

Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 40 anno XIV del 25-31 ottobre 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

Un calendario costantemente aggiornato

di Giorgio Bartolozzi *

La vocazione di una Regione nei confronti della prevenzione primaria delle malattie infettive si rileva dalla lettura del suo calendario vaccinale, cioè dall'elenco dei vaccini attivamente resi disponibili, senza spesa, per la popolazione alle diverse età, dal lattante al bambino, all'adolescente, al giovane adulto e all'anziano. Ogni Regione ha un suo calendario: quello della Regione Toscana è in Italia fra i più aggiornati e fra quelli culturalmente più completi.

Questo è dovuto all'attenzione che nella nostra Regione è sempre stata riservata alle attività di prevenzione e al lavoro integrato svolto dal livello regionale con i professionisti del territorio che trova la sua sintesi nel lavoro svolto dalla Commissione regionale Vaccini e Malattie infettive. Di questa commissione fanno parte cultori della materia in ambito regionale, pediatri di famiglia, medici di medicina generale, docenti universitari di pediatria e di igiene pubblica, responsabili delle vaccinazioni a livello di Asl, farmacisti ospedalieri ed esperti sull'argomento in discussione, diversi da una volta all'altra. La molteplicità di preparazione dei diversi componenti è stata la chiave del successo.

Il Calendario regionale delle vaccinazioni viene continuamente adeguato, vengono presi in esame i nuovi vaccini, la situazione epidemiologica e soprattutto la letteratura

CONTINUA A PAG. 2

PREVENZIONE

Parte la campagna di vaccinazione: un milione di dosi ai cittadini

Ecco il piano anti-influenza

Offerta gratuita alle categorie a rischio - Investiti 5 milioni di euro

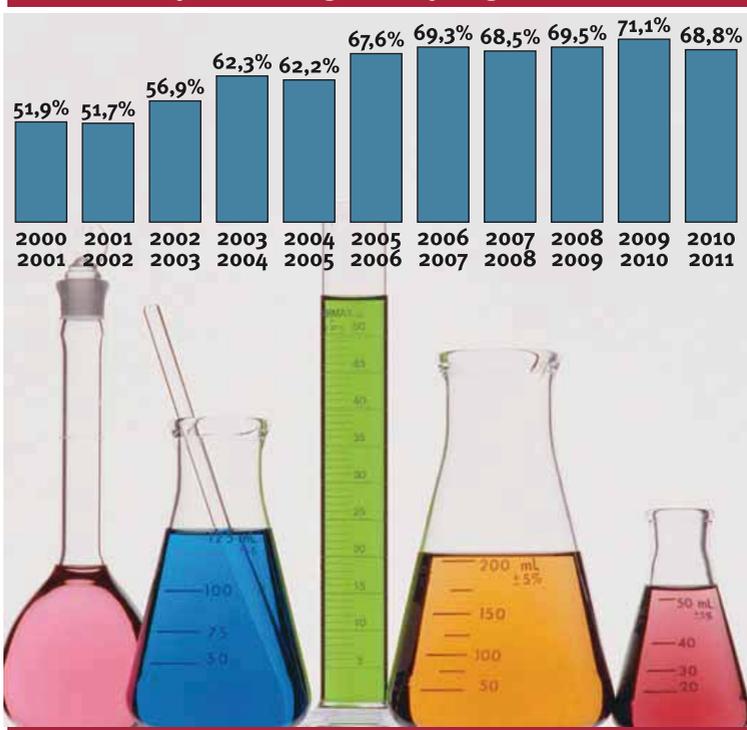
Anche quest'anno, a partire dalla seconda metà di ottobre, il Servizio sanitario della Toscana lancia la campagna per la vaccinazione antinfluenzale, mettendo a disposizione circa un milione di dosi di vaccino per garantire la protezione della popolazione a rischio.

La vaccinazione verrà offerta gratuitamente tramite i medici di famiglia e i presidi ambulatoriali delle Aziende sanitarie locali, a: persone di età pari o superiore a 65 anni; bambini di età superiore a 6 mesi e adulti affetti da particolari patologie croniche; bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico; bambini pretermine e di basso peso alla nascita; donne che saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica; individui ricoverati in strutture per lungodegenti, personale sanitario di assistenza, soggetti adetti a pubblici servizi, familiari di soggetti a rischio, soggetti a rischio per motivo occupazionale a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.

Per assicurare il vaccino alla popolazione toscana target della campagna, saranno spesi circa 5 milioni di euro al fine di prevenire le complicanze e ridurre del 70-80% la mortalità legata all'influenza.

La stagione passata la vaccinazione ha sofferto delle conseguenze delle polemiche legate alla pandemia e per la prima volta la copertura vaccinale ha registrato una flessione negativa, flessione contenuta in Toscana ma che in altre Regioni è stata molto spiccata. Il vaccino antinfluenzale, nelle sue varie formulazioni, è riconosciuto universalmente come il mezzo più efficace e conveniente per prevenire l'influenza e le sue complicanze, raramente ha effetti collaterali ed è consigliato a tutti, ma soprattutto a quelle categorie, per le quali la vaccinazione è offerta gratuitamente dal Ssr, che dalle complicanze dell'influenza possono avere le conseguenze più gravi.

La copertura negli anni per gli "over 65"



SALUTE DIGITALE

La visita si prenota e si paga alle Poste

I servizi sono disponibili nei 434 uffici provvisti di "Sportello amico"

In Toscana sarà possibile prenotare le visite mediche e pagare i ticket sanitari direttamente all'ufficio postale. Sono queste alcune tra le novità principali previste dal protocollo d'intesa firmato a Roma il 13 ottobre tra Poste italiane e Regione Toscana, nel quadro dei servizi di e-Government in materia di salute e in linea con il programma "Reti amiche". I cittadini toscani potranno così servirsi dei 434 uffici postali regionali provvisti di "Sportello amico" per prenotare la visita e versare il relativo ticket sanitario senza doversi necessariamente recare negli uffici della Asl. I referti saranno poi ricevuti comodamente a casa, nel formato cartaceo o via email, ovvero essere chiesti direttamente all'Ufficio postale. L'intesa prevede inoltre la realizzazione di una rete logistica per la consegna dei farmaci a domicilio e anche l'avvio di servizi studiati su misura per la Regione Toscana, come l'utilizzazione della Posta elettronica certificata per la trasmissione di referti diagnostici, l'ideazione di sistemi innovativi di comunicazione istituzionale nel settore sanitario e lo sviluppo di sistemi di incasso e rendicontazione delle prestazioni sanitarie.

La Regione Toscana anche nella stagione influenzale 2011-2012 continuerà a partecipare alla Rete nazionale di sorveglianza della Sindrome influenzale, InFluNet. Questa si basa sulla segnalazione, da parte di un campione di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta, al Centro interuniversitario di ricerca sull'influenza (Ciri) dei casi di sindrome influenzale osservati ogni settimana tra gli assistiti. Il periodo di sorveglianza epidemiologica, come di consueto, inizia nella 42ª dell'anno 2011 e si prolungherà fino alla 17ª dell'anno 2012. Questo sistema ci permette di calcolare i tassi di incidenza per settimana della malattia quasi in tempo reale, si può stimare che nella scorsa stagione influenzale 2010-2011, con un andamento della diffusione del virus influenzale abbastanza contenuto, in Toscana si siano verificati circa 280.000 casi di sindrome influenzale e in Italia 5.882.000. La fascia di età più colpita è stata quella pediatrica ma sappiamo che le complicanze più gravi si realizzano in soggetti immunocompromessi e negli anziani.

Grazie a InFluNet è possibile registrare anche l'andamento nel tempo dell'epidemia, solo nella stagione pandemica abbiamo avuto un esordio molto precoce con il picco pandemico già nella 46ª settimana 2009, la stagione 2010-2011 si è invece presentata con l'andamento tipico delle passate stagioni influenzali. I primi casi si sono presentati alla fine dell'anno 2010, quindi si è osservato un progressivo aumento nel 2011 che ha raggiunto la massima frequenza nella prima settimana di febbraio. Tutto fa pensare che anche la stagione ormai alle porte registrerà andamenti simili e di conseguenza si consiglia la vaccinazione nel prossimo mese di novembre a tutte le categorie a rischio e a tutti gli operatori sanitari.

Emanuela Balocchini
Responsabile Settore Servizi di prevenzione in Sanità pubblica e veterinaria Regione Toscana

DOCUMENTO A PAG. 4-5

CONTROCANTO

Profilassi su bimbi sani, chance mancata

di Paolo Biasci *

Nonostante la Toscana dal punto di vista delle vaccinazioni, e non solo, abbia raggiunto una posizione elitaria e di guida per le altre Regioni, questa volta ha perso una buona occasione per migliorare lo stato di salute dei cittadini toscani. Mi sarei aspettato infatti maggiore considerazione alla richiesta che, a nome della Fimp, inviai

nel febbraio di quest'anno relativa alla proposta di vaccinazione influenzale nei bambini sani dai sei mesi ai sei anni.

Dobbiamo considerare che i bambini si ammalano di influenza dieci volte più degli adulti: sono loro che diffondono la malattia e, nell'età al di sotto dei due

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Progetti per detenuti a Empoli

La Giunta regionale della Toscana ha approvato le azioni contenute nella proposta presentata dall'Azienda sanitaria locale 11 di Empoli per la realizzazione di interventi terapeutico-riabilitativi diretti ai pazienti internati in ambito penitenziario. Per questo saranno assegnati circa 79mila euro. Tra le azioni è prevista l'attivazione di laboratori interni e l'organizzazione di attività realizzate all'esterno delle strutture penitenziarie, consentendo di consolidare i percorsi di riabilitazione psichiatrica degli internati in condizione di accedere a licenze esterne o programmi di semilibertà. (Delibera n. 798 del 12/09/2011)

Stretta sugli organismi regionali

Modificate le indennità di presenza e i "gettoni" degli organismi collegiali e monocratici in esecuzione della Dgr 781/2011. La Giunta ha provveduto alla ricognizione degli organismi collegiali e monocratici presenti nel sistema regionale e ha individuato gli organismi privi di utilità, di cui propone la soppressione, quelli ritenuti di perdurante utilità e non onerosi per l'amministrazione e quelli ritenuti di perdurante utilità e onerosi, per i quali viene stabilito un gettone di presenza non superiore a 30,00 euro ovvero la decurtazione del 10% del compenso già previsto. (Delibera 799 del 12/09/2011)

ALL'INTERNO

Cure continue agli irregolari

A PAG. 2

Bisturi-robot, Grosseto docet

A PAG. 3

Se il rifiuto vive due volte

A PAG. 6

TERRITORIO A Firenze un'iniziativa per garantire continuità assistenziale agli extra-Ssn



Irregolari, cure post ricovero

La Caritas provvede all'ospitalità o all'invio in strutture riabilitative

È in costante aumento il numero di cittadini non in regola con l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale - stranieri extracomunitari, ma anche comunitari che vivono in situazioni marginali - che vengono ricoverati negli ospedali toscani, e per i quali si pone il problema del dopo. Una volta dimessi, è difficile garantire loro una continuità assistenziale, e in molti casi il ricovero in ospedale viene prolungato proprio per questo motivo. Per dare soluzione a questo problema, Regione Toscana e Comune di Firenze, assieme all'Asl 10 di Firenze, all'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e alla Società della Salute fiorentina, e in collaborazione con la Caritas, hanno messo a punto un "Progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al servizio sanitario nazionale".

