

Sanità Toscana

Poste Italiane
Sped. in A.P. D.L. 353/2003
conv. L. 46/2004, art. 1, c. 1, DCB Roma

Versione Pdf del supplemento al n. 47
anno XIII del 14-20 dicembre 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Appropriatezza anche nelle relazioni umane

di Gianfranco Gensini*, Fabrizio Bandini**, Alfredo Zuppioli***

«Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Ssn nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che... non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero... sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate». L'articolo 1 del Dlg 229/1999 pone l'appropriatezza delle cure a fondamento della nostra Sanità.

Prendiamo l'esempio, tra tanti, della richiesta di una visita cardiologica: va prenotata via Cup, indipendentemente dal contesto deve essere gestita nella prospettiva di un percorso inscritto nella delicata interazione fra paziente, medico di medicina generale (Mmg) e cardiologo?

Possiamo andare oltre la logica consumistica di un prodotto che qualcuno compra e altri vende, e promuovere invece la relazione tra il paziente e i medici che in diversi ruoli si prendono cura della sua salute?

Il ruolo centrale spetta allora al Mmg, che per coinvolgere lo specialista deve responsabilmente effettuare quella valutazione clinica in base alla quale la richiesta diventa o no appropriata. E il cardiologo non può limitarsi alla mera ripetizione di una visita, ma deve responsabilizzarsi, se del caso, con la presa in carico.

L'incontro tra Mmg e cardiologo deve avvenire anche "prima" del caso specifico, per tracciare insieme percorsi condivisi da attivare di volta in volta a seconda del contesto, separando le urgenze dalle altre condizioni.

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

Il cambiamento organizzativo deve essere declinato a partire dall'evidenza

Il team punta su nuovi ruoli

Direttori di struttura e di dipartimento: più chance per la leadership

Circa dieci anni fa il termine "appropriatezza" veniva definito come nuovo ma nel frattempo è stata probabilmente la parola più usata (e abusata) nella stesura di documenti di programmazione, nelle dichiarazioni delle finalità di progetti, nella stessa produzione scientifica, tanto da suscitare oramai perfino una sorta di fastidioso imbarazzo quando ci troviamo costretti a utilizzarla.

Nel dibattito nutrito che si è sviluppato su questo tema si è molto disquisito sui limiti e sulle difficoltà intrinseche nell'applicare questo concetto basilare della qualità dell'assistenza, ma si è anche universalmente riconosciuto che la strategia dell'appropriatezza è indispensabile per affrontare la questione fondamentale della gestione della Sanità: il gap esistente tra la domanda crescente di servizi sanitari e la disponibilità non illimitata delle risorse.

Di fronte all'immenso ambito delle decisioni in ambito sanitario e alla consapevolezza che non raggiungeremo mai la perfetta appropriatezza, spesso prevale un atteggiamento rinunciatario che di fatto limita la possibilità di intervenire sui tanti campi in cui sarebbe necessario. Nonostante molto sia stato fatto negli ultimi anni per affermare la cultura dell'evidenza e introdurre nuovi setting organizzativi, deve affermarsi pienamente la convinzione che esiste già un ambito - che potremmo definire "grossolano" - che è possibile affrontare e non è ancora sufficientemente diffuso un atteggiamento "rigoroso" nell'applicare bene ciò che è già riconosciuto davvero necessario. Pensiamo solo alla inappropriata nell'uso della diagnostica per immagini (dannosa in alcuni casi, fuorviante e quindi potenzialmente dannosa in altri), in cui una amplissima maggioranza dei test diagnostici risulta negativa, ridondante e/o non informativa; si pensi anche all'ampio uso inappropriato di farmaci con analoghe implicazioni in termini di effettivo beneficio per il paziente. In questo caso entrano in gioco aspetti di tipo squisitamente manageriale, che necessariamente devono integrarsi con quelli di carat-



tere tecnico-scientifico, ancora oggi non affrontati e risolti in maniera realmente soddisfacente.

I nuovi modelli organizzativi dell'ospedale per intensità di cura e dei moduli della medicina generale potrebbero rappresentare un elemento di svolta per interpretare in modo nuovo compiti gestionali e professionali in ambito medico. Perché non provare a sviluppare questi modelli in modo da favorire la consapevolezza dell'identità di un team di professionisti, nel momento in cui vengono meno i riferimenti strutturali che fino a oggi avevano rappresentato uno dei principali elementi di aggregazione? Perché non cogliere questa opportunità per far sì che l'attività da promuovere e privilegiare all'interno di ogni team diventi allora la misura, che deve essere anch'essa "appropriata", dei comportamenti e degli scostamenti dalle linee guida disponibili, che la revisione tra pari dei risultati che il team ottiene, a fronte di scelte esplicite e condivise, entri a far parte della pratica corrente e che la domanda quotidiana a cui ogni team di medici, negli ospedali e nel territorio, cerca di dare risposta sia: «stiamo davvero utilizzando al meglio le risorse a disposizione?»; «stiamo facendo la cosa giusta per il paziente?».

Il cambiamento organizzativo va sempre più letto come una risposta che accompagna in itinere la rimodulazione dei servizi rispetto al mutare del contesto e che stimola e promuove il riallineamento dei vari ambiti che compongono un sistema, compreso il ridisegno dei ruoli. Vista in quest'ottica le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi attivati negli ultimi anni in Regione Toscana, che rivedono fortemente gli assunti dei modelli tradizionali, rappresentano la sfida per reinterpretare e rafforzare il ruolo di leadership professionale del direttore di struttura e di Dipartimento.

Maria Teresa Mechi

Settore Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale,
Lorenzo Roti

Settore Servizi alla persona sul territorio - Regione Toscana

PROGETTO ARES

La prevenzione fa rotta sull'evidenza

Finanziamento da 65mila euro - Linee guida pronte entro il 2011

Supportare la programmazione e il coordinamento del Piano regionale di prevenzione (Prp) con l'elaborazione di uno schema di riferimento per linee guida di prevenzione basate sui criteri della Evidence based prevention (Ebp) per programmi di Sanità pubblica che puntano all'adozione di stili di vita salubri (tra questi, a esempio, l'attività fisica come prevenzione dell'obesità e delle malattie cronico-degenerative). Questo l'obiettivo del Progetto presentato dall'Agenzia regionale di Sanità della Toscana (Ars) e approvato dalla Giunta regionale il 29 novembre 2010. Le motivazioni al progetto sono individuate dalla necessità di programmare le azioni del Prp secondo i criteri dell'efficacia degli interventi e di coordinare e monitorare le azioni a livello regionale.

Entro dicembre 2011 l'Ars dovrà produrre uno schema di linee guida di Sanità pubblica per azioni di prevenzione nel campo degli stili di vita e tra questi appare particolarmente emergente il significativo ruolo protettivo dell'attività fisica per la prevenzione di numerose condizioni che incidono negativamente sulla salute (malattie cronico-degenerative, disabilità ecc.). Per fare tutto questo la Regione ha finanziato con poco più di 65mila euro l'elaborazione di linee guida di Sanità pubblica per la realizzazione di piani integrati di prevenzione, approvando la delibera n.1008 del 29/11/2010.

CONTROCANTO

Le proposte della medicina generale

di Vittorio Boscherini *

La situazione è difficile, la diminuzione delle risorse mette in forse il mantenimento dei livelli assistenziali della Toscana da tutti invidiati e imitati. Esiste il pericolo che si metta in dubbio l'universalità del Ssn toscano, c'è il sospetto che si voglia garantire parte dell'assistenza attraverso le assicurazioni e le mutue, non solo quella integrativa,

che sarebbe accettabile, ma anche quella che rientra nei Lea e di competenza del territorio come già accade in qualche Regione italiana. La medicina generale nasce con l'istituzione del Ssn e morirebbe con lui, non può tirarsi indietro rispetto alla difesa del servizio.

Appropriatezza, prima

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Statine: le linee guida in delibera

La Giunta regionale ha recepito le linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipercolesterolemia in base alle quali la simvastatina dovrebbe rappresentare la prima scelta nella gran parte dei trattamenti. Secondo gli esperti le potenzialità terapeutiche delle statine non sono sufficientemente sfruttate ed è opportuno aumentare il tasso di adesione alla terapia per conseguire i risultati attesi. Inoltre, se la simvastatina assorbisse il 75% dei consumi di statine, si otterrebbe un risparmio annuo di almeno 14 mln. (Delibera n. 986 del 22/11/2010)

Tessuto corneale: nuovo tariffario

La Giunta regionale ha approvato le modifiche per aggiornare le voci e i valori tariffari per il rimborso delle attività di prelievo, trattamento, certificazione, conservazione e distribuzione del tessuto corneale. Sono state unificate le prime tre voci in un'unica voce indicata come «Cornea idonea per trapianto» con una tariffa unica di rimborso ed è stata aggiunta la voce «Preparazione pre-taglio per intervento lamellare endoteliale», non attualmente presente, attribuendo una nuova tariffa di rimborso. (Delibera n. 988 del 22/11/2010)

ALL'INTERNO

Radiologia, più cautela

A PAG. 2

Il Mugello fa scudo al cuore

A PAG. 3

Cibo: spazio ai «mercatali»

A PAG. 6

SOSTENIBILITÀ Un progetto triennale punta a ridurre l'esposizione inutile alle radiazioni



Stop alla superficialità Rx

Gli esami medici sono una delle 6 maggiori cause ambientali di cancro

Viviamo in medicina in una vera età dell'oro della diagnosi, un Rinascimento tecnologico dove molte tecniche di immagine coesistono e virtuosamente competono in un'incessante corsa alla diagnosi perfetta - senza rischi e senza errori. Lo spettacolare progresso delle tecnologie nel campo della diagnostica per immagini non sempre è stato accompagnato da una crescita di qualità e razionalità nell'utilizzo.

Le direttive della Commissione europea sull'Imaging Medico del 2001 e le linee guida nazionali di riferimento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e dell'Istituto superiore di Sanità pubblicate nel 2004 hanno infatti come scopo primario la riduzione degli esami di immagine inappropriatamente richiesti ed eseguiti (oggi dal 30 al 50% di tutti gli esami). Questi esami - scrive il direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, Laura Pellegrini, nella presentazione delle linee guida nazionali - «comportano spreco di risorse, allungamento dei tempi di attesa e, se eseguiti con radiazioni ionizzanti, una indebita irradiazione del paziente, con un aumento della dose collettiva della popolazione» e quindi dei rischi a lungo termine.

