Baroncelli Lisanna
Dirigente Medico Presidio Ospedaliero

Usciti Marzo 2009:

1. Serratore Edna - Operatore Socio Sanitario
2. Fagni Mariella - Operatore Socio Sanitario
3. Marinai Gabriele - Collab. Prof. San.
Tec. Laboratorio
4. Leoni Chiara
Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione
5. Pallini Cristina - Collab. Prof. San. - Infermiere
6. Puntì Armando - Collab. Prof. San. - Infermiere
7. Rebella Barbara - Collab. Prof. San. - Infermiere
8. Casali Luigi - Collab. Prof. San. Esp.
Tec. Laboratorio
9. Ventura Erminio - Dirigente Avvocato
10. Tognocchi Maria Giovanna
Collab. Prof. San. Esp. - Assistente Sanitaria
11. Tonini Vivaio - Dirigente Medico Pediatria
12. Dani Danilo - Dirigente Medico Med. Fisica e Riabilitazione

*Rag. Cesare Guidi
Direttore U.O.C. Risorse Umane*

I PRODOTTI PER I CELIACI GRATIS ANCHE NEI SUPERMERCATI COOP

L'iniziativa è attiva nei punti vendita di Viareggio e Pietrasanta in accordo con la Asl 12 e la Regione Toscana

La procedura è semplice: i consumatori celiaci ritirano i buoni acquisto dalla Asl e possono utilizzarli per acquistare i prodotti senza glutine nei supermercati Coop, tenendo presente che gli alimenti rimborsabili - indicati dal Ministero della Salute e inseriti in un Registro Nazionale - si riconoscono per la sigla SG impressa sull'etichetta. Una volta alla cassa pagano la spesa e consegnano i buoni da 5, 10 o 20 Euro direttamente alla cassiera. Questa importante iniziativa è già attiva da tre anni in tutti i supermercati Coop della Provincia di Livorno (in collaborazione con la Asl6) e segue l'inserimento di una linea di prodotti per celiaci a marchio Coop (pasta, biscotti, preparati per torte e pizza, pane surgelato, muesli, etc.) presenti nel registro degli alimenti rimborsabili. Ad essi si aggiungono altri 70 alimenti senza glutine rimborsabili e non. "Un ampio assortimento - sottolinea Marco Lami presidente di Unicoop Tirreno - che di anno in anno registra un incremento nelle vendite del 100% a dimostrazione che quella dei celiaci non è più una piccola nicchia di mercato, ma una fetta crescente di consumatori con un'esigenza specifica che trova in Coop prodotti adatti alla propria alimentazione, buoni e garantiti e a prezzi inferiori fino al 40% rispetto agli alimenti analoghi venduti in altri canali. Un'ulteriore testimonianza che dimostra in concreto l'impegno sociale di Coop: associazione di persone e insieme grande impresa, che fa di questa duplicità la fonte del proprio successo".



UN FIORE PER UN'EMOZIONE

L'associazione Araba Fenice onlus di Viareggio, lancia un messaggio di cooperazione e solidarietà alla cittadinanza. L'idea è quella di coinvolgere cittadini di ogni età, lingua, popolo e nazione a portare una piccola piantina in dono al Parco La Fenice, sito in via dei Pecchi, loc. Varignano. Da poco l'associazione è divenuta l'assegnataria dell'area verde e intende proseguire i progetti già iniziati l'estate scorsa con manifestazioni artistiche e culturali, ma soprattutto intende rivestire l'area di colori e profumi della natura. L'Associazione opera dal 2004 nella località Varignano e in varie zone della Versilia, a favore di giovani e meno giovani in difficoltà economiche e familiari. Il gesto di donare una piantina, vuole essere un gesto di solidarietà verso tutti coloro che necessitano amicizia e considerazione. Chi visita il Parco vi troverà un cartello con scritto:

Pace · A micizia · C ooperazione · E nergia

che sono gli elementi costitutivi dei fondatori di Araba Fenice. Ogni piantina regalata porterà il nome di chi l'ha donata e verrà fatta una targhettina artistica, elaborata dal gruppo di artigiani dell'Associazione che recherà il nome del donatore ed un piccolo pensiero. Le piantine serviranno a costruire un percorso fiorito, lungo il margine del parco. Ogni sabato mattina dopo le ore 10, i volontari di Araba Fenice accoglieranno i donatori al Parco.