La Toscana vuole garantire gli stessi diritti di salute e di assistenza a tutti i cittadini, regolari o irregolari. Il Piano sanitario vigente pone tra gli obiettivi la definizione di per-

corsi assistenziali integrati per stranieri in situazioni di disagio, vittime di incidenti o colpiti da gravi malattie, che, una volta dimessi dall'ospedale siano sprovvisti di adeguate forme di assistenza. E una legge regionale del 2009 dispone che tutti i cittadini presenti sul territorio nazionale abbiano il diritto agli interventi socio-sanitari urgenti che ne garantiscano salute e dignità. Il progetto di continuità assistenziale vuole essere una risposta concreta a questa esigenza, e dopo la sperimentazione fiorentina potrebbe poi essere esteso anche ad altre realtà.

Destinatari del progetto sono: cittadini extracomunitari irregolari muniti di attestato Stp (Straniero temporaneamente presente); cittadini extracomunitari con permesso di soggiorno ma privi di residenza o di domicilio e senza fissa dimora; cittadini comunitari Stp (bulgari e rumeni); cittadini italiani, privi di documenti, e comunque persone senza fissa dimora né residenti né domiciliati. In molti casi queste persone, dopo il ricovero in ospedale,

soprattutto se si tratta di patologie gravi o con conseguenze invalidanti, hanno necessità di essere ancora seguite dal punto di vista dell'assistenza socio-sanitaria. Così si verificano spesso casi di ricoveri molto prolungati, con conseguenze problematiche sia per la salute del paziente (che si trova a non poter usufruire nei tempi necessari di cure adeguate, soprattutto di tipo riabilitativo) che per i bilanci aziendali.

Il progetto di continuità assistenziale prevede che, al momento delle dimissioni, il paziente che necessita di un proseguimento di cure venga esaminato da un'équipe pluriprofessionale che gli prepari un piano assistenziale personalizzato, in grado di garantirgli la continuità assistenziale post ospedaliera, individuare percorsi di cura socio-sanitari adeguati, e anche diminuire i costi derivanti da ricoveri impropri. A questo punto interviene la Caritas (con la quale la Sds di Firenze ha stipulato una convenzione), che ospita il paziente in una Casa famiglia, o si occupa comunque di trovargli una sistemazione in una struttura riabilitativa.

La Regione ha destinato alla realizzazione di questo progetto la cifra complessiva di 500.000 euro. Un

osservatorio appositamente costituito verificherà l'andamento del progetto.

In Toscana la quota di stranieri regolarmente iscritti alle anagrafi dei Comuni è aumentata notevolmente, passando dal 3,6% del totale dei residenti al 31 dicembre 2002 al 9,1% al 31 dicembre 2009 e, in termini assoluti, da 127.298 a 338.746. In diminuzione la percentuale di stranieri irregolari: dal 13,4% al 9% sul totale degli stranieri presenti.

La proporzione di cittadini non italiani (Stp compresi) che vengono dimessi dalle strutture ospedaliere della Toscana è in aumento: nel 2000 era il 3,3%, nel 2005 il 4,6% e nel 2010 il 6,8% e la maggior parte di essi proviene dai Pfp (Paesi a forte pressione migratoria). L'Azienda sanitaria di Prato è quella che registra il maggior numero di ricoveri effettuati da cittadini stranieri (15,3%), seguita da Empoli (9,1%) e dall'Azienda ospedaliero-universitaria (Aou) di Careggi (7,9%). I ricoveri per stranieri Stp rappresentano

tra il 7 e 10% dei ricoveri complessivi per stranieri e in particolare: nell'Asl di Prato il 14,3% delle prestazioni ricovero a stranieri è spiegato dall'impiego del tesserino Stp, mentre lo è per il 9,6% nell'Azienda ospedaliero-universitaria (Aou) di Careggi. Seguono l'Asl di Massa e Carrara (8,1%) e le Asl di Firenze (7,0%) e Versilia (7,0%). Le restanti Asl mostrano una quota di prestazioni inferiore al 5% del totale dei ricoveri di stranieri.

Le più frequenti cause di ricovero per stranieri maschi provenienti dai Pfp sono traumi e avvelenamenti, malattie dell'apparato digerente e malattie dell'apparato respiratorio (il ricovero per traumi è la prima causa in assoluto per gli Stp). Per le femmine provenienti dai Pfp invece: complicità della gravidanza, parto e puerperio, malattie dell'apparato genito-urinario, malattie dell'apparato digerente.

Un'équipe medica definisce piani individuali

Le più frequenti cause di ricovero per stranieri maschi provenienti dai Pfp sono traumi e avvelenamenti, malattie dell'apparato digerente e malattie dell'apparato respiratorio (il ricovero per traumi è la prima causa in assoluto per gli Stp).

Per le femmine provenienti dai Pfp invece: complicità della gravidanza, parto e puerperio, malattie dell'apparato genito-urinario, malattie dell'apparato digerente.

Lucia Zambelli
Agenzia toscana notizie

CONVEGNO INTERNAZIONALE SULLA NASCITA

A Palazzo Vecchio focus su parto fisiologico e cesareo

Nel 1980 Firenze ospitò il convegno interdisciplinare e internazionale "La Nascita", che espresse il clima culturale dell'epoca in cui si sentiva l'esigenza di umanizzazione del parto e di naturalità della nascita, cui seguì nel 1999 un secondo convegno sullo stesso tema, in occasione del quale fu rivendicata l'esigenza di coniugare alla sicurezza l'umanizzazione della nascita. Dal 27 al 29 ottobre 2011 in Palazzo Vecchio e all'Istituto degli Innocenti, Firenze ospita un nuovo convegno internazionale e interdisciplinare su "Nascere, naturalmente" 2011, aperto a tutta la popolazione.

Negli ultimi trenta anni l'assistenza alla maternità è andata incontro a significativi cambiamenti. Da una parte si è cercato di umanizzare la nascita, dall'altra è progressivamente aumentato l'uso della tecnologia medica e il conseguente interventismo nei parti a basso rischio. Nel mondo occidentale si è verificato un aumento dei parti cesarei elettivi. In Italia l'incidenza è passata dall'11% nel 1980 al 38,4% nel 2009, con punte di oltre il 60% in alcune

Regioni, presentando a livello europeo i valori più alti e raggiungendo i primissimi posti anche a livello mondiale. Per l'Oms la percentuale di parti mediante taglio cesareo non dovrebbe superare il 15%, per garantire il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto e la stessa Oms evidenzia che il taglio cesareo è un intervento chirurgico con possibili rischi e complicanze. Lo schema medico-tecnologico del parto trasforma un normale evento fisiologico in una procedura medica che mette in secondo piano la parte istintiva della donna e le sue energie, limitandola dal vivere appieno il significato sociale, psicologico, emotivo della sua esperienza.

In questo convegno si vuole ricordare che la letteratura scientifica sostiene che un'assistenza fisiologica che rispetti i modi e i tempi della natura del parto normale è la forma più sicura e meno costosa per donne sane. Tuttavia non possiamo eliminare l'incidenza inaccettabile dei tagli cesarei senza un'alternativa che riduca l'eccessivo affidamento alla medicalizzazione e alla tecnologia da cui

le donne si aspettano un risultato sempre perfetto, con i suoi risvolti medico-legali, e che creda nella naturalità della nascita e nella capacità delle donne a partorire. Ci si propone quindi di analizzare nuove organizzazioni territoriali e ospedaliere per l'assistenza alla nascita che vedono due percorsi paralleli, quello fisiologico affidato alle ostetriche con continuità assistenziale e quello delle gravidanze e parti ad alto rischio affidato ai medici. Con il modificarsi del rapporto delle donne con il dolore in travaglio di parto si intende qui fare il punto sui diversi approcci che si possono offrire in una struttura ospedaliera, farmacologico da una parte, assistenziale dall'altra, nel rispetto dei desideri e delle aspettative delle donne, e nel loro diverso significato nei confronti della naturalità del parto.

Angelo Scuderi
Ostetrico Ginecologo
Ospedale S.M. Annunziata
Firenze

Riparte Eunomia

C'è tempo fino al 31 ottobre per iscriversi alla 3ª edizione di "Eunomia Sanità", il corso di alta formazione sulle politiche per la salute organizzato dall'associazione Eunomia con l'assessorato toscano al Dipartimento alla Salute e Anci Toscana. L'edizione 2011, "Il Governo della Sanità: le priorità al tempo della crisi", si terrà dal 24 al 26 novembre 2011 a Firenze e si concentrerà sulla Sanità del futuro con una particolare attenzione alle scelte cui la governance sarà obbligata dalla scarsità delle risorse e alle possibili disuguaglianze che si potrebbero generare. Il corso si articolerà in workshop, incontri, lezioni di alto livello e in una tavola rotonda conclusiva aperta al pubblico.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

anni, hanno un tasso di ospedalizzazione molto elevato e paritetico rispetto a quello degli anziani, con un numero altrettanto alto di complicanze.