La diagnostica per immagini è la voce di spesa in più rapida ascesa negli ultimi dieci anni negli Stati Uniti, e contribuisce in maniera importante al decollo della spesa sanitaria (il 16% del prodotto nazionale lordo degli Stati Uniti nel 2015) ormai collocata su una traiettoria insostenibile.

Nella spesso convulsa pratica medica quotidiana, i rischi di cancro a lungo termine legati all'uso di radiazioni ionizzanti non vengono sempre pesati contro il beneficio diagnostico immediato. Il rischio di cancro è linearmente correlato alla dose radiologica, che può essere espressa in multipli di radiografie del torace. Il rischio radiologico è cumulativo: dose si aggiunge a dose, esame a esame, e rischio a rischio. È quindi importante creare nei medici e nei pazienti quella domanda di sicurezza che porti l'industria a sviluppare e proporre le soluzioni tecnologiche innovative che con-



sentano di abbattere dosi e rischi. Questo processo virtuoso sta già avvenendo ad esempio in coronaro-TC, Tomografia Computerizzata (con riduzione di dose corrispondente da 750 a 100 radiografie del torace), e in cardiologia interventistica (ablazione di fibrillazione atriale dalle centinaia di radiografie della tecnica convenzionale alla dose "quasi-zero" con tecniche non radiologiche). La ricerca della sostenibilità diventa non solo una necessità etica, economica e culturale, ma anche un'opportunità scientifica e industriale eccezionale.

Del legame tra diagnostica per immagini e cancro se ne sono accorti gli oncologi, che stimano negli Stati Uniti il 2% dei tumori di domani dovuti ai 100 milioni di Ct di oggi. Piccoli rischi individuali moltiplicati per milioni di esami diventano significativi rischi di popolazione. Per questo, negli Stati Uniti è partita da qualche anno la campagna di comunicazione sociale "Image Gently", il cui logo è una farfalla dalle ali delicate sovrapposta al bambino che esegue un esame radiologico. In Toscana, l'Istituto toscano tumori di Firenze ha finanziato all'Istituto di Fisiologia clinica del Cnr di Pisa un progetto triennale di appropriatezza diagnostica per oltre il 50% alla dose radiologica

globale del cittadino medio (circa 150 radiografie del torace a testa per anno).

È il progetto Suit-Heart (Stop Useless Imaging Testing in Heart disease), che implementa in una realtà pilota circoscritta la strategia proposta nel 2010 dall'International Atomic Energy Agency e basata sulle 3A: Audit; Awareness; Appropriateness (Audit-Avvedutezza-Appropriatezza). L'appropriatezza delle prescrizioni e l'entità delle dosi erogate (che può variare di 10 volte per ogni singolo esame) va verificata, e non lasciata al buon cuore degli specialisti. I rischi degli esami vanno conosciuti da pazienti e operatori e non ignorati in nome dell'efficienza e paternalismo.

Le griglie di appropriatezza vanno implementate nella pratica medica con adeguati strumenti anche informatici, come oggi raccomandato dall'Fda e dal President's Cancer Panel, che nel maggio 2010 ha identificato le radiazioni mediche come una delle 6 maggiori cause ambientali di cancro. Il buon medico, e il buon paziente, non possono certo avere paura delle radiazioni - angeli custodi salvifici della moderna pratica medica. Devono entrambi, medici e pazienti, avere non paura ma terrore della diabolica ignoranza e superficialità radiologica.

Eugenio Picano
Direttore
Istituto di fisiologia clinica, Cnr

GIUSTIFICAZIONE E OTTIMIZZAZIONE

«Più informazione sui possibili effetti collaterali degli esami»

L'Organizzazione mondiale della Sanità definisce reazione avversa «qualsiasi reazione dannosa al farmaco registrata alle dosi usate di solito». Si tratta di reazioni inattese, al di fuori di quelle previste che vengono riportate sul "bugiardino", il foglietto illustrativo che si trova all'interno della confezione del farmaco e che andiamo a leggere per conoscere quali effetti indesiderati, può provocare. È ormai diffusa la consapevolezza che i farmaci non sono "cioccolatini" da assumere solo dietro prescrizione medica anche se spesso deroghiamo da tali comportamenti. Prevalde in noi il desiderio di guarire, la voglia di star bene, per la quale siamo anche disposti a pagare qualche prezzo. Così dovrebbe essere anche quando ci sottoponiamo a una Tac, a una scintigrafia, a cure radioterapiche insomma a tutti quegli accertamenti diagnostici che impiegano le radiazioni ionizzanti che il nostro corpo "assorbe" durante l'esposizione.

Dovremmo, alla stessa stregua dei farmaci, essere informati che anche le radiazioni ionizzanti non sono "cioccolatini". Quando investono il nostro corpo possono indurre trasformazioni al nostro Dna con effetti non immediatamente visibili e percepibili. Non avremo insomma capogiri, nausea, cefalea, sonnolenza, sudorazione, tremore, astenia e altro ancora. Ma col passare degli anni potrebbero manifestarsi effetti ben più gravi sia pure in una percentuale limitata di persone. Leucemie e tumori solidi sono classificati tra le neoplasie radio indotte a causa di sovraesposizione o ripetute esposizioni a radiazioni ionizzanti. Ma quante persone sono informate degli effetti delle radiazioni ionizzanti? Senz'altro assai meno di coloro che conoscono gli effetti secondari dei farmaci. Perché mentre gli effetti secondari dei farmaci sono temporalmente conseguenti alla loro assunzione, gli effetti delle radiazioni ionizzanti sono temporalmente lontani dall'esposizione. Le loro conseguenze, ampiamente descritte dalla letteratura scientifica, si registrano a distanza di anni e perciò non correlabili alle radiazioni che abbiamo assorbito.

Il decreto legislativo n. 187 del 26 maggio 2000, in attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse a esposizioni mediche, introduce i principi di giustificazione e di ottimizzazione. È vietata l'esposizione non giustificata e nello stesso tempo devono essere valutati i vantaggi rispetto ai danni che le radiazioni possono causare. Il ricorso a esami alternativi o preventivi come un'ecografia totalmente innoqua, dev'essere un criterio da adottare. L'ottimizzazione è riferita invece all'utilizzo della minore quantità possibile di dose radiante compatibilmente con l'informazione diagnostica ottenibile.

Le indagini diagnostiche possono salvare la vita se utilizzate in presenza di una reale necessità. Impiegate all'insegna di "una Tac non si nega a nessuno", possono invece creare gravi danni alla salute.

Domenico Giofrè
Coordinatore del Tribunale per i diritti del malato
della Regione Toscana

Rischio radiologico cumulativo: serve consapevolezza

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

di tutto, professionale ma anche utilizzo delle risorse secondo criteri costo-beneficio come del resto ci impone il codice deontologico e il nostro Acn. Alla medicina generale questo non fa paura, lo dimostrano i risultati già ottenuti nella nostra Regione: spesa farmaceutica territoriale notevolmente sotto la media nazionale, il più basso tasso di ricovero di tutte le Regioni, elevato utilizzo di farmaci a brevetto scaduto.

Ora è il tempo delle proposte e la medicina generale ne fa due, una nella farmaceutica e una nella diagnostica strumentale. In campo farmaceutico siamo pronti a raschiare il fondo del barile, in alcuni settori come l'utilizzo dei Ppi e Ssri e l'uso dei sartani (meno in quello delle statine) si posso-

no trovare in appropriatezze su cui lavorare. L'azione non potrà essere limitata ai medici di medicina generale com'è spesso accaduto fino a ora, l'induzione degli altri settori vanificherebbe i risultati, costituirebbe l'alibi per chi, ormai in vero pochi, a livello territoriale è inappropriato.

Non può essere sufficiente l'azione della Ctr, occorre stimolare la contrattazione aziendale sul tema dell'appropriatezza come qualche anno fa accadeva. Nella prescrizione farmaceutica, quella non sotto controllo è quella ospedaliera, qui occorre, oltre a criteri d'appropriatezza, inserire un'analisi costo-opportunità in alcuni settori per verificare se esistono migliori impieghi alternativi.

La medicina generale propone

che le risorse liberate sulla farmaceutica territoriale vadano a costituire un fondo che in parte sia utilizzato per finanziare farmaci innovativi e in parte per effettuare investimenti sui servizi territoriali. Sulla diagnostica, nella consapevolezza che assorbimenti anormali si ripercuotano negativamente sempre sul territorio, proponiamo prima di tutto applicazione integrale della 1038 per attribuire l'esatta responsabilità prescrittiva e poi bilancio preventivo del 2011 sul suo assorbimento da parte dei tre settori: territorio, reparti ospedalieri, Dea. Dopo tre mesi verifica di chi ha superato i livelli programmati e controllo sulle eventuali non appropriatezze.

* Segretario Fimmg Toscana

Appropriatezza ... (segue dalla prima pagina)

L'obiettivo sono algoritmi per le possibili diverse richieste, a esempio una prima consulenza di fronte a un quadro clinico insorto de-novo, o un controllo in corso di prevenzione secondaria.

Se il Mmg dovrà riconoscere il beneficio di un lavoro quotidiano più consapevole e partecipato, i cardiologi dovranno controllare il bisogno indotto e ridimensionare le indicazioni autoreferenziali, come in certi ambulatori di follow-up. Una particolare attenzione alla gestione del bisogno emotivo può rendere appropriata una valutazione cardiologica qualora l'intervento del Mmg non riesca ad acquistare l'ansia (non i capricci) del paziente. Ma tutto ciò non basta senza una capillare educazione dei cittadini, ai quali non va demagogicamente promesso l'abbattimento delle liste d'attesa, ma l'impegno a responsabilizzare chi chie-

de e chi offre prestazioni a che esse siano riservate solo a chi ne ha veramente bisogno, e nei tempi giusti per la specifica condizione clinica.

La sfida, è evidente, si gioca prevalentemente sul piano delle relazioni umane: promuovere l'appropriatezza significa anche contribuire a sconfiggere quella logica che vede la salute come una merce e le relazioni al suo interno come prodotti. Ne beneficeranno in primis i cittadini, ma anche quelle risorse economiche, non sempre scarse, ma disperse nel finanziare l'inappropriatezza.