Numeri utili

Azienda U.S.L. 12 Versilia
Via Aurelia 335, 55043 Lido di Camaiore (Lu)
C.F. P.I. 00523180461

* Centrale operativa Versilia Soccorso tel. 118

* Centralino Azienda U.S.L. tel. 0584/6051

* Centro unificato prenotazioni (C.U.P.) tel. 840011550

* U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico) tel. 0584/6055287, tel. 0584/6055288, tel. 0584/6059421 Numero verde tel. 800297211

* Portineria Direzione Aziendale Villa Pergher tel. 0584/6059517 fax 0584/67646

* Direzione Aziendale Segreteria del Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Servizi Sociali, Responsabile Staff. tel. 0584/6059515

* Coordinatore Sociale Segreteria tel. 0584/6059647 Assicurazione qualità tel. 0584/6059571 Educazione alla salute tel. 0584/6059260 Formazione tel. 0584/6059252 tel. 0584/6059234 tel. 0584/6059237 tel. 0584/6059240 tel. 0584/6059212 Medico competente ex D.L.626 tel. 0584/6055360

* Portineria Ospedale Versilia tel. 0584/6055347, fax. 0584/6055282

* Stanza Mortuaria tel. 0584 - 605553 fino alle ore 24.00 oppure 0584 - 6055532 dalle ore 22.00

* Vigili giurati (Securitas) tel. 0584/6055623

* Cappella - Parroco tel. 0584/6059781

* Progetti Informatici di Area Vasta tel. 0584/6059557

* Affari generali e legali 0584/6059646 Legale e contratti tel. 0584/6059504, tel. 0584/6059562, fax. 0584/6059641 Convenzioni uniche nazionali tel. 0584/6059642 Protocollo tel. 0584/6059652 - 0584/6059651, fax. 0584/6059650 - Auditorium Ospedale Versilia tel. 0584/6059592 - Biblioteca tel. 0584/6059591

* Amministrazione contabile e patrimoniale Acquisti tel. 0584/6059459, fax 0584/6059501

Economato tel. 0584/6059489 fax. 0584/6059493 Patrimonio tel. 0584/6059467 Ragioneria tel. 0584/6059473 fax. 0584/6059468

* Controlli di gestione, tel. 0584/6059464

* Sistema informativo e tecnologie Informatiche tel. 0584/6059426, tel. 0584/6059428 tel. 0584/6059567

* Gestione del personale Concorsi tel. 0584/6059475 Gestione economica tel. 0584/6059451 Gestione previdenziale tel. 0584/6059454 Politiche incentivanti tel. 0584/6059521 Relazioni sindacali tel. 0584/6059477 Rilevazione e controllo orario tel. 0584/6059438 Stato giuridico e matricolare tel. 0584/6059481

* Nuove opere e manutenzione immobili tel. 0584/6059432 tel. 0584/6059433

* Tecnologie sanitarie e servizio prevenzione protezione Ufficio tecnico tel. 0584/6059432 fax. 0584/6059431 Servizio prevenzione e protezione tel. 0584/6059445, tel. 0584/6059444

* Analisi chimico-cliniche, Segreteria tel. 0584/6055356, tel. 0584/6055331, 0584/6055332

* Anatomia patologica, Segreteria tel. 0584/6055525, tel. 0584/6055526

* Anestesia e rianimazione, Caposala tel. 0584/6055272

* Terapia del dolore tel. 0584/6057171

* Assistenza infermieristica ospedaliera tel. 0584/6059414 fax. 0584/6059413

* Assistenza sociale, portineria sede Via Comparini Viareggio tel. 0584/385920, fax. 0584/385931, U.O. Strutture assistenza sociale tel. 0584/6059228 - 0584/6059209 - 0584/6059235 - fax 0584/6059245

* Cardiologia, Stazione infermieri tel. 0584/6059721

* Centro trasfusionale-Immunematologia, reception tel. 0584/6055275 fax. 0584/6055367

* Chirurgia generale Sala operatoria, Caposala tel. 0584/6055296

Reparto 1 Caposala tel. 0584/6058623 fax. 0584/6058762 Stazione infermieri 1 tel. 0584/6058630 Reparto 2 Caposala tel. 0584/6058608 Stazione infermieri 2 tel. 0584/6058615