Da anni il vaccino trivalente inattivato è raccomandato per il bambino a rischio di ogni età. Più dibattuto è, invece, l'uso del vaccino nel soggetto senza fattori di rischio. Le autorità sanitarie degli Usa hanno dal 2003 raccomandato la vaccinazione nel soggetto sano di età compresa tra 6 e 23 mesi, dal 2006, in quello tra 6 e 59 mesi e dal 2008 la raccomandazione è stata progressivamente estesa ad altre classi di età.

Purtroppo la Pandemia ha creato numerosi problemi di disseminazione nei confronti della vac-

cinazione, ciononostante i pediatri di famiglia della Toscana hanno dimostrato, proprio in tale occasione, di essere in grado di promuovere ed effettuare la vaccinazione antinfluenzale nei loro assistiti.

Nella circolare ministeriale per l'influenza da alcuni anni si parla della possibilità di effettuare la vaccinazione nel bambino sano; la Toscana avrebbe avuto tutte le caratteristiche organizzative necessarie e quindi avrebbe potuto fare da Regione pilota e sarebbe stata la prima in Italia ad abbracciare una scelta che molte altre nazioni hanno già fatto e che si sta dimostrando vincente. Ciò avrebbe collocato la Toscana ancora una volta in una posizione di spicco e di meri-

to. La promozione alla vaccinazione nel bambino sano tra i 6 mesi e i 6 anni avrebbe portato non solo a una riduzione dei casi di influenza in tutta la popolazione anche al di fuori di questa fascia di età, ma anche a un cambiamento dell'atteggiamento di ostilità nei confronti della vaccinazione, con un importante recupero della fiducia dei cittadini nei confronti di tutte le vaccinazioni in generale.

La pediatria di famiglia avrebbe potuto consegnare alla medicina generale un cittadino più sano e convinto della prassi vaccinale, migliorando lo standard di salute della Regione e la cultura della prevenzione.

* Segretario Fimp Toscana

Un calendario costantemente... (segue dalla prima pagina)

ra scientifica al fine di dare gli indirizzi operativi più aggiornati e garantire ai cittadini toscani la miglior prevenzione vaccinale. Un esempio significativo è stato l'introduzione, nel 2007, dell'immunizzazione con il vaccino coniugato contro il meningococco C, prima con tre dosi e successivamente con una sola dose dopo il primo anno di vita. Nel calendario della Regione Toscana sono stati inseriti già da molti anni il vaccino coniugato contro lo pneumococco, prima a 7 componenti e di recente a 13 componenti; è stato introdotto inoltre da qualche anno il vaccino contro il papillomavirus, con due coorti, al 12° e al 16° anno di età.

Sono previsti inoltre i vecchi vaccini: difterite, tetano, pertosse acellulare (DTPa), epatite B,

Haemophilus influenzae tipo b, antipolio inattivato, morbillo, parotite e rosolia, influenza negli anziani e nei soggetti (bambini e adulti) a rischio e infine il vaccino dTpa per adolescenti e adulti. Di recente è stato inserito anche il vaccino contro la varicella, sia da solo, sia combinato con il vaccino Mpr, come è stato fatto da altre 7 delle 21 Regioni italiane.

Per tutti questi vaccini, grazie alla collaborazione che si registra fra i professionisti del Ssr, la Toscana registra le coperture vaccinali fra le più alte d'Italia. Meglio un'oncia di prevenzione, che una libbra di cura.

* Membro della Commissione Vaccini e Malattie Infettive Regione Toscana

SSR AI RAGGI X All'ospedale Misericordia di Grosseto il robot "opera" dal 2000

Chirurgia robotica superstar



In 11 anni 1.200 operazioni - Acquisito il nuovo modello a due consolle

La chirurgia robotica è un'eccellenza che la Asl 9 di Grosseto vanta dal 2000, quando Pier Cristoforo Giulianotti ha iniziato, per primo in Italia, proprio all'ospedale Misericordia di Grosseto, a utilizzare il robot negli interventi di chirurgia generale. Un cambiamento rivoluzionario rispetto alle tecniche operatorie tradizionali: seduto alla consolle ergonomica, infatti, il chirurgo manovra gli strumenti trasmettendo i movimenti ai bracci meccanici estensibili, attraverso il carrello chirurgico montato accanto al letto operatorio, manipolando "a distanza" sonde e ferri molto piccoli, che penetrano attraverso minuscoli fori praticati sull'addome. La visione tridimensionale, inoltre, a differenza dell'immagine piatta del monitor per la laparoscopia, offre al chirurgo anche la profondità di campo, un maggiore ingrandimento dell'immagine e una visione estremamente stabile.

All'inizio dell'attività Giulianotti ha usato il robot per piccoli interventi mininvasivi. Successivamente ha asportato due lesioni tumorali del pancreas su una ragazza di 28 anni, lasciando l'organo intero e permettendo alla giovane di tornare a una vita normale, dopo una settimana. Fino a quel momento, intervenire in modo radicale senza aprire tutto l'addome e senza asportare l'organo era ritenuto impensabile. Dopo questo primo successo, Giulianotti e il suo team, a Grosseto, hanno battuto in pochi anni una decina di record:

- la prima "whipple" (asportazione della testa del pancreas);
- la prima asportazione di un polmone;
- la prima riparazione di un aneurisma renale;
- il primo prelievo da vivente della metà destra del fegato a scopo di trapianto;
- l'asportazione di parte del pancreas con contemporaneo autotrapianto delle cellule che producono insulina, per evitare un diabete post operatorio.

Da allora ne è passata di acqua sotto i ponti e il Misericordia di Grosseto è diventato, nel frattempo, un centro di eccellenza per la robotica e un polo di formazione internazionale. Nel 2003, inoltre, è nata anche la Scuola di chirurgia robotica, con sede all'ospedale Misericordia. Oggi l'eredità di Pier Cristoforo Giulianotti (che ad aprile 2007 ha lasciato l'attività a Grosseto per trasferirsi a Chicago, dove ricopre la carica di direttore della Divisione di chirurgia robotica all'University of Illinois Medical Center) è stata raccolta dal suo allievo, Andrea Coratti, direttore della Chirurgia generale di Grosseto, dal 2010 responsabile dell'Area funzionale chirurgica presso la stessa struttura ospedaliera, nonché coordinatore della Scuola di robotica.

In questi anni, Coratti ha mantenuto uno standard di altissima qualità nella Chirurgia generale, mini-invasiva e robotica presso l'ospedale di Grosseto, con ampi consensi dalla comunità scientifica



Intervento robotico in sala operatoria a Grosseto

Casistica Chirurgia robotica al Misericordia di Grosseto - anni 2000-ottobre 2011

Tipologia di intervento	Numero delle procedure	Tipologia di intervento	Numero delle procedure
Esofago	24	Procedure vascolari	15
Giunto esofago-gastrico	226	Sistema endocrino	33
Stomaco	121	Interventi toracici	39
Fegato	61	Rene	48
Vie biliari	184	Prostata	178
Pancreas	95	Altri interventi urologici	51
Colon-retto	120	Altre procedure	19
Milza	19	Totale	1.233

italiana e internazionale. Al Misericordia vengono eseguiti interventi robotici su esofago, stomaco, fegato, pancreas e colon-retto ed è stata sviluppata la chirurgia robotica del distretto endocrino, con risultati clinici eccellenti per la riduzione del dolore, della degenza postoperatoria, delle complicanze postchirurgiche e nel rapido recupero funzionale del paziente. La casistica complessiva degli interventi eseguiti a Grosseto con il robot, dal 2000 a ottobre 2011, è di oltre 1.200 procedure, come riportato in tabella.

Dalla fine del 2007, Coratti ha collaborato anche con altri specialisti per attivare al Misericordia un programma di chirurgia robotica urologica (operatorio ormai da circa 4 anni) e toracica; sta lavorando inoltre su un programma aziendale, che porterà nel prossimo futuro all'attivazione dello stesso tipo di chirurgia anche in ambito otorinolaringoiatrico e ginecologico. Un nuovo input all'attività chirurgica ospedaliera e alla Scuola è arrivato, inoltre, con la sostituzione del vecchio robot con un nuovo modello di ultima generazione, il "Da Vinci Sisd Dual Console", installato nel 2010 all'ospedale

Misericordia. Il nuovo robot si distingue dai modelli precedenti per alcune caratteristiche innovative, tra cui la doppia consolle - che permette anche a un secondo chirurgo di seguire "real time" tutte le fasi dell'intervento - la visione tridimensionale ad alta definizione, quattro bracci meccanici. Il vecchio robot, invece, è stato installato nella sala della Scuola di robotica, a disposizione degli allievi dei corsi.

In futuro, l'evoluzione della nano-tecnologia e della meccanica farà sì che la robotica attuale sia solo il primo passo verso una chirurgia sempre meno invasiva e precisa, anche se non va dimenticato che l'ausilio del robot non sostituisce il chirurgo, ma ne facilita il compito abbreviando il tempo operatorio e migliorando la qualità dell'atto chirurgico, a beneficio dei pazienti. Tra le altre cose, l'esperienza della robotica di Grosseto vanta il follow-up, cioè il controllo a distanza dei risultati, più lungo tra tutte le casistiche mondiali.

Lina Senserini

Responsabile Ufficio stampa Asl 9 Grosseto

PARTNERSHIP

Asse virtuoso con gli States

Il futuro della chirurgia robotica viaggia oggi su due piani: il programma di collaborazione internazionale con l'Università dell'Illinois e lo sviluppo, al Misericordia, delle applicazioni in campo urologico, ginecologico e otorinolaringoiatrico.

Nel primo caso, si tratta di un progetto per la ricerca e le nuove frontiere nel campo della robotica, che coinvolge la Asl 9 e l'University of Illinois Medical Center di Chicago. In sostanza i due Istituti collaborano sia per l'organizzazione dei corsi della Scuola, con la partecipazione di allievi di provenienza internazionale, che per la creazione di un vero e proprio network di centri, leader in questa branca rivoluzionaria della chirurgia, per sviluppare le possibilità applicative della telemedicina e della telechirurgia. Il trait d'union tra Italia e Usa è rappresentato dal professor Giulianotti, che continua a seguire sia gli sviluppi della chirurgia robotica a Grosseto che il programma della Scuola.

Nel secondo caso, invece, si tratta di implementare l'uso del robot in altri ambiti chirurgici: dal 2007-2008, infatti, le procedure di robotica sono state utilizzate con successo anche nella chirurgia toracica e in campo urologico, con numeri significativi. E proprio l'urologia è stata protagonista, negli ultimi tre anni, di eventi formativi tra cui ad aprile il corso riservato agli infermieri e, più di recente, un corso rivolto agli specialisti in Urologia, sulla robotica applicata, in particolare, all'asportazione dei tumori della prostata.