* Preside della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università di Firenze
** Direttore S.S. Cardiologia Ospedale del Mugello Azienda sanitaria di Firenze
*** Direttore Dip. cardiologico Azienda sanitaria di Firenze

FIRENZE

Progetto di razionalizzazione dell'iter clinico nella zona del Mugello

Un percorso per il «cuore»



In un anno si è passati dal 50 all'80% di appropriatezza delle richieste

Dall'agosto 2008 il Dipartimento cardiologico e la struttura di Cardiologia dell'Ospedale di Borgo San Lorenzo dell'Azienda sanitaria di Firenze (Asf) hanno attivato un programma di razionalizzazione del percorso clinico terapeutico del cittadino con malattia di cuore. Il progetto è stato elaborato e condiviso con tutti gli attori del sistema sanitario locale e coinvolge tutta la zona del Mugello. L'interazione tra i professionisti, la promozione dell'appropriatezza della risposta professionale e lo sviluppo della continuità assistenziale sono gli elementi fondanti del programma, approvato dalla Direzione dell'Asf nel febbraio 2009.

Il Mugello è un'area montuosa, decentrata, di confine; ha 70mila residenti, pari al 9% della popolazione dell'Asf e ne rappresenta circa metà del territorio; ha un solo ospedale con una struttura di Cardiologia con 5 specialisti, e una struttura di diagnostica cardiologica privata convenzionata; vi operano 60 medici di medicina generale (Mmg) e dispone di un servizio di assistenza infermieristica domiciliare attivo tutti i giorni della settimana. È un contesto vasto ma circoscrittibile, con un tessuto sociale e professiona-

le che tende a favorire la fiducia fra le parti del sistema e tra questo e i cittadini.

In questo scenario, siamo partiti nel 2008 dalla constatazione che il rapporto fra domanda e risposta specialistica si caratterizzava per scarsa appropriatezza, elevato numero di richieste e di prestazioni, lunga lista di attesa e un rapporto fra Mmg e specialisti frammentato e incostante. Un primo passo per la riorganizzazione è stato quello di delimitare l'area di intervento ai soli residenti del Mugello, per essere in grado di conoscere bene tutte le variabili in gioco. Cardine essenziale del programma è il pieno riconoscimento del ruolo del Mmg, il cui esame clinico è condizione necessaria e sufficiente ad avviare il percorso ulteriore. Il cardiologo, dal canto suo, non si limita più alla ripetizione di una semplice visita, ma offre una valutazione clinico strumentale integrata in un'unica seduta e, quando la ritenga necessaria, condivide con il Mmg ed effettua la presa in carico del paziente, occupandosi di tutto l'iter diagnostico e terapeutico.

In concreto, si configurano quattro diversi scenari:

1) il paziente si rivolge al Mmg, questi lo visita e attraverso un numero telefo-



nico dedicato si consulta immediatamente con il cardiologo dell'ospedale; se la condizione è ritenuta urgente (indipendentemente dai casi in cui è appropriato l'accesso al Dea) lo specialista valuterà il paziente entro le 24 ore successive.

2) Il Mmg giudica il consulto del cardiologo differibile, richiede e motiva una "consulenza cardiologica" che il paziente prenoterà attraverso un'agenda dedicata del Cup.

3) Il Mmg visita il cittadino e ritiene sufficiente un approfondimento strumentale con solo Ecg: in questo

caso, il giorno successivo e senza bisogno di prenotazione, il paziente effettua l'esame in uno dei poliambulatori del territorio, con refertazione nel giorno stesso da parte del cardiologo dell'Ospedale. La Società della Salute ha provveduto a allestire, per i distretti delle zone montane, una rete telematica di esecuzione, trasmissione e archiviazione digitale degli Ecg, il sistema sarà a regime dal primo trimestre del 2011.

4) Il paziente è affetto da malattia cardiovascolare cronica che richiede una valutazione periodica ravvicinata:

il cardiologo ospedaliero programma direttamente la consulenza alla data prevista. Alla fine dell'iter clinico, soprattutto nei casi complessi, lo specialista concorda telefonicamente con il Mmg la strategia clinica.

Particolare attenzione è stata data alla ricerca e alla verifica della appropriatezza: attraverso incontri di aggiornamento organizzati congiuntamente ai Mmg, al richiamo costante e diretto alle linee condivise in precedenza e al controllo della autoreferenzialità dello specialista.

Al termine del 2009 è stato raggiunto l'80% di appropriatezza delle richieste, partendo dal 50% dell'ultimo trimestre 2008. Altri due risultati molto favorevoli: la riduzione del numero complessivo delle prestazioni (dalle 6.000 prestazioni del 2007 alle 1.000 consulenze del 2009) e l'annullamento dei tempi di risposta ai bisogni dei cittadini, in quanto la risposta alla richiesta di consulenza è immediata, mentre ciò che dal Mmg viene ritenuto differibile segue i canali tradizionali di prenotazione via Cup e ha un tempo di attesa tra i 7 e i 15 giorni. Nel 2010 il programma si è arricchito di una convenzione con una struttura privata accreditata di dia-

gnostica cardiologica (la Pa Bouturlin di Barberino di Mugello): l'atto ha stabilito non solo i termini quantitativi dell'accordo ma soprattutto ha sancito la piena sinergia fra l'Asf e un privato che aderisce completamente al programma, adottandone le modalità di programmazione e di risposta professionale.

In sintesi, sono cinque le colonne portanti del programma: la delimitazione di un'area di intervento, la razionalizzazione dell'ingresso alla risorsa specialistica in base all'urgenza e alla priorità clinica, la responsabilizzazione del Mmg nell'attivazione di ogni percorso, la tessitura e il consolidamento del rapporto fiduciario fra Mmg e specialista attraverso il contatto telefonico diretto e la continua condivisione delle strategie, il coinvolgimento nel sistema di tutte le risorse disponibili. Non dunque una Sanità burocratica, fatta di richieste e di risposte cartacee e di incomunicabilità, ma una potente integrazione tra cittadino e strutture sanitarie, un patto di solidarietà realizzato nei fatti oltre che dichiarato nelle intenzioni.

Fabrizio Bandini
Direttore S.S. Cardiologia
Ospedale del Mugello

L'ESPERIENZA IN ITINERE DA MARZO

Nei presidi territoriali spunta la "Consulenza cardiologica"

Si tratta di una sperimentazione tuttora in corso, iniziata nel marzo 2010 grazie a un'innovativa delibera della Giunta regionale, la n. 356/10. Leggiamone alcuni punti: «Valutato che l'evolversi della conoscenza scientifica, della disponibilità tecnologica, e delle relative competenze sanitarie, rendono possibile e opportuno, in alcune specialità mediche, la ricomposizione in un unico atto sanitario di alcune indagini strumentali correlate, a oggi proposte come distinte prestazioni specialistiche, con la valutazione clinico-obiettiva, a oggi specificamente registrata come "Visita specialistica", configurandosi così una nuova e complessiva prestazione che, in ragione delle competenze necessarie al prescrittore, potremo definire: "Consulenza specialistica";... Considerato che una offerta di competenze specialistiche così ridisegnata promuove l'accessibilità e l'equità dei percorsi assistenziali interessati, aumentando l'efficienza e la connessa continuità assistenziale, oltre la qualità e l'efficacia della risposta sanitaria, per la complessità del

Il paziente ottiene diagnosi e terapia con un unico accesso

bisogno che il sistema dell'offerta può accogliere, e risolvere, in un unico incontro;... Ritenuto altresì opportuno, in ragione dei contenuti del Progetto di cui alla linea precedente, prevedere che in alcuni Presidi della Azienda Usl n.10 di Firenze, individuati quale sede della sperimentazione, si eroghi una prestazione denominata "consulenza cardiologica", comprendente visita cardiologica, elettrocardiogramma ed ecoscopia, con un tempo di erogazione totale pari a 45 minuti...».

Il Dipartimento cardiologico dell'Azienda sanitaria di Firenze ha così iniziato la sperimentazione di una nuova modalità di relazione tra medico di medicina generale (Mmg) e specialista.

Lo spirito è quello di promuovere la presa in carico del paziente, che può accedere alla diagnosi e alla terapia con un unico accesso ai servizi. Il Mmg, responsabile dell'attivazione di tutti i percorsi assistenziali, attraverso la prescrizione della consulenza cardiologica impegna lo specialista a effettuare non solo la visita cardiologica e l'elettrocardiogramma, ma anche

l'ecoscopia, diventata oggi un imprescindibile complemento alla tradizionale semeiotica fisica e strumentale di ogni valutazione cardiologica di primo livello. Nel contempo, quando ne ricorra la necessità, il cardiologo attiva la presa in carico, in piena rispondenza alla Dgrt 1038/05, in quanto è chiamato a effettuare di propria iniziativa gli ulteriori accertamenti di secondo livello ritenuti utili alla soluzione del bisogno assistenziale, senza rimandare il paziente stesso al Mmg per le ulteriori prescrizioni, e programmando tali accertamenti qualora non possa effettuarli personalmente.

Va sottolineata l'importanza del riconoscimento di un tempo (45') adeguato a consentire una completa fase di ascolto e di valutazione: ciò assume tanto più valore in tempi dove l'attenzione alla temporizzazione delle prestazioni ha raggiunto livelli parossistici e in palese conflitto con la qualità delle prestazioni stesse. Questa nuova modalità assistenziale viene sperimentata, per la durata di un anno, dai cardiologi ambulatoriali interni operanti in 5 presidi territoriali (Morgagni, S. Rosa, Camerata, Scandicci e S. Francesco Pelago), coprendo dunque gran parte dell'area metropolitana fi-

rentina. Mediante l'analisi delle agende Cup dedicate, è possibile avere già una prima rilevazione a metà sperimentazione, con risultati molto incoraggianti: il tempo di attesa per la Consulenza cardiologica è di 13,9 giorni, dunque in linea con l'obiettivo, fissato dal Psr, di erogare le visite specialistiche di maggiore rilevanza entro il tempo massimo di 15 giorni. Rispetto al corrispondente periodo del 2009, nei primi 5 mesi del 2010 nei quali è stato attivato il progetto in questione si è osservato un calo dell'11% della semplice «Visita cardiologica + Ecg», con una contestuale riduzione dei tempi di attesa del 13%, nonché un calo del 17% di prestazioni ecocardiografiche obsolete quali l'«Ecografia cardiaca» e l'«EcoDoppler grafia cardiaca», purtroppo ancora presenti nel nomenclatore. A completamento di questi dati, va segnalata la netta riduzione (30%) dei tempi di attesa per l'EcocolorDoppler cardiaco.