* Day Hospital Chirurgico Stazione infermieri tel. 0584/6058725, Capo sala tel. 0584/6058726

* Senologia, riferimento infermieristico tel. 0584/6058618

* C.O.R.D. (Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale) tel. 0584/6058673, fax. 0584/6058696

Unità cure palliative tel. 0584/6058698 Coordinamento donazioni e trapianti tel. 0584/6059400

* Dermatologia, segreteria tel. 0584/6058661, Caposala tel. 0584/6058665

* Diabetologia, segreteria tel. 0584/6059631

* Direzione sanitaria ospedaliera, segreteria 0584/6059582 tel. 0584/6059583 Ufficio Rilascio Cartelle Cliniche, tel. 0584/6055286 solo per informazioni Sabato chiuso

* Emergenza-pronto soccorso-accettazione, Caposala tel. 0584/6055260 fax. 0584/6055268 Stazione infermieri tel. 0584/6055370

* Farmaceutica, ufficio al pubblico tel. 0584/6059410, fax. 0584/6059420 Farmacia fax. 0584/6055515, Laboratorio farmaceutico fax. 0584/6055509

* Hospice, Caposala tel. 0584/6058701, stazione infermieri tel. 0584/6058700

* Medicina generale 1, Caposala tel. 0584/6058748, stazione infermieri tel. 0584/6058743, tel. 0584/6058744 Day hospital, Caposala tel. 0584/6058761, accettazione tel. 0584/6058754

* Medicina generale 2, Caposala tel. 0584/6058736, stazione infermieri tel. 0584/6058731, tel. 0584/6058732

* Nefrologia, Caposala tel. 0584/6058650, stazione infermieri tel. 0584/6058652 Dialisi Caposala tel. 0584/6059596 reception tel. 0584/6059492

* Neurologia, accettazione tel. 0584/6059539 tel. 0584/6059543

* Neuropsichiatria infantile, segreteria Tabarracci Viareggio tel. 0584/6059236, ambulatorio ospedale tel. 0584/6059528

* Oculistica, Caposala tel. 0584/6059739, stazione infermieri tel. 0584/6059737, tel. 0584/6059743

* Oncologia medica Degenza: stazione infermieri tel. 0584/6058677 Day Hospital: stazione infermieri tel. 0584/6058753

* Ortopedia, segreteria 0584/6059704, Caposala tel. 0584/6059703, stazione infermieri tel. 0584/6059701, Day hospital stazione infermieri tel. 0584/6059706

* Ostetricia e ginecologia Sala parto accettazione tel. 0584/6055337 Ostetricia Caposala tel. 0584/6059753 stazione infermieri tel. 0584/6059754 Ginecologia Caposala tel. 0584/6059733 stazione infermieri tel. 0584/6059729

* Otorinolaringoiatria, Caposala tel. 0584/6058654, stazione infermieri tel. 0584/6058659

* Pediatria, Caposala tel. 0584/6059764, stazione infermieri tel. 0584/6059767, accettazione U.T.I.N. tel. 0584/6059756, Pronto soccorso pediatrico tel. 0584/6059768

* Poliambulatorio 1, Caposala tel. 0584/6059603, reception tel. 0584/6059602

* Poliambulatorio 2, Caposala tel. 0584/6059553

* Preospedalizzazione tel. 0584/6055335 fax 0584/6055389

* Psichiatria, segreteria tel. 0584/6055239, fax. 0584/6055237, stazione infermieri tel. 0584/6055242

* Psicologia, tel. 0584/6055358, ambulatorio ospedale tel. 0584/6059551 Tabarracci Viareggio tel. 0584/6059342 Forte dei Marmi tel. 0584/85342 * Radiologia, segreteria - accettazione tel. 0584/6055216 - tel. 0584/6055217

* Riabilitazione-Recupero e rieducazione funzionale, segreteria tel. 0584/6059744 stazione infermieri tel. 0584/6059747, Centro ausili tel. 0584/6055306

* Riabilitazione funzionale Ospedale Versilia tel. 0584/6055307, Tabarracci Viareggio tel. 0584/6056623, Seravezza tel. 0584/6056705

* Urologia, stazione infermieri tel. 0584/6058646

Dipartimento Prevenzione Sede Pietrasanta Presidio "P. Lucchesi", via Martiri di S. Anna 12 - Segreteria tel. 0584/6058911-2-3-0 - fax 0584/6058864