Intanto l'azienda ha manifestato interesse per la costituzione di un tavolo regionale per monitorare l'attività della chirurgia robotica in Toscana, con l'obiettivo di stimolare da una parte la formazione di professionisti, dall'altra l'uso di questa tecnica e degli strumenti a disposizione per un numero più ampio possibile di professionisti.

UN PROGETTO DELLA SCUOLA INTERNAZIONALE GROSSETANA

Virtual University, interventi in live-streaming

La Scuola internazionale di chirurgia robotica dell'ospedale Misericordia ha avviato la propria attività in sala operatoria nel 2003. Dall'anno successivo, ha a disposizione anche un robot interamente dedicato alla didattica, utilizzato per simulare gli interventi. Dall'inizio dell'attività a oggi, ha formato oltre 560 chirurghi, grazie al team del Misericordia e alla collaborazione con altri centri italiani e stranieri. Non solo.

Ad aprile di quest'anno, si è svolto a Grosseto il Master di primo livello in chirurgia mininvasiva e robotica riservato al personale infermieristico, il primo del genere in Italia, orga-

nizzato dall'Università di Siena e dalla Asl 9 per la robotica in urologia. La Scuola di Grosseto, inoltre è il primo centro in Italia - e uno dei più importanti a livello internazionale - che permette la pratica su uno strumento riservato esclusivamente alla didattica; il polo grossetano è, inoltre, sede della Scuola speciale di robotica dell'Associazione chirurghi ospedalieri italiani (Acoi), che qui organizza i propri corsi. Attualmente, la Scuola è coordinata da Andrea Coratti e presieduta da Giulianotti, nell'ambito della collaborazione tra la Asl 9 e l'Università dell'Illinois.

La grande novità nella didattica e negli sviluppi futuri della

Scuola è legata al Corso avanzato di robotica dello scorso giugno, quando, proprio a Grosseto, è stato lanciato il progetto della Clinical Virtual University. Vale a dire il primo "live-streaming" mondiale degli interventi di robotica eseguiti a Grosseto e nelle sale operatorie di Chicago, Minneapolis, Ridgewood negli Stati Uniti, Nancy in Francia, e Hong Kong, da Giulianotti e dai docenti internazionali che si sono alternati nelle diverse sezioni del corso. Sul sito della Crsa (www.clinicalrobotics.com - Clinical robotic surgery association - Associazione mondiale di chirurgia robotica in chi-

ruvia), infatti, per tutta la durata del corso, sono state trasmesse le dirette degli interventi, commentate dai chirurghi che stavano operando, con la stessa qualità di immagine e di audio dei partecipanti al corso. Con la possibilità, inoltre, di intervenire in tempo reale e chiedere spiegazioni attraverso una linea chat dedicata.

In sostanza, a Grosseto è stato sperimentato con successo un progetto di università virtuale che coinvolge al momento la Asl 9, l'Università dell'Illinois, l'Università del Texas, l'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano. È lo sviluppo naturale di un'idea nata all'interno della Crsa, con l'obiettivo di

Centri che collaborano con la Scuola
● University of Illinois at Chicago, Usa
● City of Hope, Los Angeles, Usa
● Istituto Europeo di Oncologia, Milano
● Ospedale Civile di Spoleto
● Ospedale San Giovanni, Roma
● Ospedale Morgagni Pierantoni, Forlì
● Ospedale SS. Antonio e Biagio, Alessandria
● Ospedale Nuovo s. Agostino, Baggiovara, Modena

fare crescere la possibilità di seguire interventi di chirurgia robotica direttamente dal sito dell'associazione, come avvenuto a Grosseto. In questo modo, infatti, è possibile rendere disponibili i materiali didattici all'intera comunità medica attraverso la Crsa come in un forum permanente e internazionale per il progresso e il costante miglioramento della qualità. A breve potranno essere orga-

nizzati veri e propri corsi universitari on line, con programmi definiti, sistemi di iscrizione e lezioni modulari sulla parte teorica.

L'obiettivo, oltre a rendere sempre più democratico l'accesso all'aggiornamento, è contribuire a elevare gli standard di qualità, definire parametri di indicazione per l'eccellenza, creare una rete di centri di eccellenza in questa specialistica.

DOCUMENTI Approvata la delibera con le indicazioni destinate alle Asl per realizzare la copertura vaccinale contro il virus stagionale



Al via la campagna antinfluenzale 2011-2012

Previsti incentivi per i medici di famiglia che contribuiranno a raggiungere il tetto dell'80% degli over-65 vaccinati

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Delibera 853/2011 sulla campagna di vaccinazione antinfluenzale 2011-2012 con l'accordo sugli incentivi ai Mmg per il raggiungimento del tetto dell'80% delle vaccinazioni antinfluenzali dei soggetti ultrasessantacinquenni.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Dpcm 29/11/2011 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che, nel livello "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", tra le diverse attività di prevenzione rivolte alla persona, individua le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

Visto il Psn vigente che indica, quale obiettivo da perseguire nel triennio, in riferimento al controllo delle malattie infettive, la valutazione epidemiologica dei soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologia cui offrire prioritariamente le vaccinazioni;

Vista la circolare del ministero della Salute del 9 agosto 2011 con oggetto "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2011-2012";

Visti gli obiettivi specifici indicati dal Piano sanitario regionale 2008-2010 e in particolare al punto 5.2.1 "Igiene e Sanità pubblica. Prevenzione e controllo delle malattie infettive";

Visto che il Piano sanitario regionale resta in vigore, ai sensi dell'art. 142-bis della Lr 24 febbraio 2005 n. 40 e del comma 1 dell'art. 104 della Lr 29 dicembre 2010 n. 65, fino al 31 dicembre 2011;

Vista la propria deliberazione n. 1020 del 27/12/2007 "Aggiornamento direttive regionali in materia di vaccinazioni. Revoca delibere n. 1249 del 24/11/2003, n. 379 del 7/3/2005, n. 1060 del 10/10/2000. Modifica delibera n. 1386 del 17/12/2001";

Vista la propria deliberazione n. 448 del 31/03/2010 "Calendario vaccinale della Regione Toscana. Aggiornamento al 2010";

Vista la propria deliberazione n.

398 del 16/05/2011 "Dpcm n. 502/95 - Individuazione e assegnazione obiettivi ai direttori generali delle aziende sanitarie ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2011 e della successiva determinazione del compenso aggiuntivo" che, nella verifica del raggiungimento dell'obiettivo "performance complessiva del sistema di valutazione", prevede tra gli indicatori del "bersaglio 2011" la copertura del 75 % per il vaccino antinfluenzale (codice indicatore B7.2);

Visti gli Accordi collettivi nazionali del 29/07/2009 dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia che, rispettivamente, agli artt. 45 e 44 prevedono, tra i compiti dei professionisti, l'adesione ai programmi di vaccinazione antinfluenzale;

Rilevato che il ministero della Salute ha ribadito che vaccinarsi contro l'influenza stagionale rappresenta un'importante misura di protezione individuale e di tutela della salute pubblica, riducendo le complicanze e favorendo l'efficienza dell'assistenza sanitaria;

Visto che il competente Settore servizi alla persona sul territorio della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale ha inserito all'ordine del giorno del Comitato regionale per la medicina generale, ex art. 24 dell'Acn, svoltosi in data 20 settembre 2011, la discussione in merito all'ipotesi di accordo sugli incentivi previsti per i medici di medicina generale nell'ambito della campagna di vaccinazione antinfluenzale 2011-2012;

Preso atto che il Comitato regionale per la medicina generale nella seduta del 20 settembre 2011 ha definito lo schema di "Accordo sugli incentivi da erogare ai medici di medicina generale per il raggiungimento del tetto dell'80% delle vaccinazioni antinfluenzali dei soggetti ultrasessantacinquenni in carico e della somministrazione della Vitamina D3 ai medesimi soggetti", di cui all'allegato A, parte integrante al presente provvedimento;

Ritenuto di accogliere la proposta del Comitato regionale relativa allo schema di accordo di cui al precedente punto;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale in quanto le spese connesse rientrano negli importi assegnati a ciascuna Azienda Usl nell'ambito del Fondo sanitario regionale, a voti unanimi

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa;

1. di stabilire che le Aziende sanitarie, nel quadro del coordinamento regionale delle attività di proflessi antinfluenzale e al fine di assicurare il più ampio ricorso alla vaccinazione da parte delle categorie interessate anche negli anni 2011/2012, coinvolgano in primis i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia per assicurare la somministrazione gratuita del vaccino ai propri assistiti inseriti nelle categorie a rischio;

2. di stabilire, inoltre, che per le prestazioni in oggetto, tenuto conto dei tariffari esistenti, l'entità del compenso per ciascuna prestazione (comprensiva della somministrazione, compilazione schede di sorveglianza epidemiologica e riconsegna alle Aziende sanitarie al termine del periodo di due mesi dalla somministrazione stessa) per i medici di medicina generale sia di euro 6,17, come previsto dall'Acn dei medici di medicina generale del 29/07/2009 e per i pediatri di famiglia 20,66 euro ad atto vaccinale secondo quanto previsto dall'Accordo regionale vigente;

3. di confermare l'elenco dei soggetti a cui offrire gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale secondo quanto previsto con propria deliberazione n. 913/2008 e la Circolare ministeriale 2011/2012;

4. di approvare lo schema di accordo sugli incentivi da erogare ai medici di medicina generale per il raggiungimento del tetto dell'80% delle vaccinazioni antinfluenzali dei soggetti ultrasessantacinquenni in carico e della somministrazione della Vitamina D3 ai medesimi soggetti, di cui all'allegato A, parte integrante al presente provvedimento;

5. di impegnare le Aziende Usl affinché:

Ogni azienda fornirà siringhe, vaccini e opuscoli informativi

nonché all'erogazione di premi incentivanti da liquidare al raggiungimento di definiti volumi di prestazioni effettuate con quote del Fondo sanitario regionale;

- definiscano con i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia le modalità operative, assicurandosi che gli stessi si impegnino a sviluppare la necessaria opera di sensibilizzazione nei confronti della popolazione interessata e a trasmettere alle Aziende sanitarie locali entro il 1 marzo 2012 le schede di sorveglianza epidemiologica;

- assicurino la trasmissione alla Direzione generale delle schede di sorveglianza epidemiologica compilate entro il 31 marzo 2012;

- si impegnino al raggiungimento della copertura vaccinale in misura non inferiore al 75% del proprio personale sanitario dipendente e dei medici convenzionati, nonché a svolgere un ruolo attivo per la promozione della vaccinazione antinfluenzale nei confronti delle Aziende il cui personale risulta addetto a servizi pubblici di primario interesse collettivo, con particolare riferimento a tutto il personale sanitario, al fine di garantire il raggiungimento dell'obiettivo ottimale di copertura (95%) previsto dalla circolare ministeriale;

6. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale in quanto le spese connesse rientrano negli importi assegnati a ciascuna Azienda Usl nell'ambito del Fondo sanitario regionale.