Il progetto è tuttora in corso, e l'analisi finale dei dati desumibili dal Cup ci potrà dire se e come

abbiamo centrato l'obiettivo. Il notevole calo dei tempi di attesa per l'EcocolorDoppler cardiaco sembra riflettere un percorso più appropriato conseguente al giudizio del cardiologo, e il fatto che su molte posizioni anagrafiche, a fronte della prenotazione «Consulenza cardiologica», faccia riscontro una revoca di altre prestazioni cardiologiche prenotate in precedenza, fa ben sperare per il raggiungimento del nostro scopo. Dobbiamo infatti opporci alla mercificazione della salute, dove la relazione tra pazienti e medici corre il rischio di essere letta solo come rapporti tra mezzi di produzione e beni di consumo. Lo sforzo verso l'appropriatezza, cioè fare la cosa giusta al momento giusto e solo a chi ne ha veramente bisogno, è la risposta che dobbiamo responsabilmente dare a fronte delle risorse che i cittadini ci hanno messo a disposizione mediante la fiscalità generale.

Rispettato il tempo massimo di attesa di due settimane

Il momento giusto e solo a chi ne ha veramente bisogno, è la risposta che dobbiamo responsabilmente dare a fronte delle risorse che i cittadini ci hanno messo a disposizione mediante la fiscalità generale.

Alfredo Zuppiroli
Direttore Dipartimento cardiologico
Azienda sanitaria di Firenze

DOCUMENTI

Le linee guida per realizzare impianti di transito destinati a ospitare le carcasse che aspettano di essere inviate agli impianti di smaltimento



Zootecnia, vademecum per lo stoccaggio di animali

Definiti nel dettaglio finanziamenti, tecniche di trasporto, personale, logistica e caratteristiche dei container refrigerati

IL TESTO APPROVATO

Pubblichiamo di seguito il documento "Linee guida per la realizzazione di un impianto di transito per sottoprodotti di origine animale", allegato alla delibera n. 953 approvata dalla Giunta regionale il 15/11/2010.

Linee guida per la realizzazione di un Impianto di transito (IdT) per Sottoprodotti di origine animale (Soa)

Le presenti Linee guida che analizzano le principali criticità dello stoccaggio dei sottoprodotti di origine animale e della loro eliminazione, e definiscono le modalità basilari per la realizzazione e la gestione degli specifici "impianti di transito", sono il frutto dello specifico gruppo di studio costituito da: Regione Toscana - Servizi di Prevenzione in Sanità pubblica e veterinaria - Regione Toscana - Settore produzioni agricole zootecniche - Unione nazionale Comuni, Comunità enti montani Toscana (Unem) - Unione province italiane Toscana (Upi) - Associazione regionale allevatori (An)

1. Introduzione

La comparsa delle Encefalopatie spongiformi trasmissibili (Tse) a cui si è assistito verso la fine degli anni '90 a causa prevalentemente di una alimentazione e di una gestione sanitaria non corretta degli animali da allevamento, ha determinato una serie di problematiche legate anche al rischio di trasmissione del prione (causa patogena della malattia) dall'animale all'uomo, in cui si manifesta con l'insorgenza della sindrome di Creutzfeldt-Jakob.

Le Tse sono un gruppo di malattie delle quali la più "famosa" è l'Encefalite spongiforme bovina (Bse) più nota come "mucca pazza", sul cui agente eziologico non si hanno ancora certezze; le pecore e le capre sono colpite da un'altra Tse denominata Scrapie.

In conseguenza di ciò il comparto zootecnico nazionale e regionale ha attraversato (e attraversa tuttora) un lungo periodo di particolare precarietà. Infatti, per combattere la diffusione della malattia, a partire dal 2000, attraverso disposizioni comunitarie e nazionali specifiche sono state emanate una serie di norme che interessano tutte le fasi della filiera (dalla produzione primaria dei mangimi, all'allevamento del bestiame, alla macellazione e alla vendita della carne), che impongono una serie di obblighi e divieti anche molto onerosi (in termini economici). Fra questi è stato disposto l'obbligo di smaltimento degli animali morti in stalla e non macella-

ti per il consumo umano, in specifiche strutture di trattamento termico.

Prima dell'entrata in vigore della normativa tali animali potevano essere eliminati anche mediante il sotterramento in zone riconosciute idonee a tale scopo anche a seguito di perizia idrogeologica; oggi la normativa impone all'allevatore di disfarsi di queste carcasse attraverso il trattamento termico, in strutture autorizzate. Ciò rappresenta un costo notevole per l'azienda che deve attrezzarsi per garantire la raccolta, il trasporto e il trattamento termico degli animali, soprattutto in quelle Regioni (come la Toscana) in cui non è presente alcun impianto autorizzato, capace di trattare questa tipologia di sottoprodotti.

L'Amministrazione regionale per sopprimere alle maggiori spese sostenute dagli allevatori per la corretta eliminazione delle carcasse (anche al fine di ridurre al minimo eventuali atteggiamenti illegali che avrebbero potuto avere ripercussioni molto pericolose sulla stessa salute umana e che comunque rappresentano una procedura configurabile come "concorrenza sleale" nei confronti di chi si attiene correttamente alle disposizioni di legge) fin dal novembre del 2000 ha avviato l'erogazione di specifici contributi per l'eliminazione delle carcasse, ininterrottamente dal 2000 fino a oggi, con una serie di leggi successive (Lr 7/2002, Lr 8/2003, Lr 26/2004, Lr 10/2006).

Con l'approvazione del Piano agricolo regionale (avvenuta con delibera di Consiglio regionale 23 dicembre 2008) tali interventi per Ente richiedente; sono rendicontabili esclusivamente le spese sostenute dall'Ente beneficiario per l'acquisto e la messa in opera del container e di eventuali macchinari e strumenti necessari alla funzionalità dell'impianto. Non sono invece ammesse spese inerenti la gestione dell'impianto.

Secondo quanto previsto dalla scheda di misura gli Enti interessati potevano richiedere il contributo specificando l'importo complessivo delle spese previste, dichiarando la rispondenza dei lavori da eseguire con le finalità della azione e indicando l'eventuale necessità di un anticipo del 50% dell'importo assegnato; la scadenza per l'invio delle richieste era fissata nel 2 settembre 2009 (prime richieste) e nel 30 novembre 2009 (seconda fase di apertura). Visto l'interesse dimostrato dagli Enti la delibera di attuazione del Par per il 2010 ha dato l'ulteriore opportunità di presentare nuove domande fino al 30 giugno 2010.

A oggi sono pervenute richieste dai seguenti 18 Enti per complessivi 28 container (vedi tabella 1).

Con Dd 18 novembre 2009, n. 5827 e 29 dicembre 2009, n. 6875 il Settore produzioni agricole zootecniche ha provveduto alla assegnazione delle risorse per l'annualità 2010 (per ulteriori 40.000 di euro).

È stato costituito uno specifico gruppo di studio il cui compito è stato quello di predisporre, nei tempi più rapidi possibili considerata la complessità della materia, il presente documento di riferimento per l'acquisizione, la messa in opera e la gestione dei punti di stoccaggio; il gruppo è stato costituito nel dicembre 2009 e ha lavorato nei mesi di gennaio-aprile 2010. Come stabilito in una riunione che si è tenuta in Regione con tutti gli Enti richiedenti il 2 ottobre 2009 la Regione procederà alla liquidazione degli anticipi

solo successivamente alla emanazione del presente documento e su specifica richiesta dei beneficiari, salvo che l'acquisto dei container avvenga mediante bando gestito direttamente dalla Regione Toscana.

Le presenti linee guida sono applicabili alle strutture acquistate e gestite dagli Enti nell'ambito del Piano agricolo regionale.

2. Normativa di riferimento e classificazione dei Sottoprodotti di origine animale (Soa)

I sottoprodotti di origine animale (Soa), ai fini del corretto smaltimento secondo il Reg. (Ce) 1774/2002, sono classificati in Materiali di tipo 1, 2 e 3 a seconda della loro tipologia.

I materiali di tipo 1 possono essere distrutti per incenerimento o senza trasformazione preliminare in farine animali (che possono essere esclusivamente bruciate); i materiali di tipo 2 e 3 possono essere parzialmente riutilizzati come prodotti tecnici (produzione di fertilizzanti, a esempio) o (materiali di tipo 3) come alimenti per alcune tipologie di animali (cani, gatti, pesci, animali da pelliccia).

La classificazione dei materiali segue la regola più restrittiva. Se un materiale di tipo 3 viene immagazzinato con materiali di tipo 1 tutto l'immagazzinato diventa di tipo 1.

Per quanto concerne le carcasse degli animali morti in azienda la necessità di assicurare corrette modalità di raccolta e smaltimento deriva innanzitutto dalla presenza nelle carcasse di ruminanti di organi e tessuti definiti dal reg. Ce 999/2001 come Materiali a rischio specifico (Mrs) per la trasmissione di Encefaliti spongiformi trasmissibili (Tse), classificati quali Soa di categoria 1.

La normativa vieta l'asportazione degli Mrs negli animali deceduti e pertanto l'intera carcassa deve considerarsi Soa di categoria 1 e quindi la pratica di interrare gli animali risulta non più coerente con i principi di precauzione per l'eradicazione di patologie (oltretutto non del tutto note), in quanto si potrebbe verificare, a seguito dell'interramento, una diffusione della malattia nell'ambiente.

La destinazione degli Mrs è quindi esclusivamente la loro distruzione per incenerimento ovvero la messa in sicurezza degli stessi tramite trattamento in idonei impianti riconosciuti a tale scopo ai sensi del Regolamento 1774/2002 (trasformazione in farine animali da utilizzarsi quali combustibili).

Dal 4 marzo 2011 entra in vigore il Reg. Ce 1069/2009 che all'art. 54 abroga il Reg. 1774/2002; qualora la nuova normativa comunitaria, o regolamenti applicativi nazionali/regionali, modificassero sostanzialmente le modalità attuative sarà cura degli uffici competenti aggiornare le presenti linee guida.

3. Tecniche di trasporto, stoccaggio e smaltimento dei Soa

Con delibera di Giunta regionale 27 agosto 2004, n. 825 la Regione Toscana ha definito le direttive per l'applicazione del Regolamento Ce n. 1774/2002 del Parlamento e del Consiglio dell'Unione europea del 3 ottobre 2002, recante norme sanitarie relative ai sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano, che rappresentano le norme fondamentali anche per l'eliminazione dei Soa.

Per quanto concerne l'attività allevatoriale al momento della morte dell'animale, l'allevatore è tenuto a chiamare il Servizio veterinario competente per il rilascio della certificazione inerente la morte del soggetto stesso; al fine del corretto smaltimento della carcassa l'allevatore è inoltre tenuto a disfarsi della carcassa

ricorrendo a specifiche ditte di trasporto dei Soa di tipo 1 verso gli impianti transito o di termodistruzione, oppure trasportando egli stesso direttamente tali carcasse verso impianti autorizzati.