* Igiene degli alimenti e della nutrizione fax 0584/6058864

* Igiene e sanità pubblica fax 0584/6058864

* Sanità Pubblica Veterinaria fax 0854/6058926

* Nuovi Insediamenti Produttivi (N.I.P.), segreteria tel. 0584/6058879

* Prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro fax 0584/6058929, Numero verde 800/235303

Sede Viareggio Presidio "G. Tabarracci", via Antonio Fratti 530

* Medicina legale, segreteria tel. 0584/6059351 - fax 0584/6059355

* Medicina dello sport, Segreteria tel. 0584/6059326 - fax 0584/6059325

Unità funzionali territoriali

* Attività consultoriali Consultorio adolescenti Lido di Camaiore tel. 0584/67876 Consultorio familiare Viareggio Terminetto tel. 0584/30829 Consultorio familiare Lido di Camaiore tel. 0584/67876 Consultorio familiare Querceta tel. 0584/742194 Consultorio Nutrizionale Tabarracci Viareggio tel. 0584/6059339 * Disabilità, segreteria tel. 0584/385902

* Inclusione Sociale tel. 0584/385905

* Salute mentale adulti, segreteria tel. 0584/6055239 Centro salute mentale Camaiore tel. 0584/987712 Centro salute mentale Pietrasanta tel. 0584/738572 Centro salute mentale Viareggio tel. 0584/385925

* Salute mentale infanzia adolescenza, segreteria tel. 0584/6059236, fax. 0584/46202

* Sert (dipendenze, tossico dipendenze ed alcolismo) Viareggio tel. 0584/6056620

fax. 0584/46202 Centro Anti Fumo tel. 0584/6056620

Distretto Pietrasanta tel. 0584/6058817 tel. 0584/6058818 tel. 0584/6058821 fax. 0584/6058822 Arni tel. 0584/789088 Forte dei Marmi tel. 0584/83873 fax. 0584/83896 Querceta tel. 0584/742194 tel. 0584/768395 fax. 0584/743333 Seravezza portineria tel. 0584/6056700

Ponte Stazemese tel. 0584/770023 ore 8 - 13 dal lunedì al sabato

Camaiore tel. 0584/6056413 tel. 0584/6056419 fax. 0584/6056420 Camaiore portineria tel. 0584/6056400 Lido di Camaiore tel. 0584/619108 Assistente Sociale tel. 0584/617419 Consultorio tel. 0584/67876

Massarosa Ufficio Vaccinazioni tel. 0584/938234

Sportello Farmaceutico tel. 0584/93020 Assistente Sociale tel. 0584/939768 fax 0584/938346 Centro Diurno Stiva tel. 0584/92540 Tabarracci Viareggio

Portineria tel. 0584/6059211 Segreteria tel. 0584-6059222 fax 0584-6059225 Formazione fax. 0584/6059230 tel. 0584/6059233 tel. 0584/6059244 Radiologia tel. 0584/6059250 Segreteria tel. 0584/6059216 fax 0584/6059254 Viareggio Terminetto tel. 0584/437532 Torre del Lago tel. 0584/350112

Nota: per ragioni tecniche l'elenco dei numeri telefonici potrà essere soggetto ad alcune successive variazioni, sarà nostra cura provvedere tempestivamente agli aggiornamenti necessari; inoltre saremo grati a tutti coloro che ci segnalano inesattezze.

* Comunicazione Multimediale tel. 0584/6059783



- gestione budget pubblicitari ○
- studio e progettazione di depliant e cataloghi ○
- editoria ○
- stampo giornali e riviste ○
- grafica pubblicitaria ○
- pubblicità esterna ○
- cartellonistica ○
- distribuzione ed affissioni ○
- consulenza ○
- ideazione confezioni, imballi ed etichette ○
- rilevazione concorrenza ○

magazzino
Via Dei Carpentieri, 13 - Z.I.
CAPEZZANO PIANORE

- organizzazione di manifestazioni ed eventi ○
- trasmissioni televisive e spettacoli ○
- pianificazione mezzi ○
- fiere e mostre ○
- noleggio strutture e allestimenti ○
- materiale punto vendita ○

sede
Via C. Battisti, 158
Tel. 0584-961082
Fax 0584-943244
agenzia.italia@tiscali.it
firmaglieventi@tiscali.it
VIAREGGIO