ALLEGATO A

SCHEMA DI "ACCORDO SUGLI INCENTIVI DA EROGARE AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEL TETTO DELL'80% DELLE VACCINAZIONI ANTINFLENZALI DEI SOGGETTI ULTRASessantacinquenni IN CARICO E DELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA VITAMINA D3 AI MEDESIMI SOGGETTI"

Visti:

- la Legge 833/78 che pone fra i principi e obiettivi del Servizio sanitario nazionale la tutela della salute e, in particolare, la prevenzione delle malattie;

- gli obiettivi specifici indicati dal Piano sanitario regionale 2008-2010;
- la circolare del ministero della Salute avente per oggetto "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2011-2012";
- gli Accordi dal 2005 al 2008 riconfermati nel 2009 e nel 2010 sugli incentivi da erogare ai medici di medicina generale per il raggiungimento del tetto dell'80% dei soggetti ultrasessantacinquenni in carico con i quali è stata rispettivamente data attuazione alla volontà dell'Assessorato di porre in essere tutte le strategie utili a perseguire l'obiettivo di incremento della copertura vaccinale fino al raggiungimento di un tasso dell'80% dei soggetti ultrasessantacinquenni, nonché l'aumento della copertura vaccinale dei soggetti di qualunque età affetti da malattia cronica o condizioni patologiche che aumentano il rischio di complicità e dei soggetti addetti ai servizi di pubblica utilità o a rischio per motivi professionali; nei medesimi accordi è stata prevista la contemporanea somministrazione della Vitamina D3 a tutti i cittadini toscani ultrasessantacinquenni sottoposti a vaccinazione antinfluenzale.

Considerato anche per il 2011 prioritario obiettivo l'incremento della copertura vaccinale;

Valutato opportuno prendere a riferimento per il calcolo del raggiungimento della percentuale prevista i soggetti ultrasessantacinquenni, in quanto numericamente di facile identificazione;

Considerato opportuno confermare il programma di intervento, previsto dalla Dgr n. 901/05, finalizzato alla prevenzione delle complicanze della carenza di vitamina D, attraverso la contemporanea somministrazione ai cittadini toscani ultrasessantacinquenni che saranno sottoposti a vaccinazione antinfluenzale, della Vitamina D3;

Preso atto dell'impegno già assunto dall'Assessorato in occasione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale attuate dal 2005 al 2010 in merito all'erogazione di incentivi da erogare ai medici di medicina generale che raggiungono il tetto di vaccinazioni effettuate nella misura dell'80% degli assistiti ultrasessantacinquenni in carico e che partecipano alla campagna di somministrazione di vitamina D3, con le modalità di somministrazione di cui all'atto condiviso in Commissione Terapeutica regionale, confermando, nell'ambito della seduta del 20 settembre 2011 del Comitato regionale ex art. 24 dell'Acn, questo stesso impegno anche per la campagna antinfluenzale 2011-2012;

Ritenuto opportuno adottare specifiche procedure per consentire una efficace razionalizzazione delle risorse,

le componenti di parte pubblica e di parte sindacale che costituiscono il Comitato Regionale della medicina generale ex art. 24 dell'Acn della medicina generale, ciascuno per quanto di sua competenza, concordano quanto sotto indicato:

1. di erogare ai medici di medicina generale, per ciascuna vaccinazione antinfluenzale effettuata, la somma

di euro 6,17 secondo quanto previsto dall'Apn del 29/07/2009;

2. di impegnare le Aziende Usl a fornire ai propri medici convenzionati il numero degli assistiti in carico che risultano essere stati vaccinati a livello distrettuale;

3. di erogare un ulteriore incentivo di 1 euro (per complessivi euro 7,17) a tutti i medici di medicina generale il cui numero delle vaccinazioni antinfluenzali effettuate direttamente nel proprio ambulatorio ai propri assistiti sommato a quelle registrate in seguito all'informazione ricevuta dal proprio assistito per l'avvenuta vaccinazione in ambiente privato e a quelle risultanti dall'elenco comunicato dall'Azienda degli assistiti vaccinati a livello distrettuale raggiunge o supera il tetto dell'80% del numero degli assistiti ultrasessantacinquenni in carico. L'erogazione di tale incentivo è subordinata anche alla consegna da parte del medico di medicina generale della vitamina D3 ai propri assistiti ultrasessantacinquenni;

4. di prevedere, al fine di consentire una corretta programmazione aziendale, il recupero degli emolumenti spettanti al medico del costo medio di ogni dose di vaccino nel caso in cui il numero di dosi non restituite o comunque non utilizzate superi il 10% di quelle ritirate, fatti salvi i precedenti accordi preesistenti in Aziende che storicamente presentano un livello di dosi restituite inferiore. La possibilità di procedere al suddetto recupero sarà opportunamente valutata caso per caso in ambito aziendale sulla base dello storico e considerando tutte le situazioni che oggettivamente possono aver interferito con lo svolgimento della campagna vaccinale;

5. di impegnare ciascun medico di medicina generale si impegni a conse-

gnare al paziente individuato come idoneo alla partecipazione alla campagna di somministrazione di vitamina D3, 2 fiale di vitamina D3, fornendo al paziente stesso le opportune indicazioni per la relativa assunzione, secondo quanto previsto dal protocollo condiviso in sede di Commissione terapeutica regionale;

6. di impegnare altresì il medico di medicina generale a segnalare alla propria Azienda Usl, contestualmente alla segnalazione delle vaccinazioni antinfluenzali effettuate, i nominativi dei soggetti a cui è stata somministrata la Vitamina D3;

7. di prevedere che ciascuna Azienda Usl si attivi al fine di raccogliere dai medici di medicina generale le informazioni relative agli assistiti a cui gli stessi medici hanno somministrato la vitamina D3, secondo le modalità previste;

8. di confermare che le modalità di somministrazione della Vitamina D3 sono contenute nel documento "Programma regionale per lo studio e la prevenzione delle complicanze della carenza di vitamina D3 definito dal competente Settore Politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;

9. di impegnare, infine, il Settore politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza ad attivare uno studio che monitori gli esiti della somministrazione della vitamina D3 per le opportune valutazioni. Sottoscritto in data.....

L'Assessore regionale Diritto alla salute;

La delegazione dei Direttori generali delle Aziende Usl: 3 Pistoia; 4 Prato; 5 Pisa; 8 Arezzo; 10 Firenze. Fimmg; Intesa Sindacale; Smi; Snam; Società della salute empolese.

(segue da pagina 4)

(segue da pagina 4)

di euro 6,17 secondo quanto previsto dall'Apn del 29/07/2009;

2. di impegnare le Aziende Usl a fornire ai propri medici convenzionati il numero degli assistiti in carico che risultano essere stati vaccinati a livello distrettuale;

3. di erogare un ulteriore incentivo di 1 euro (per complessivi euro 7,17) a tutti i medici di medicina generale il cui numero delle vaccinazioni antinfluenzali effettuate direttamente nel proprio ambulatorio ai propri assistiti sommato a quelle registrate in seguito all'informazione ricevuta dal proprio assistito per l'avvenuta vaccinazione in ambiente privato e a quelle risultanti dall'elenco comunicato dall'Azienda degli assistiti vaccinati a livello distrettuale raggiunge o supera il tetto dell'80% del numero degli assistiti ultrasessantacinquenni in carico. L'erogazione di tale incentivo è subordinata anche alla consegna da parte del medico di medicina generale della vitamina D3 ai propri assistiti ultrasessantacinquenni;

4. di prevedere, al fine di consentire una corretta programmazione aziendale, il recupero degli emolumenti spettanti al medico del costo medio di ogni dose di vaccino nel caso in cui il numero di dosi non restituite o comunque non utilizzate superi il 10% di quelle ritirate, fatti salvi i precedenti accordi preesistenti in Aziende che storicamente presentano un livello di dosi restituite inferiore. La possibilità di procedere al suddetto recupero sarà opportunamente valutata caso per caso in ambito aziendale sulla base dello storico e considerando tutte le situazioni che oggettivamente possono aver interferito con lo svolgimento della campagna vaccinale;

5. di impegnare ciascun medico di medicina generale si impegni a conse-

gnare al paziente individuato come idoneo alla partecipazione alla campagna di somministrazione di vitamina D3, 2 fiale di vitamina D3, fornendo al paziente stesso le opportune indicazioni per la relativa assunzione, secondo quanto previsto dal protocollo condiviso in sede di Commissione terapeutica regionale;

6. di impegnare altresì il medico di medicina generale a segnalare alla propria Azienda Usl, contestualmente alla segnalazione delle vaccinazioni antinfluenzali effettuate, i nominativi dei soggetti a cui è stata somministrata la Vitamina D3;

7. di prevedere che ciascuna Azienda Usl si attivi al fine di raccogliere dai medici di medicina generale le informazioni relative agli assistiti a cui gli stessi medici hanno somministrato la vitamina D3, secondo le modalità previste;

8. di confermare che le modalità di somministrazione della Vitamina D3 sono contenute nel documento "Programma regionale per lo studio e la prevenzione delle complicanze della carenza di vitamina D3 definito dal competente Settore Politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;

9. di impegnare, infine, il Settore politiche del farmaco, innovazione e appropriatezza ad attivare uno studio che monitori gli esiti della somministrazione della vitamina D3 per le opportune valutazioni. Sottoscritto in data.....