Il trasporto dei Soa, effettuato da operatori economici, deve avvenire con contenitori o mezzi autorizzati dalla Asl competente per territorio. I contenitori e i mezzi devono avere caratteristiche di impermeabilità e impedire la fuoriuscita di materiale; ogni contenitore o mezzo deve essere contrassegnato con strisce di colore diverso (per materiali categoria 1 di colore rosso) e riportare il numero di autorizzazione assegnato e l'identificativo della Asl che ha rilasciato l'autorizzazione.

La delibera Gr 825/2004, al paragrafo 5 "Autorizzazioni dei veicoli e dei contenitori per il trasporto" prevede espressamente al punto 4, che sono esonerati dall'obbligo dell'autorizzazione dei veicoli e dei contenitori per il trasporto gli allevatori che conferiscono carcasse di animali morti nel proprio allevamento direttamente a punti di raccolta o a impianti di eliminazione, come previsto dalla circolare n. 25 del ministero della Sanità del 19 dicembre 1994; il trasporto deve comunque avvenire a seguito di nulla osta da parte del Servizio veterinario dell'azienda Usr competente per territorio, con modalità atte ad assicurare che dal mezzo non si abbiano percolature e con copertura tale da nascondere la carcassa alla vista del pubblico. Il suddetto nulla osta è rilasciato, su richiesta dell'allevatore, dal veterinario della Asl che rilascia il certificato di morte dell'animale.

Tutte le partite di Soa sono scortate da un Documento di trasporto (Ddt) che differisce a seconda della tipologia di materiale (strisce di colore sulla modulistica); i Ddt consentono di tracciare ogni partita. Copia dei Ddt relativi ad animali morti con Mrs (ruminanti) devono essere sottoscritti da un veterinario Asl. Una volta che una singola partita è scaricata in un impianto Soa (sia impianto di transito che di trasformazione) una copia del Ddt viene spedita (o lasciata) al produttore dei Soa e costituisce documento provante l'avvenuto smaltimento.

Le Linee guida della Conferenza Stato-Regioni applicative del Reg. Ce 1774/2002 e la conseguente Dgrt n. 825/2004 di recepimento prevedono la possibilità di stoccare temporaneamente i Soa in appositi contenitori che ne garantiscono la conservazione a temperatura controllata; tali contenitori, devono essere autorizzati quali Impianti di transito (IdT) di Soa.

Anche il trasporto dei Soa dall'IdT all'impianto di termodistruzione deve avvenire con contenitori o mezzi autorizzati dalla Asl competente per territorio; i contenitori e i mezzi devono avere caratteristiche di impermeabilità e impedire la fuoriuscita di materiale e devono essere contrassegnati con le apposite strisce colorate e riportare il numero di autorizzazione assegnato e l'identificativo della Asl che ha rilasciato l'autorizzazione.

Una volta inviati a un IdT o a un impianto di lavorazione, i contenitori devono essere lavati e disinfettati (come previsto dalla normativa vigente); inoltre gli addetti alle varie fasi di lavorazione o che, comunque, entrano in contatto con Mrs devono avere opportuni Dispositivi di protezione individuale (Dpi) di tipologia indicata dalla normativa.

3.1. Punti critici

Il contenimento delle spese a tutti i livelli della filiera è una misura necessaria per garantire l'attivazione del circolo virtuoso produzione Soa/smaltimento corretto.

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

Considerato che gli impianti autorizzati per la lavorazione (incenerimento o trattamento) dei materiali di tipo 1 non sono presenti nel territorio toscano, a oggi gli allevatori, in caso di morte dell'animale, devono ricorrere all'invio delle carcasse in strutture situate fuori regione con costi complessivi di raccolta e di trasporto generalmente molto elevati. Le stesse problematiche interessano le strutture di macellazione per cui i costi di smaltimento dei residui di macellazione assumono ogni giorno valori più elevati. Per ridurre tali costi sarebbe opportuno effettuare il trasporto verso un impianto di quantitativi di materiali di tipo 1 relativamente grandi.

I punti critici per l'abbattimento dei costi sono pertanto:

- trasporto dal punto di produzione dei Soa (es: ovile) al primo impianto di smaltimento;
- pulizia e disinfezione dei contenitori;
- misure di prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro nel caso in cui operatori entrino in contatto con questi materiali;
- trasporto all'impianto di lavorazione e costi smaltimento.

3.2. Le soluzioni praticabili

Nel pieno rispetto della normativa vigente sono state individuate per i punti critici di cui sopra le seguenti soluzioni:

- realizzazione di Impianti di transito (IdT) diffusi sul territorio regionale, costituiti da strutture scarrabili frigoriferi;
- utilizzazione per il trasporto della carcassa dell'animale morto in azienda di un sacco-contenitore autorizzato monouso (sacco di plastica di spessore sufficiente a garantirlo dalla rottura anche se sottoposto a pieno carico), a cura del produttore dei Soa (automobili, motocarri ecc.);
- trasporto degli animali morti in allevamento nel sacco-contenitore effettuato in deroga alla disciplina generale (mezzi e contenitori autorizzati) in conformità a quanto previsto dalla Delibera Gr 825/2004, limitatamente alla movimentazione effettuata direttamente dall'allevatore, anche con mezzi non specificamente dedicati al trasporto di Soa (automobili, motocarri ecc.);
- eliminazione della fase di pulizia e disinfezione dei sacchi-contenitore che, essendo monouso, vengono smaltiti insieme alla carcassa immessa direttamente nel IdT e non sono più riutilizzati;
- lavaggio e disinfezione dell'IdT effettuati a cura dell'impianto di trasformazione in occasione del periodico invio;
- Eliminazione degli specifici Dpi o di altre misure per la normativa Pisl per la mancanza di contatti con i Soa da parte degli operatori dell'IdT.

4. Linee guida e strutturazione del servizio

Per quanto emerso la realizzazione di Impianti di transito (IdT) diffusi sul territorio regionale si rende necessaria per poter fornire una adeguata risposta alle necessità degli allevatori di poter procedere al corretto smaltimento delle carcasse di animali morti a un costo sostenibile. Stante le tipologie attualmente operanti sul territorio tali impianti sono riconducibili a specifici container scarrabili, refrigerati, che assolvono, contemporaneamente, al doppio servizio di stoccaggio e di trasporto verso gli impianti di lavorazione.

Nella successiva scheda 1 sono riportate le caratteristiche fondamentali del cassone scarrabile; nella scheda 2 sono riportate le caratteristiche necessarie dell'area che ospita il container e nella scheda 3 le ulteriori attrezzature indispensabili per il corretto funzionamento dell'impianto.

La collocazione più conveniente del cassone refrigerato scarrabile è presso

una stazione ecologica, in quanto in tali siti sono normalmente già presenti parte delle attrezzature necessarie al funzionamento del container e tali aree sono realizzate in modo da garantire funzionalmente e strutturalmente i requisiti (spogliatoi, servizi igienici ecc...) previsti dalle normative.

Solitamente sono inoltre dotate di:

- bilancia (ogni partita deve essere pesata e il peso riportato sul Ddt);
- braccio meccanico per inserimento dei sacchi-contenitore nel cassone;
- ufficio per la custodia dei sacchi-contenitore e le operazioni di registrazione.

Inoltre trattandosi di una struttura già operante sono presenti specifici operatori negli orari di apertura e talvolta motrici per trasporto degli scarrabili già in dotazione, con conseguente riduzione dei costi di esercizio.

Considerato che il cassone refrigerato scarrabile non può essere collocato presso i centri di raccolta l'eventuale posizionamento di altri impianti che operano nella filiera della sicurezza alimentare, può avvenire esclusivamente tenendo conto delle limitazioni imposte dalla normativa e dalle caratteristiche dell'area come da scheda 2. L'impianto di Transito non può trovare collocazione direttamente all'interno di tali strutture (in quanto da esse deve essere fisicamente separato con opportune recinzioni). Inoltre per poter autorizzare la struttura devono essere rispettati tali requisiti:

- gli impianti devono comprendere gabinetti, spogliatoi e lavabi adeguati per il personale;
- il personale deve essere dedicato.

4.1. Operazioni svolte dal personale operante nell'IdT

Il personale operante nell'IdT svolge le seguenti funzioni:

- cessione dei sacchi-contenitore e di copia di Ddt (entrambi numerati);
- ritiro in orario di apertura di sacchi-contenitore con Soa, verifica del peso, registrazione sul registro carico-scarico, immissione nel contenitore frigorifero;
- verifica rispetto temperatura interna del contenitore frigorifero;
- spedizione dello scarrabile con verifica del peso che deve corrispondere alla somma dei pesi delle partite introdotte;
- gestione dei pagamenti.

4.2. Requisiti autorizzativi

L'impianto di Transito è soggetto ad autorizzazione comunitaria quale impianto di transito di cat. 1 Ce. La normativa di riferimento è il Reg. Ce 1774/2002. Quale impianto riconosciuto, presso l'IdT deve essere predisposto e applicato un piano di auto controllo (Haccp).

Il percorso per conseguire lo stato di impianto riconosciuto Ce è il seguente:

a) richiesta del riconoscimento al Suap del Comune dove l'IdT viene realizzato da parte del soggetto gestore (Delibera Gr 371/2002);

b) il Suap attiva i necessari endo-procedimenti tra i quali la richiesta di parere alla Asl (in genere l'Area professionale Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche del Dipartimento di prevenzione);

c) in caso di esito favorevole della pratica la Asl richiede alla Regione Toscana il numero di riconoscimento e ne dà comunicazione al Suap;

d) Il Sindaco procede al riconoscimento dell'impianto, trasmettendo copia dell'atto alla Regione che provvede all'aggiornamento dell'elenco visibile sul web.

Lo scarrabile deve essere autorizzato anche come contenitore di Soa (durante gli spostamenti verso l'impianto di lavorazione) e a tal fine il soggetto gestore

presenta specifica richiesta alla Asl che rilascia il numero di autorizzazione.

Sia il numero di riconoscimento dell'IdT che di autorizzazione del contenitore (per il successivo trasporto) devono essere affissi allo scarrabile.

Anche i contenitori monouso (sacchi specifici) devono essere autorizzati dalla Asl con le stesse modalità quali contenitori di Soa per il trasporto.