L'Assessore regionale Diritto alla salute;

La delegazione dei Direttori generali delle Aziende Usl: 3 Pistoia; 4 Prato; 5 Pisa; 8 Arezzo; 10 Firenze. Fimmg; Intesa Sindacale; Smi; Snam; Società della salute empolese.

(segue da pagina 4)

(continua a pagina 5)

RISORSE PER L'ASSISTENZA PROTESICA

Pronti i fondi per i laboratori aziendali che garantiranno gli ausili hi-tech ai disabili gravi

(segue da pagina 4)

Pubblichiamo la delibera 823/2011 sull'assistenza protesica con il sostegno allo sviluppo dei laboratori ausili aziendali alla comunicazione, l'apprendimento e il controllo ambientale.

LA GIUNTA REGIONALE

Preso atto che la programmazione sanitaria regionale ha stabilito, fin dal Psr 2002-2004, che nell'ambito dell'assistenza sanitaria riabilitativa siano inserite le prestazioni di assistenza protesica, finalizzate anche a consentire l'acquisizione e il mantenimento, da parte delle persone con grave disabilità, di competenze per l'autonomia e quindi una migliore qualità di vita;

Rilevato che il suddetto Psr ha previsto la costituzione, da parte delle aziende Usl, di centri di consulenza e documentazione sugli ausili per persone in situazioni di non autosufficienza o handicap grave, e in particolare la realizzazione di laboratori aziendali preposti alla sperimentazione e valutazione degli ausili elettronici e informatici correlati ai settori della comunicazione, dell'apprendimento e del controllo ambientale;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, che al punto 5.6.1.7 individua il ricorso alle tecnologie facilitanti le autonomie personali quale momento fondante del progetto riabilitativo individuale e richiama il ruolo primario dei laboratori ausili aziendali nell'attività di ricerca, valutazione e prescrizione dei dispositivi protesici ad alta tecnologia;

Dato atto che il Piano sanitario regionale 2008-2010 resta in vigore, ai sensi dell'art. 142 bis della Lr 24 febbraio 2005 n. 40 e del comma 1 dell'art. 104 della Lr 29 dicembre 2010 n. 65, fino al 31 dicembre 2011;

Ritenuto di prenotare, per l'esercizio finanziario 2011, la somma di euro 150.000,00 sul capitolo n.26135 "assistenza protesica" - fondo sanitario vincolato - del bilancio regionale 2011;

Viste la Lr n. 66 del 29 dicembre 2010 che approva il Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2011 e il Bilancio pluriennale 2011/2013, e la Delibera Gr n. 5 del 10 gennaio 2011 che approva il bilancio gestionale 2011 e pluriennale 2011/2013, a voti unanimi

(continua a pagina 5)

I CONTRIBUTI AL PSSIR 2011-2015



PARTECIPA AL PIANO

È questa l'iniziativa destinata ai lettori e agli operatori che intendano esprimere le proprie valutazioni sul nuovo piano sanitario e sociale integrato. Alla pagina del sito regionale www.regione.toscana.it/partecipaalpiano sarà possibile scaricare un modulo organizzato per aree di intervento (integrazione, ospedali, organizzazione, la precedente programmazione ecc.) e declinare le proprie idee, sulle temi di interesse o su tutte, e aggiungerne di nuove e inviarle all'indirizzo e-mail pianosanitario@regione.toscana.it. Le proposte saranno lette dal gruppo di lavoro dedicato. I contributi potranno essere pubblicati integralmente o per estratto sulle pagine de Il Sole-24 Ore Sanità Toscana e sul sito regionale. Una modalità di ascolto punta, fin dalle prime fasi del complesso e articolato percorso che condurrà all'approvazione del nuovo piano del Consiglio regionale, a trovare un terreno di visione e di proposta condiviso.

La pagina web dedicata al Pssir sul sito della Regione Toscana - www.regione.toscana.it/partecipaalpiano - è stata attivata il 7 marzo, ha registrato 801 visualizzazioni

Modulo per i contributi a «Partecipa al piano» 2011-2015

- Scegli uno o più temi proposti di tuo interesse
- Aggiungi un tema se hai proposte al riguardo
- Invia i tuoi contributi all'indirizzo e-mail: pianosanitario@regione.toscana.it.

Temi proposti:

- I risultati del precedente piano.
- Ogni nuovo ciclo di programmazione deve partire dai risultati del ciclo precedente. Quali quelli raggiunti?**
- Per esempio:
 - gli obiettivi raggiunti dal Psr 2008-2010;
 - le criticità ancora aperte;
 - le priorità da cui ripartire.

Determinanti di salute:

- Il nuovo Pssir vuole valorizzare tutti quegli interventi capaci di agire sui determinanti non sanitari della salute (stili di vita, disagio sociale, consapevolezza personale, ambiente...).** Come farlo e con chi?
- Per esempio:
 - collaborazione con le istituzioni scolastiche;
 - partecipazione di associazioni dei cittadini, dei malati, dei loro familiari;
 - stretta collaborazione inter-assessoriale e inter-settoriale.

La domanda di salute:

- La domanda di salute aumenta ogni giorno, ma da cosa dipende? E come rispondere?**
- Per esempio:
 - dall'allungamento della vita;
 - dal progresso della medicina e da un ricorso eccessivo alla diagnostica;
 - dal mercato della salute;
 - dal disagio sociale.

Integrazione:

- Una delle parole chiave del nuovo Pssir sarà "Integrazione": fra quali soggetti, articolazioni o percorsi è importante? Come realizzarla?**
- Per esempio:
 - percorsi intraospedalieri, interni al territorio, tra ospedale e territorio, fra gli interventi preventivi e i servizi specialistici;
 - valorizzazione di nuovi ruoli per i professionisti;

- attraverso lo strumento delle Società della salute - banche dati comuni.

La rete degli ospedali:

In Toscana la rete degli ospedali è stata rivista della sicurezza e della qualità delle prestazioni. Quali i prossimi passi?

- Per esempio:
 - valorizzazione dei piccoli ospedali;
 - accentramento dei servizi iperspecialistici;
 - riorganizzazione del personale;
 - sperimentazione modelli innovativi.

Appropriatezza:

Il Psr 2008-2010 ci invitava a dare risposte appropriate ai bisogni, ma come?

- Per esempio:
 - decidendo in base alle evidenze;
 - intervenendo sui problemi più diffusi;
 - scegliendo le azioni più vantaggiose per la qualità - sensibilizzando i professionisti all'appropriatezza;
 - altro.

Équipes multiprofessionali:

Sempre più spesso si parla dell'importanza di équipes multiprofessionali. Utile davvero? Perché?

- Per esempio:
 - per favorire la continuità assistenziale tra ospedale e attraverso la coabitazione;
 - attraverso lo scambio di dati;
 - attraverso i percorsi assistenziali e l'intensità di cura in

Nuovi modelli organizzativi:

Il nuovo Piano prevede un'innovazione dei modelli organizzativi e l'evoluzione dei presenti. Verso quali modelli?

- Per esempio:
 - verso la Sanità d'iniziativa;
 - verso l'ospedale per intensità di cure;
 - verso un ruolo diverso per i professionisti sanita
 - verso un ruolo diverso dei Mmg;
 - verso modelli già esistenti lontano da noi.

Il modulo di partecipazione è consultabile a [tp://www.regione.toscana.it/partecipaalpiano](http://www.regione.toscana.it/partecipaalpiano).

ALLEGATO A

Azienda Usl	Importo prenotato con il present
1 - Massa	10.000,0
3 - Pistoia	20.000,0
4 - Prato	20.000,0
5 - Pisa	20.000,0
6 - Livorno	20.000,0
8 - Arezzo	20.000,0
9 - Grosseto	20.000,0
10 - Firenze	20.000,0
Totale	150.000,0

Sanità Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI

coordinatore editoriale
Roberto Turno

comitato scientifico
Beatrice Sassi
Susanna Crestati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 40 del 25-31 ottobre 2011 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

AMBIENTE

La Regione incentiva acquisti verdi e il riuso di materiali di scarto



La «seconda vita» dei rifiuti

Tre i bandi destinati a Comuni e aziende: in campo 2 milioni di euro

Se è vero che i rifiuti sono gli scarti della civiltà, oggi la civiltà si misura anche dalla capacità di gestirli. Si sa, sono il nostro comportamento di consumatori, il nostro stile di vita e le nostre abitudini a determinare quanti e quali rifiuti produciamo e anche a condizionare poi cosa si potrà farne dopo, incidendo più o meno positivamente sull'impatto che i rifiuti avranno sull'ambiente e sulla salute. Non per nulla il fulcro di ogni politica tesa a contenere i rischi connessi ai rifiuti sta nella loro riduzione, differenziazione, riutilizzo e nella razionalizzazione delle modalità di smaltimento.

Differenziare - il mezzo - e avviare a riciclaggio - il fine, cioè i rifiuti - fa bene dunque, alla salute e all'ambiente. Ma non solo. Perché la rincorsa all'approvvigionamento di materie prime, indispensabili per realizzare nuovi prodotti, determina costi di quelle stesse materie fuori controllo. L'Unione europea ha approvato una risoluzione sulla strategia per le materie prime: intensificare il riciclo attingendo dalle nostre "miniere urbane". È questa la nuova strategia continentale di politica industriale: il riciclo costa di più, ma ha un prezzo ancorato ai costi industriali e non alla speculazione finanziaria. Quindi l'obiettivo è che quei rifiuti, una volta separati, rientrino nel circuito produttivo e tornino ad assumere un valore positivo e i "Ri-prodotti in Toscana", cioè manufatti o parti di prodotti realizzati partendo dalle plastiche miste post consumo, hanno dimostrato che si può fare.