4.3. Criteri generali per la gestione del cassone da parte dell'Ente proprietario

L'Ente proprietario del cassone può disporre l'uso per lo stoccaggio di tutte le tipologie di Soa che ritiene utile per le attività territoriali, fermo restando che dovrà essere garantito preliminarmente il servizio agli agricoltori. Gli enti pubblici proprietari dei container possono gestirli direttamente oppure affidarli in concessione a un soggetto terzo, da individuarsi mediante procedura di evidenza pubblica. Infatti, nel caso in cui l'Ente ritenga che il servizio offerto con il container abbia le caratteristiche del servizio pubblico locale (attività economica esercitata per erogare prestazioni volte a soddisfare i bisogni collettivi ritenuti indispensabili in un determinato contesto sociale) dovrà procedere nel rispetto delle procedure di cui agli articoli 112 e ss del Dlgs 267/2000.

Comunque, anche nel caso in cui l'Ente ritenga che l'attività esercitata con il container non abbia le caratteristiche di attività di servizio pubblico, considerato che il container è comunque un bene di proprietà pubblica, l'Ente deve procedere alla concessione in uso del bene pubblico (container), nel rispetto dei principi di trasparenza, non discriminazione e parità di trattamento. Pertanto anche nel caso di concessione in uso di un bene pubblico l'Ente deve pubblicare un avviso contenente almeno l'indicazione di criteri obiettivi di selezione e l'avviso deve essere oggetto di idonee forme di pubblicazione.

L'Ente beneficiario del contributo, eventualmente per il tramite del gestore, è tenuto a trasmettere trimestralmente alla Regione Toscana (Settore produzioni agricole zootecniche) i dati inerenti i quantitativi di sottoprodotti di origine animale smaltiti, secondo le modalità opportunamente predisposte dal Settore.

4.4. Criteri per l'erogazione del servizio

L'IdT deve essere in grado di garantire almeno la seguente tempistica per l'accettazione di partite di animali morti:

- 12 ore dalla richiesta di conferimento nel periodo 1° maggio/30 settembre;
- 24 ore dalla richiesta di conferimento nel periodo 1° ottobre/30 aprile.

Il Servizio dell'IdT non può essere sospeso con l'ovvia eccezione del giorno di trasferimento dello scarrabile al centro di lavorazione dei Soa. La sospensione non può comunque essere complessivamente superiore alle 24 ore.

Il gestore dell'IdT deve inoltre garantire un servizio di reperibilità telefonica per eventuali richieste.

4.5. Criteri per la determinazione delle tariffe

Salvo per la fase iniziale per cui è ipotizzabile un costo di gestione non completamente ripagato dagli operatori che utilizzano l'impianto, la tariffazione del servizio dovrà garantire l'equilibrio finanziario della gestione dello stesso; per tale motivo ogni operatore che si avvale del servizio dell'impianto deve essere chiamato a corrispondere all'impianto il giusto importo per il servizio ricevuto. A regime per gli allevatori dovranno essere praticate tariffe quanto più basse possibili e dovrà essere per capo e non per kg.

Le richieste	
Ente richiedente	Numero container
Com. montana del Mugello	2
Com. montana Media Valle del Serchio	1
Com. montana Garfagnana	1
Com. montana della Lunigiana	2
Circondario Empolese Valdelsa	1
Provincia di Lucca	2
Provincia di Livorno	2
Provincia di Pisa	2
Provincia di Grosseto	2
Com. montana Amiata Val D'Orcia	1
Comunità montana Colline Metallifere	1
Unione dei Comuni del Pratomagno	2
Comunità montana Colline del Fiora	1
Provincia di Siena	2
Comunità montana Amiata Grossetano	1
Comunità montana Valtiberina Toscana	2
Provincia di Arezzo	2
Comunità montana del Casentino	1
Comunità montana Alta Val di Cecina	1

Le tariffe per la raccolta di altre tipologie di Soa sono a discrezione del gestore.

Requisiti minimi di un Impianto di Transito Soa collocato presso una stazione ecologica (i requisiti di cui al Reg. 1774, sono solitamente soddisfatti ma devono comunque essere verificati da parte dell'autorità competente - Azienda Usr - prima della richiesta di riconoscimento)

Requisiti strutturali
L'IdT è una struttura refrigerante dove vengono stoccati i Soa in attesa del trasporto all'impianto di lavorazione.

Le caratteristiche dello scarrabile possono essere riassunte come da scheda 1 (vedi).

L'area dove il cassone è collocato deve avere le caratteristiche di cui alla scheda 2 (vedi).

Per garantire il funzionamento del IdT sono necessarie le attrezzature di cui alla scheda 3 (vedi).

Scheda 1

Caratteristiche dello scarrabile refrigerato

- Deve essere realizzato in materiale coibentato e a tenuta stagna, lavabile e disinfettabile
- Deve essere trasportabile e quindi dotato di telaio scarrabile;
- Deve avere indicativamente le seguenti dimensioni:
 - dimensioni esterne: lung. cm. 605 - largh. cm. 244 - alt. cm. 260;
 - dimensioni interne: lung. cm. 550 - largh. cm. 229 - alt. cm. 220;
 - capacità interna almeno mc. 27 - peso a vuoto ql. 45 circa.
- Deve essere dotato di apertura sulla superficie superiore il cui funzionamento idraulico sia azionabile da un operatore a terra con mezzo non caricato sulla motrice;
- Deve essere dotato di apertura della faccia posteriore azionabile sia da un operatore con mezzo non caricato sulla motrice che in fase di scarico per gravità (reclinabile);
- Entrambe le aperture devono avere dimensioni tali da consentire l'eventuale inserimento di un capo bovino adulto con impiego di mezzi meccanici;
- Deve essere dotato di un gruppo refrigerante in grado di garantire una temperatura di esercizio -8°C con alimentazione elettrica a 220V o a 380V;
- Deve essere dotato di un dispositivo di registrazione della temperatura interna mediante sonde; tale dispositivo deve indicare la temperatura istantanea e consentire di ottenere una registrazione stampabile delle temperature dei 7 giorni precedenti per ogni 30 minuti;
- Deve essere presente un dispositivo di rilevazione della temperatura interna dotato di un segnale di allarme acustico o visivo nel caso in cui la temperatura interna salisse oltre valori predeterminati (es: -5°C).

Scheda 2

Caratteristiche dell'area che ospita un Impianto di transito

- L'IdT deve essere posto in un'area recintata;
- L'accesso all'area è sorvegliato;
- L'ingresso all'IdT deve essere distinto da ingressi dedicati ad altri impianti che trattino qualsiasi tipologia di alimenti;
- La superficie a servizio dello scarrabile deve essere impermeabilizzata e le acque devono essere canalizzate verso fognatura;
- Deve essere presente un punto di presa elettrica a 220V o a 380V;
- La zona per le operazioni di scarico dei Soa deve essere coperta;
- L'area deve essere illuminata;
- A uso del personale che opera nell'area devono esserci servizi igienici e spogliatoi, eventualmente anche di tipo mobile; tali strutture possono eventualmente essere anche quelle in uso ai dipendenti eventualmente collocati in area limitrofa (sempre con esclusione di impianti che operano nella filiera della sicurezza alimentare).

Scheda 3

Attrezzature necessarie per il funzionamento di un IdT

- Cassone scarrabile refrigerato;
- Bilancia con portata di almeno 200 kg (per ovini - suini);
- Locale per custodia documenti (registro carico-scarico, Ddt, sacchi e altro)
- Superficie coperta (tettoia) per le operazioni di carico e per eventuali verifiche dei Soa conferiti (accertamenti sanitari);
- Sollevatore (automezzo con ragno o altro per caricamento Soa);
- Deve essere presente o facilmente raggiungibile una stazione di pesa pubblica (per peso scarrabile pieno prima della spedizione e per la pesa dei bovini).

Sanità
Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Beatrice Sassi
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 47 del 14-20 dicembre 2010 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

ALIMENTI

Oltre 3mila aziende coinvolte nel progetto sui prodotti del territorio



Cibi sani con la filiera corta

Già trenta «mercatali» e iniziative con ristoratori e operatori turistici

Frutta, verdura, miele, formaggi, salumi e in generale tutti i prodotti agroalimentari del territorio che vengono veduti direttamente dai produttori e vanno sulla tavola dei consumatori toscani. È questo il concetto di «Filiera corta» ed è su questo che la Regione Toscana lavora da tempo grazie a un progetto regionale che incentiva e sostiene iniziative pubbliche volte alla creazione di «mercatali», di spazi e canali di vendita diretta per i produttori e di iniziative volte a favorire l'informazione dei consumatori e il coinvolgimento dei diversi protagonisti della filiera agroalimentare del territorio. Un sistema che ha dimostrato di essere efficace e gradito, sia ai consumatori, che possono trovare i prodotti a chilometri zero, più freschi e salubri, sia ai produttori che possono instaurare un rapporto di fiducia con i clienti e riescono a ottenere una remunerazione più equa per il loro lavoro saltando i troppi passaggi della distribuzione tradizionale.

A oggi, grazie al progetto regionale «Filiera corta» sono stati inaugurati 30 «mercatali» e una serie di spacci in sede fissa dislocati in tutta la Toscana. Vi sono inoltre una serie di altre iniziative, che sono state realizzate in occasione di



eventi culturali, e i cosiddetti «patti di filiera», volti proprio a coinvolgere non solo i produttori e i trasformatori, ma anche altri operatori come ad esempio quelli della ristorazione e del turismo. Altri progetti sono in fase di avvio per i prossimi mesi. Complessivamente sono interessate al progetto «Filiera corta» circa 3mila aziende agricole e 200 aziende di altri settori. Con questo progetto la Regione Toscana eroga contributi a fondo perduto all'80% della spesa ammessa agli enti pubblici che attiveranno le iniziati-

ve. Ed ecco in dettaglio la tipologia finanziabile:

Mercati dei produttori. Sono i cosiddetti «mercatali», gli eventi periodici locali (almeno una volta al mese) all'aperto per la vendita diretta di prodotti di qualità e di prodotti locali riservati ai produttori della zona interessata.

Regala la Toscana. Sono i «mercatali» che assumono la forma di mercato di Natale, sull'esempio di quelli del Nord d'Italia, con confezioni di prodotti alimentari e di artigianato locale studiate appositamente.

Previsti contributi a fondo perduto sull'80% della spesa

Spacci locali. Sono punti di vendita diretta al chiuso gestiti in forma associata da imprenditori agricoli sull'esempio dei farmer's market americani.

Patti di filiera. La Regione promuove accordi fra produttori agricoli e operatori di altri settori: ristorazione, commercio e turismo, per la vendita dei prodotti agricoli di qualità e locali, secondo modalità da concordare fra le categorie.

Agricoltura in piazza. Sono le manifestazioni organizzate in genere una volta all'anno per la valorizzazione e presentazione dei prodotti tipici del territorio. Oltre alla eventuale commercializzazione del prodotto è necessario che vi siano momenti di informazione dei consumatori finalizzati allo sviluppo della conoscenza dei prodotti della zona anche in collaborazione con le organizzazioni di rappresentanza dei produttori.

Arte e cibo. Allestimento all'interno dei musei di uno spazio dedicato alla cultura e tradizione enogastronomia della Toscana, di esposizione e vendita di campioni promozionali e di materiale informativo di una selezione di prodotti toscani di qualità.

pagina a cura di Laura Pugliesi

LA DISTRIBUZIONE NELLE SCUOLE

Frutta gratis a 67mila bambini

Se la salute sta nel piatto è importante che si cominci fin da piccoli. Ed è proprio con questo obiettivo che anche per l'anno scolastico 2010-2011 è stato rilanciato in Toscana il programma «frutta nelle scuole». L'iniziativa ha l'obiettivo di diffondere fra i bambini il consumo di frutta, alternativa naturale e salubre sotto il profilo di una corretta alimentazione ai tanto amati snack e agli altri prodotti confezionati di produzione industriale.

Grazie a questo programma in Toscana usufruiranno di distribuzione gratuita di frutta e verdura circa 67mila bambini della scuola primaria. Si applicano in questo modo i Regolamenti Ue 13/09, 288/09 e 1234/07, che recano norme specifiche per il settore ortofrutticolo, per cui è di fondamentale importanza prevedere il finanziamento di un programma continuativo finalizzato a sostenere il consumo di prodotti ortofrutticoli nelle scuole primarie. Il programma prevede la distribuzione da novembre a maggio 2011, per un numero pari a 28 momenti di consumo extra mensa per bambino. La frutta che mangeranno i bambini delle primarie sarà di stagione, l'origine sarà rigorosamente certificata con la Dop o la Igp oppure con la produzione biologica o da produzione integrata, e naturalmente, là dove sarà possibile, la frutta sarà proveniente dal territorio. L'educazione alimentare fa parte integrante e fondamentale del programma. Vi saranno giornate a tema, accompagnate da attività pratiche e dimostrative, visite a fattorie didattiche, aziende agricole, centri di lavorazione o di trasformazione, musei dedicati all'alimentazione o all'agricoltura, orti botanici o mercati degli agricoltori, ma vi sarà anche l'impegno diretto con la realizzazione di orti scolastici e l'allestimento di laboratori in classe. Non mancheranno gadget personalizzati con il logo del programma frutta nelle scuole, ausili e materiali informativi e didattici che riguarderanno i prodotti ma anche le specificità produttive del territorio di riferimento. Il programma della Toscana, «frutta nelle scuole», si collega al programma nazionale intersettoriale «Guadagnare Salute» che ha proprio come obiettivo primario quello di promuovere la salute del cittadino attraverso scelte consapevoli del consumo alimentare, nella consapevolezza che una scorretta alimentazione in particolare nell'età evolutiva rappresenta un fattore di rischio di rilevanza sociale con aumentato rischio di obesità e disturbi del comportamento nelle età successive.

PROGETTO EUROPEO PER CORSICA, LIGURIA, SARDEGNA E TOSCANA

È un progetto finanziato dall'Unione europea con 6 milioni di euro fino al 2013, e riunisce Corsica, Liguria, Sardegna e Toscana, che ne è capofila. Si chiama «Marte+», significa «Mare, ruralità, terra» e il suo obiettivo è quello di creare un sistema teso a valorizzare e incrementare la competitività del settore agroalimentare nella vasta e importante area settentrionale del Mediterraneo, dove si affacciano le quattro Regioni coinvolte. Partendo dalle difficoltà congiunturali che stanno limitando lo sviluppo economico

Pesca, agricoltura e turismo per fare sviluppo

generale, le quattro Regioni coinvolte hanno individuato nelle possibilità di operare insieme, offerte dal programma operativo Italia-Francia Marittimo, un'opportunità strategica in settori tradizionali presenti in tutte e quattro le realtà produttive.

L'idea base del progetto è quella di creare un percorso di sviluppo comune al settore agricolo e a quello della pesca, attraverso interventi mirati all'inno-

vazione di prodotto e di processo e ad azioni di promozione congiunta delle produzioni transfrontaliere non tralasciando collegamenti con il settore turistico. Si tratta in sostanza di rivalorizzare una tradizione produttiva legata all'agricoltura e alla pesca innestando da una parte elementi di rinnovamento, come forme di accoglienza turistica legate ai luoghi di produzione, dall'altra recupero di capacità di commercializza-

zione puntando a fattori qualitativi legati alla filiera corta e alla sostenibilità ambientale.

Per quanto riguarda nello specifico la Toscana, l'intervento più significativo riguarda la creazione di due centri pilota innovativi capaci di promuovere di produzioni locali, ma anche di sviluppare punti di attrazione turistica legati ai prodotti di terra e di mare provenienti dall'intera area coinvolta nel progetto.

La localizzazione dei due centri è stata individuata a Grosseto (Porta Sud) e a Viareggio (Porta Nord). Il primo troverà sede all'interno del Parco regionale della Maremma, coinvolgendo l'azienda agricola di Alberese; l'obiettivo è quello di creare un punto dedicato all'accoglienza turistica, dove sia possibile la degustazione e l'acquisto, ma anche sede di attività divulgativa e didattica. Il secondo avrà come punto di riferimento l'attuale sede dell'Apt, ma avrà anche articolazioni operative distribuite sul territorio viareggino.

IL DOCUMENTO DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI

Dai governatori un «no» deciso agli Ogm

Il «no agli Ogm» è stato ribadito forte e chiaro, all'unanimità, dagli assessori all'Agricoltura delle Regioni italiane riuniti a Roma nella Commissione politiche agricole della conferenza delle Regioni e Province autonome.

Una presa di posizione che è stata poi ripresa anche dai Presidenti delle Regioni. Per la Toscana, che è stata la prima Regione italiana a varare una legge regionale contro gli organismi geneticamente modificati, la nuova presa di posizione corale assume un duplice significato. Il primo è quello di un ulteriore passo avanti sulla linea che la Regione Toscana aveva imboccato per prima, il secondo sta nella linea di con-

dotta che le Regioni hanno indicato allo Stato rivendicando, a termini di Costituzione, la loro competenza esclusiva in materia di agricoltura e impegnando il ministro a un comportamento coerente con le scelte delle Regioni stesse.

Il documento votato infatti «impegna il ministro delle Politiche agricole, alimentari e forestali a rappresentare anche in occasione delle riunioni in sede comunitaria la posizione unanime delle Regioni e delle Province autonome, l'assoluta contrarietà, rispetto alla autorizzazione della coltivazione degli organismi geneticamente modificati sul territorio nazionale».

GRANDE SUCCESSO DEL BANDO: ACCOLTI 76 PROGETTI

Biologico e tipico fanno il pieno nelle mense

Vanno forte i cibi biologici, tipici, tradizionali e con il marchio «agriqualità» nelle mense pubbliche della Toscana. Il bando emesso durante l'estate dalla Regione per la promozione di questi cibi e per l'educazione alimentare e l'aggiornamento professionale, che quest'anno aveva una dotazione di 700mila euro, ha fatto registrare il «tutto esaurito» con la presentazione di 76 domande accolte e altre 32 giunte invece fuori termine.

Questa misura ha più di un obiettivo. Il primo è quello di incrementare il consumo di cibi genuini, prodotti sul territorio, e di far conoscere e diffondere qualità e tipicità, che in Toscana vantano livelli di eccellenza. Il secondo, che è direttamente collegato, è quello di dare un sostegno ai produttori locali, la cosiddetta «filiera corta», e di dare un impulso all'innovazione. Naturalmente,

su tutto, la promozione del consumo di prodotti locali e di qualità è volta a una maggiore salubrità e correttezza nell'educazione alimentare. Purtroppo le risorse che è stato possibile mettere a disposizione si sono rivelate insufficienti rispetto alla richiesta. Fra i 76 progetti finanziati, alcuni (16) sono stati classificati come «progetti pilota»: riceveranno il 90% dell'importo di spesa del progetto. I rimanenti progetti riceveranno un contributo che va dal 20%, al 25% al 60% dell'importo a seconda della tipologia del progetto («scuola in fattoria», «mensa toscana», «orti scolastici»). I progetti «pilota» sono nei comuni di Terranuova Bracciolini, Scandicci, Bucine, Bagno a Ripoli, Castelnuovo Berardenga, Massarosa, Figline Valdarno, Quarrata, Vernio, Filattiera, San Giovanni d'Asso, Montemurlo.

SIENA Al policlinico Santa Maria alle Scotte la prima cura italiana per il retinoblastoma

Il microcatetere salva-occhi



Il tumore è diffuso soprattutto nei bambini - Il 60% dei pazienti è guarito

La nuova cura per il retinoblastoma, il tumore dell'occhio più diffuso nei bambini, la prima in Italia di questo tipo e messa a punto a Siena, funziona. I risultati dello studio sperimentale sono molto promettenti: in due anni, su 38 bambini trattati, circa il 60% sono guariti, salvando così gli occhi dall'enucleazione.

L'importante risultato è stato realizzato grazie alla collaborazione di Doris Hadjistilianou, responsabile del centro retinoblastoma dell'Uoc Oftalmologia, e di Carlo Venturi, direttore dell'Uoc Nint - Neuroimmagini e Neurointerventistica del policlinico Santa Maria alle Scotte, con il supporto di un

team multidisciplinare formato da pediatri, genetisti, patologi, biochimici e neuroradiologi. «È una nuova opportunità terapeutica - spiega Hadjistilianou - che si aggiunge a quelle tradizionali e che può permettere di evitare l'enucleazione dell'occhio attraverso una tecnica di chemioterapia selettiva in arteria oftalmica, eseguita dal neurointerventista e che abbiamo studiato presso lo Sloane Kettering centre di New York. Prima dell'intervento i pazienti vengono accuratamente selezionati, in base alle caratteristiche cliniche della malattia, dall'oculista».

Questa tecnica, approvata dal Comitato etico, è

una metodica angiografica di microcateterismo. «Attraverso un catetere sottilissimo e flessibile, che viene introdotto all'altezza dell'inguine nell'arteria femorale - spiega in dettaglio Venturi - possiamo arrivare sino all'arteria oftalmica da cui origina l'arteria centrale dell'occhio, e somministrare selettivamente una sostanza chemioterapica attiva ed efficace, con minima invasività oculare, che aggredisce il tumore e che ha bassissima tossicità per la retina».

Da giugno 2008 a novembre 2010 sono state effettuate 142 procedure di somministrazione su 38 pazienti per un totale di 41 globi oculari.