La Toscana da tempo ha intrapreso la via del "la differenza la fai se li ricomprai" grazie alla stipula di accordi e alla pubblicazione di bandi tutti finalizzati

I dati sulla raccolta differenziata	
Rifiuti urbani totali	2.510.600 t
Raccolta differenziata	864.800 t ≈40%
A termovalorizzazione	239.400 t ≈10%
Perdite di processo, recupero metalli, Fos (copertura discariche)	180.400 t ≈7%
A discarica	217.300 t ≈43%
Il quantitativo totale che viene avviato nelle discariche autorizzate annualmente in Toscana è pari a circa 2.000.000 t, di cui 2/3 rifiuti urbani e 1/3 rifiuti speciali	

zati a incentivare l'uso e la reimmisione nel mercato di oggetti fatti "di materie seconde", cioè frutto di rifiuti riciclati. Con tre bandi la Regione ha messo a disposizione di Comuni, enti, istituti e aziende 2 milioni di euro (cifra ottenuta anche con una parte dell'ecotassa regionale, che dal 2008 viene destinata ai Comuni per quanto conferiscono in discarica) sia per fare acquisti verdi sia per utilizzare materiali riciclati nei sottofondi stradali e nei conglomerati cementizi: il tutto derivato dall'attività di selezione e trattamento delle raccolte differenziate di plastica e vetro. E così saranno 62 i soggetti, perlopiù amministrazioni comunali, che in tutta la Toscana acquisteranno altalene e dondoli per parchi giochi, cordoli spartitraffico e bidoni per la raccolta differenziata rigorosamente "eco" grazie al contributo regionale. Ma potranno comprare anche mattoni, tegoli, "sabbia" ricavati da frazioni di vetro riciccolato per la manutenzione delle strade.

A corredo dei tre bandi c'è un'intesa firmata da Regione, Revet Spa di Pontedera, Corepla che favorisce il riciclo del plasmix, che non è altro che la miscela delle plastiche eterogenee di cui sono

fatti. Ed ecco così che grazie a un processo avanzato messo a punto dalla Revet in sinergia con Utilplastic, azienda del comprensorio pistoiese, da quelle stesse plastiche miste, diversi articoli per la casa ma anche pannelli fonoassorbenti o alcune componenti degli scooter Piaggio (in particolare Vespa e Mp3).

«La Toscana, nel suo ambito si sta impegnando fortemente per quanto le compete - sostiene l'assessore regionale all'ambiente e all'energia **Anna Rita Brammerini** -. Vogliamo sostenere un sistema che ha come obiettivo quello di far tornare materia ciò che era rifiuto, mostrando che tutto il percorso della raccolta differenziata può essere tracciabile. E quindi motivando ancor più il cittadino in questa direzione virtuosa». «In questo modo - ha detto **Valerio Caramassi** presidente Revet - anche il riciclaggio, inteso come politica industriale - non solo ambientale - trova la sua possibilità di decollo. Purtroppo succede in Toscana e non Italia. Perciò ministero e Anci dovrebbero incentivare il riciclaggio in ambito nazionale, altrimenti gli impegni e gli sforzi economici orientati alla sola differenziazione dei rifiuti saranno poco utili».

a cura di
Chiara Bini
Agenzia Toscana Notizie

SISTEMI DI SMALTIMENTO E RISCHI PER I CITTADINI

L'innovazione tutela la salute

Numerosi sono stati gli studi epidemiologici condotti negli ultimi trenta anni per valutare il rischio per la salute umana dello smaltimento dei rifiuti solidi urbani e dei rifiuti tossici, con le discariche e gli inceneritori. Le revisioni della letteratura scientifica su questo argomento sono state recentemente oggetto di una valutazione critica e di una presa di posizione dell'Associazione italiana di epidemiologia. Pur con le incertezze legate a oggettivi difetti di metodo degli studi epidemiologici, è possibile trarre alcune conclusioni. Rispetto alla residenza in prossimità di discariche autorizzate per i rifiuti più pericolosi, come quelli tossici, è segnalato un modesto maggior rischio di malformazioni congenite e un più evidente rischio di basso peso alla nascita, mentre non emerge un eccesso di malattie importanti come tumori, patologie respiratorie e cardiovascolari.

Poco studiati gli effetti sulla salute di chi vive vicino a discariche per rifiuti urbani, autorizzate e gestite secondo le norme vigenti, con ogni probabilità perché ritenute a rischio minimo o assente. Diverso il caso di chi vive nelle vicinanze di siti di smaltimento illegale di rifiuti tossici, studiato soprattutto in Campania. Qui è emersa una maggiore mortalità per tutte le cause, per cause tumorali soprattutto nei maschi e per altre malattie, come le respiratorie, cardiovascolari e dell'apparato digerente. Per quanto riguarda il rischio per la salute di chi ha la residenza nei pressi di inceneritori, la comunità scientifica è concorde sulla necessità di distinguere tra impianti di vecchia e nuova generazione, perché i più moderni, a seguito delle direttive comunitarie, hanno abbattuto l'emissione degli inquinanti più pericolosi. Le revisioni degli studi degli anni '60-'80 ritengono piuttosto convincenti le evidenze di aumento di rischio di tumori per esposizione agli alti livelli di sostanze tossiche, soprattutto diossine, emesse dagli impianti di vecchia generazione, mentre per altre patologie le evidenze sono meno chiare. Le revisioni degli studi che fanno riferimento agli impianti di nuova generazione, al contrario, non riportano evidenze chiare di aumentato rischio. Gli studi hanno però difficoltà a evidenziare il rischio di malattie causato dal vivere vicino a un inceneritore, al netto di quello legato ad abitudini di vita, esposizioni professionali o livello di classe sociale. Perciò si propongono oggi metodi di studio più adeguati, come l'uso di biomarcatori individuali di esposizione.

In sintesi, le conoscenze epidemiologiche disponibili indicano che il conferimento in discarica controllata e l'incenerimento con gli impianti più moderni minimizzano i rischi per la salute, mentre il rischio è più marcato in presenza di discariche illegali.

Francesco Cipriani e Daniela Nuvolone
Osservatorio di Epidemiologia, dell'Ars, Agenzia sanitaria toscana

Dal riciclo nuovi spartitraffico e parchi per bimbi

Impianti moderni e discariche doc riducono i pericoli

BEST PRACTICE

La ricetta di Montelupo? Raccolta capillare

Con il suo 91,77% di raccolta differenziata il Comune di Montelupo, comunità tra le colline di Firenze di poco più di 13mila abitanti, celebre per la produzione di ceramica artistica, ha avuto il primato in Toscana nel 2010. Il segreto, spiega il sindaco **Rossana Mori**, sta tutto nella raccolta porta a porta. «Nel 2009 c'era un sistema che prevedeva la raccolta differenziata a cassonetto e già superavamo il 40% - spiega il primo cittadino - la capillarità ha fatto la differenza».

Sindaco Mori, come funziona il vostro sistema?

I prelievi sono cadenzati giorno per giorno su cinque giorni la settimana. Pubblichiamo il territorio, ha elaborato un calendario settimanale che prevede per il lunedì e il venerdì la raccolta dell'umido, per il martedì della carta, per il mercoledì del multimateriale escluso il vetro per il quale ci sono ancora le campane dedicate e il giovedì dell'indifferenziato.

Ma con la raccolta porta a porta il Comune avrà costi superiori.

È un falso problema perché si cambia il concetto di tariffa. Più i rifiuti dei cittadini sono differenziati minore sarà la consegna di materiale indifferenziato (per il quale sono previste quote minime di raccolta annuali) e quindi minore sarà la tariffa da pagare. Il 50% della tariffa è sempre il

costo fisso, il resto varia a seconda di quanto sei bravo. Si parte dal concetto che chi più produce indifferenziato più paga.

I cittadini stanno reagendo bene, ma come avete fatto a "educarli"?

Nel 2009 il passaggio alla raccolta porta a porta è stato segnato da 18 assemblee pubbliche convocate dal Comune insieme a Publiambiente per illustrare i nuovi criteri e sensibilizzare su un argomento al quale peraltro i nostri cittadini erano già ben predisposti. Soprattutto abbiamo sottolineato il concetto che non si possono sfornare rifiuti in modo incondizionato.

Ci sono state azioni collaterali utili a dare una mano a questi comportamenti virtuosi?

Per esempio abbiamo installato un fontanello, e tra un po' ne metteremo un secondo, che ogni giorno eroga 2.000 litri di acqua. Il che ha portato a un risparmio di 60mila tonnellate di plastica in un anno.

Un bel traguardo.

Sì, ed è calata anche la produzione pro capite di rifiuti perché adesso quando si va a fare la spesa si butta un occhio su quanti imballi si acquistano e quanti potremmo non acquistarne. Insomma, si è innescato un processo che ha messo in atto quella che non esito a chiamare una rivoluzione culturale.

C.B.

IL CASO AZIENDALE

A Pisa matite e gadget dalla spazzatura

In Toscana sono meno di dieci le aziende che puntano sull'ambiente a 360° e producono "riciclati". Una di queste è la "Ideacharme - Prodotti riciclati", con sede a San Giuliano Terme, alle porte di Pisa. Dal 2004 è sul mercato green grazie a una collezione dedicata a prodotti ecocompatibili fatta di penne, matite, righelli, astucci, fabbricati con materiali recuperati e riciclati mediante processi sostenibili e venduti alle aziende quali oggetti per comunicare o gadget aziendali. L'anno scorso la "Prodotti riciclati" ha ricevuto la segnalazione con assegnazione del logo al "Premio toscana ecoefficiente" indetto dalla Regione.

Claudio Ricciotti, titolare dell'azienda, cosa vuol dire produrre oggetti totalmente riciclati?

Vuol dire molta fatica e molto impegno in una fase di crisi come questa e in un mondo in cui la pressione del mercato spingerebbe ad aggiungere prodotti poco coerenti con la nostra collezione. I nostri oggetti hanno garantiti tutti i parametri di qualità, di sostenibilità e di tracciabilità, caratteristiche che non sono scontate per tutti i prodotti che oggi si presentano sul mercato definendosi "green". Dobbiamo registrare la delusione che il peso economico è a volte più forte della coerenza».

I consumatori sono maturi?

Più maturi di quello che si possa pensare e comunque hanno fatto passi da gigante rispetto a quando iniziamo la nostra attività. È il sistema però a condizionarli. Il mercato è indirizzato dalla capacità economica di chi lo alimenta, e non sono

certo le aziende come la nostra a muoverlo. Inoltre il mercato penalizza le materie seconde perché non è in grado, spontaneamente, di internalizzare il reale valore dei vantaggi ambientali del riciclo. Quando i prezzi delle materie prime vergini sono alti e tendono a crescere, questa carenza del mercato non ha conseguenze negative per il riciclo, ma quando i prezzi si abbassano in modo significativo, il settore del riciclo va in crisi.

I vostri prodotti riciclati sono allora un lusso?