Alcuni bambini infatti avevano entrambi gli occhi colpiti da retinoblastoma. Il progetto è stato portato avanti su due tipologie di pazienti: bambini alla prima diagnosi (con malattia in stadio avanzato) e bambini già sottoposti ad altre terapie senza successo (trattamenti focali o chemioterapia sistemica). A 6 mesi dalla fine del trattamento si è ottenuta una guarigione dalla malattia in 18 occhi, con il 60% di successo nel totale dei bambini.

Ines Ricciato
Ufficio stampa

Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena

PISTOIA

Stop all'«ora del passo» in ospedale: rianimazioni aperte aiutano la cura

La cosiddetta «ora del passo» è stata abolita anche nelle rianimazioni degli ospedali di Pescia e Pistoia dell'Asl 3. L'accesso non è più limitato ma esteso nell'arco della giornata per rispondere ai bisogni del paziente e per valorizzare il ruolo dei familiari nel processo di cura. Questo risultato è il frutto di un lungo percorso formativo, organizzativo e culturale, per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, fortemente voluto dagli operatori sanitari, medici e infermieri.

Ricadute positive: ridotti l'ansia e i problemi cardiaci

Mentre la maggior parte delle rianimazioni italiane restano strutturalmente chiuse, e dove prevale l'idea che la riduzione dei contatti protegga il paziente da eventuali infezioni e tuteli gli operatori sanitari dalle interferenze dei familiari nel processo di cura, negli ospedali di Pescia e Pistoia le équipe sanitarie si sono impegnate per ridurre o abolire ogni tipo di restrizione: temporale, fisica e relazionale.

«Nello specifico - hanno spiegato i due responsabili Luca Rosso e Leandro Barontini - l'apertura delle rianimazioni ha richiesto un cambiamento organizzativo notevole e uno sforzo da parte di tutto il personale, ora impegnato

anche in un «lavoro relazionale» che si è moltiplicato». Mentre nel passato le visite alle terapie intensive erano consentite due volte al giorno ormai da tempo l'Asl 3 ha adottato un modello di «rianimazione aperta» per andare incontro ai bisogni del gruppo familiare che deve percepire come «sufficiente» il tempo trascorso con il paziente. È pertanto un «modello» inteso non come di «libero accesso», ma è piuttosto un reparto che accoglie e favorisce l'interazione tra paziente, familiari e staff curante.

Gli effetti ottenuti con la nuova modalità di visita hanno ricadute positive sia sul piano clinico sia su quello psicoaffettivo. I medici hanno riscontrato, a esempio, che la riduzione della sintomatologia ansiosa, associata al regime di visita libera, ha determinato in molti casi un migliore profilo neuro-ormonale e di conseguenza una minore incidenza di insufficienza cardiaca. Dati, questi, che hanno suggerito ai sanitari che aspetti apparentemente organizzativi possono avere ricadute significative sul piano clinico.

Daniela Ponticelli
Ufficio Stampa Asl 3 Pistoia

LIVORNO

Record di Hiv con 40 nuovi casi: quinto posto in Italia per incidenza

Record di sieropositivi nella provincia di Livorno. I dati, che sono stati presentati in occasione della giornata mondiale di sensibilizzazione contro l'Aids, evidenziano un triste record: sono stati 40, due dei quali proprio negli ultimi giorni, i nuovi casi di sieropositivi riscontrati, una cifra mai raggiunta negli anni precedenti. «I dati sono preoccupanti - dichiara Sani Spartaco, direttore dell'Unità operativa di Malattie infettive - soprattutto se

Campagne mirate di educazione e informazione

anche la modalità di trasmissione: se un tempo avveniva principalmente per uso promiscuo tra tossicodipendenti di siringhe e l'età media era 27 anni, recentemente sono cambiati i fattori sociali e i comportamenti individuali. Adesso il contatto avviene tramite rapporti sessuali tra uomini e donne e i primi a fare il test sono i 40enni».

Dal punto di vista della prevenzione sono stati fatti interventi incisivi su tutto il territorio livornese come le campagne d'informazione per l'educazione sessuale grazie anche all'utilizzo dei mezzi di comunicazione dei giovani come YouTube.

«Abbiamo attivati percorsi di educazione sessuale - dichiara Fioretta Pratesi, responsabile dell'Educazione alla salute - riuscendo a raggiungere oltre 4.600 giovani».

«Davanti a pericolo come questo - dichiara Luca Lavazza, direttore sanitario dell'Asl 6 Livorno - non si può abbassare la guardia. È importante continuare con le campagne di sensibilizzazione insieme anche al volontariato».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

SIENA

Analisi sprint al Pronto soccorso per prevenire il rischio d'infarto

Nel corso del recente XXIV° Congresso nazionale di Verona, la Società italiana di Medicina di laboratorio ha premiato uno studio presentato da Gabriella Gasparri, tecnico del laboratorio di Analisi chimico cliniche specialistiche universitario dell'Aoup, per «l'originalità del contributo scientifico alla conoscenza delle problematiche della Medicina di laboratorio».

La ricerca premiata, svolta in collaborazione con il pronto soccorso, ha riguardato il dosaggio plasmatico della copeptina quale marcatore per la diagnosi precoce di infarto cardiaco ed è stata condotta

La ricerca premiata a livello nazionale dai patologi clinici

in collaborazione con il pronto soccorso, ha riguardato il dosaggio plasmatico della copeptina quale marcatore per la diagnosi precoce di infarto cardiaco ed è stata condotta su oltre 80 pazienti presentatisi al pronto soccorso con dolore toracico. Il laboratorio ha messo a punto una metodica automatizzata per il dosaggio della copeptina che consente di avere il risultato in soli 60 secondi e non risente di possibili interferenze di altre sostanze come l'emoglobina, spesso presente nei campioni ematici prelevati con ago-cannula in situazioni di emergenza a seguito di emolisi.

«I marcatori fino a oggi utilizzati nella diagnostica di laboratorio per l'infarto del miocar-

dio presentano scarsa sensibilità e specificità - ha commentato Pietro Pietrini, direttore dell'Unità operativa e del dipartimento di Medicina di laboratorio e diagnostica molecolare dell'Aoup - lasciando spesso dubbio il quesito diagnostico di fronte al paziente con sintomatologia sospetta. Questo studio migliora la qualità del servizio assistenziale e dimostra come assistenza e ricerca siano intimamente connesse».

Fra l'altro questo risultato arriva proprio a ridosso di un passaggio fondamentale per l'ospedale pisano, con l'imminente trasferimento del Pronto soccorso nel nuovo Dea, una struttura ad altissima tecnologia e con un elevato livello di integrazione fra le varie specialistiche legate all'emergenza-urgenza, favorito anche dal fatto di essere concentrate in un'unica sede. La ricerca è stata condotta da Gabriella Gasparri, Luigi Olivieri, Massimo Santini, Cinzia Pacini, Simona Pierini, Maria Rita Metelli e Pietro Pietrini.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Policlinico Santa Maria alle Scotte

IN BREVE

▼ PISA

Si è tenuto dall'1 al 3 dicembre 2010, all'interno dell'Unità operativa di Chirurgia generale e colon rettale, il II° corso rivolto a chirurghi generali provenienti da ogni parte della penisola dal titolo «Chirurgia laparoscopica della parete addominale». Nell'ambito della chirurgia della parete addominale, il trattamento laparoscopico del laparocoele rappresenta un'area di innovazione terapeutica che punta a minimizzare l'invasività dell'atto chirurgico. Il corso, articolato in una giornata teorica, una parte pratica in sala operatoria ed una parte sperimentale sul modello animale, era dedicato all'insegnamento della tecnica chirurgica riguardante la riparazione con protesi di laparocoele, ernia inguinale ed ernia ombelicale con tecnica mini-invasiva laparoscopica.

▼ EMPOLI

Il 2 e il 3 dicembre al centro studi «I Cappuccini», si è approfondita la conoscenza sulla sindrome autistica per imparare a gestire le situazioni e gli atteggiamenti di chi ne soffre. Occasione il convegno «I comportamenti problematici: strategie di intervento». Nel corso delle due giornate è stato dato ampio spazio ai temi dei disturbi sensoriali e dei comportamenti ossessivi nell'autismo, alla gestione dei comportamenti problematici a scuola, alle strategie educative efficaci. Sono stati affrontati argomenti quali la sessualità nell'autismo, la preparazione per i genitori e l'autismo ad alto funzionamento. Il convegno era rivolto a medici, pediatri, neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi, terapisti, educatori, assistenti sociali, infermieri e genitori.

▼ LUCCA

Nella struttura del Polo didattico e formativo dell'Asl 2 Lucca a S. Maria a Colle sono 25 i neo-laureati dottori in infermieristica. Di questi 16 hanno svolto tutto il loro percorso formativo a Lucca. A partire dall'anno accademico 2007/2008 La facoltà di Medicina dell'Università di Pisa ha infatti decentrato presso l'Asl lucchese il corso di laurea di 1° livello in infermieristica creando un'offerta formativa originale e specialistica, ben collegata con l'identità sanitaria del territorio. Si tratta di una struttura che si pone il preciso obiettivo di «creare qualità» nello sviluppo delle competenze professionali e questa eccellenza è confermata dai 16 neo-laureati che nella prima sessione di novembre hanno ottenuto ottimi voti nei tempi previsti dal piano di studio.

CALENDARIO



MASSA E CARRARA

Il 14, 21 e 30 dicembre L'Asl 1 ha organizzato un seminario su «La notifica delle malattie infettive e il nuovo software di gestione Nsis. Non solo burocrazia!». Obiettivo è far capire che la notifica di malattia infettiva, non è un atto burocratico, ma può fornire più informazioni sulla malattia.



SIENA

«Il trattamento chirurgico della sordità: attualità e prospettive» è il convegno che si terrà nell'Aula Magna del rettore dell'Università di Siena: si parlerà di otosclerosi, miringoplastica, ossiculoplastica, protesi, impianto cocleare nel bambino e chirurgia del neurinoma dell'acustico. Info: 0577232131/232129, pizzuto@unisi.it, mazza@unisi.it.



FIRENZE

Seconda edizione dal 16-18 dicembre di «Eunomia Sanità», master di alta formazione sulle politiche per la salute, organizzato con la Regione a Villa Morghen a Settignano (Fi). Obiettivo: elevare le competenze di chi ha responsabilità della promozione e tutela della salute. Info: 05547891322, eunomiasanita@guestsystem.com.

Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN
GR
LIB

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

GIOR
NALI
E
RIVISTE

INTER
NET
PER
TUTTI

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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