No, sono solo una scelta, forse difficile, perché richiede consapevolezza e coerenza che, debitamente veicolata e sostenuta, può fare la differenza e, ne siamo convinti altrimenti cambieremmo mestiere, segna la via per il futuro.

Da un addetto ai lavori, cosa potrebbe essere fatto di più per sviluppare il settore?

Innanzitutto promuovere campagne formative e informative capillari, in modo da orientare e favorire il consumo e l'impiego di materiali e prodotti riciclati, compito in primo luogo delle pubbliche amministrazioni in tutti i settori. Dovrebbe poi essere migliorata la raccolta differenziata. A esempio: in Svizzera si separano le bottiglie di plastica che hanno contenuto detersivi da quelle dei solventi, dell'acqua e dell'olio. In Italia questa è ancora fantascienza. Infine, non basta che i materiali avviabili al riciclo siano ottenuti dai rifiuti, occorre che vengano effettivamente riutilizzati e in quantità ben maggiori rispetto a oggi.

C.B.

SIENA

Identificato all'Aou senese un marker che individua la sindrome di Rett

Prevenire il ritardo mentale



Diagnosi precoce per la malattia genetica che colpisce le bambine

Identificato un marker predittivo della sindrome di Rett grazie a un innovativo studio di un gruppo internazionale italo-francese, coordinato da due medici dell'Aou Senese, il neonatologo Claudio De Felice e il neuropsichiatra Joussef Hayek. È una scoperta potenzialmente in grado di cambiare la storia naturale di questa grave malattia genetica che colpisce le bambine, finora diagnosticata solo intorno all'anno di vita, quando la sintomatologia

è conclamata ed è presente un danno cerebrale irreversibile.

«Si tratta di un marker biochimico, chiamato "F2-dihomo-isoprostani" - spiegano De Felice e Hayek - derivante dall'ossidazione di un acido grasso polinsaturo presente nella sostanza bianca cerebrale. Tale composto è risultato essere in concentrazioni da 100 a 300 volte più elevate nel plasma delle pazienti in stadio 1 della malattia». Inoltre, analizzando la numerosa casistica della neuropsichia-

tria infantile dell'ospedale senese, che da oltre 20 anni è centro di riferimento nazionale per la sindrome di Rett, si è evidenziato che proprio questa molecola è il più precoce indicatore nelle piccole pazienti della 1ª fase della malattia, tra i 6 e i 12 mesi di vita.

«La scoperta - proseguono De Felice e Hayek - apre la strada a una diagnosi e una terapia precoce con sostanze di origine naturale, come gli acidi grassi polinsaturi omega-3». La filosofia alla base della nostra ricerca

è stata quella di spingere l'acceleratore verso una diagnosi quanto più precoce possibile perché nonostante i numerosi traguardi raggiunti dalla genetica molecolare sulle mutazioni genetiche, sino a ora non ci sono state particolari innovazioni per diagnosi precoce, terapia genetica e analisi dei meccanismi che portano dalla mutazione alle varie manifestazioni cliniche della malattia».

Lo studio, effettuato in collaborazione con il professor Thierry Durand

del Cnr di Montpellier, uno dei massimi esperti di chimica degli isoprostani, e l'Università di Siena, con la ricercatrice Cinzia Signorini e la professoressa Lucia Ciccoli, entrambe esperte di stress ossidativo, è firmato congiuntamente dai ricercatori senesi e francesi, ed è stato appena pubblicato sulla prestigiosa rivista internazionale "The Journal of Lipid Research".

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou Siena

PISA

Prima isterectomia "single port" con il sistema robotico Da Vinci

Un altro traguardo è stato messo a segno nel Centro interdipartimentale di chirurgia robotica dell'Aou pisana. Nei giorni scorsi è stata infatti effettuata con successo, per la prima volta al mondo, un'isterectomia "single port" (singola via d'accesso) attraverso l'ombelico, utilizzando il sistema robotico "Da Vinci" in dotazione all'ospedale di Pisa.

L'intervento è stato eseguito dall'équipe di Vito Cela, coadiuvato da Nicola Pluchino, dell'Unità operativa di ostetricia e ginecologia I universitaria diretta da Andrea Riccardi Genazzani. La paziente, una signora sessantenne affetta da tumore dell'endometrio, è stata dimessa e sta bene.

È la prima volta che viene utilizzata con successo, con il robot, questa tecnica chirurgica mini-invasiva detta "single port", che consiste nell'introdurre tutti gli strumenti chirurgici nell'addome attraverso l'ombelico. In questo caso si tratta di strumenti da 5 mm, introdotti attraverso una micro-incisione di appena 2 cm, con il risultato finale di evitare cicatrici sull'addome grazie al van-

taggio di utilizzare solo l'ombelico come porta di accesso chirurgico. Già utilizzata in laparoscopia, la tecnica però finora era di uso limitato per le notevoli difficoltà tecniche dovute ai limitati movimenti per la singola porta di entrata e alla collisione degli strumenti per lo spazio di azione ridotto.

L'utilizzo del robot ha permesso di superare tutti i limiti della chirurgia laparoscopica aggiungendo i vantaggi propri

della chirurgia robotica come la visione tridimensionale, la mancanza di tremore e il controllo degli strumenti, che non rischiano appunto di urtarsi fra di loro. Grazie

a questo traguardo da oggi, nel centro interdipartimentale di chirurgia robotica dell'Aou, coordinato da Franca Melfi - dove si effettuano quotidianamente interventi di chirurgia toracica, urologica, ginecologica, bariatrica e trapianti - è possibile trattare anche patologie ginecologiche benigne e oncologiche utilizzando il robot attraverso una micro-incisione dell'ombelico.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

VIAREGGIO

«Nati per leggere» arriva in Versilia anche nei nidi e negli ambulatori

«Nati per leggere» è il nome di un progetto rivolto ai bambini in età prescolare, mirato a creare e consolidare l'abitudine a leggere, grazie alla lettura ad alta voce. Recenti ricerche scientifiche hanno dimostrato come leggere ai bambini tra i sei mesi e i sei anni di età abbia un'influenza positiva sia sulla vita relazionale e affettiva che sullo sviluppo cognitivo dei bambini.

Da ottobre, anche i bambini della Versilia avranno questa opportunità grazie alla firma di un protocollo di intesa tra i Comuni dell'area versiliese, la Provincia di Lucca, ente di coordinamento delle rete delle biblioteche, e l'Asl 12 Viareggio.

«La firma - ha detto il presidente della Provincia di Lucca, Stefano Baccelli - è frutto di un'attività di sensibilizzazione per la quale dobbiamo ringraziare il coordinamento zonale di "Nati per leggere". Il fatto che un piccolo gruppo di pediatri e operatori sia riuscito a riunire intorno a questo tavolo così tante istituzioni è la prova del valore del progetto che credo rappresenti un'opportunità culturale e sociale per l'intera comunità della

Versilia».

«Nati per leggere» è attivo su tutto il territorio nazionale con circa 400 progetti locali che coinvolgono quasi 1.200 comuni. I progetti locali sono promossi da bibliotecari, pediatri, educatori, enti pubblici, associazioni culturali e di volontariato. Il protocollo, promosso dall'Associazione culturale pediatri e dal Coordinamento versiliese del progetto, prevede che gli enti coinvolti sensibilizzino i genitori sui benefici della lettura precoce, incrementino il patrimonio librario delle biblioteche per la fascia 0-6 anni, promuovano il progetto presso i nuovi nati, acquisiscano o producano materiale

promozionale sul progetto e realizzino attività di promozione della lettura.

Tra i compiti della Asl 12, quello di promuovere l'iniziativa presso i bambini che a vario titolo vengono accolti nelle strutture ospedaliere, che si tratti del nido, di un ricovero o di una visita ambulatoriale oltre che sensibilizzare i pediatri di famiglia e formare gli operatori delle Unità operative dell'area materno-infantile.

Stefano Pasquinucci
Ufficio stampa Asl 12 Viareggio

PRATO

Ospedali a misura di handicap: interventi per quattro strutture

Presentati a Prato gli interventi strutturali previsti nel progetto di costruzione dei quattro nuovi ospedali della Toscana (Lucca, Pistoia, Apuane e Prato) a misura di handicap. Il presidente del Sior (Sistema integrato ospedali regionali) e direttore generale dell'Asl 4, Bruno Cravedi, il direttore generale dell'Asl 2 di Lucca, Oreste Tavanti e il responsabile unico del procedimento dell'Asl 2, Gabriele Marchetti hanno illustrato le caratteristiche e gli interventi strutturali previsti nel progetto di realizzazione degli ospedali per facilitare l'accesso e il percorso all'interno e all'esterno delle

strutture, di persone con disabilità sensoriali e motorie.

In particolare, sono stati esaminati gli aspetti relativi alla accessibilità esterna degli ospedali con sistemi che garantiscono un flusso veicolare specifico per le persone con handicap e con soluzioni di massima vicinanza dal punto di arrivo dei mezzi pubblici all'ingresso degli ospedali. Saranno organizzati incontri tra le aziende sanitarie e le rispettive aziende di trasporto pubblico per consentire l'entrata nell'area ospedalie-

ra dei mezzi pubblici. Particolare attenzione è stata posta per agevolare l'accesso e l'orientamento delle persone ipovedenti all'interno della struttura ospedaliera attraverso mappe tattili e un sistema di cartellonistica adeguato e diversificato per colore. Le mappe tattili, posizionate sul pavimento, guidano il percorso dall'esterno della struttura ospedaliera (fermata dell'autobus) all'interno, in corrispondenza dei servizi e attività di maggiore impatto al pubblico (sportelli Urp, Cup, ambulatori, pronto soccorso ecc.). Un'apposita cartellonistica in braille è possibile all'ingresso dell'ospedale e all'interno degli ascensori, dotati anche di un sistema automatico, in caso di arresto che permette il ritorno al piano. I rappresentanti delle Associazioni hanno apprezzato il progetto e suggerito interessanti proposte. Dopo questo primo incontro seguiranno altre iniziative per raccogliere ulteriori contributi.

Vania Vannucchi
Marilena Chiti
Ufficio stampa Asl 4 Prato

Laparoscopia in una sessantenne affetta da tumore

Sensibilizzati gli operatori dell'area materno-infantile

Mappe tattili per l'orientamento degli ipovedenti

IN BREVE

▼ **SIENA**
Avviato alle Scotte di Siena un progetto di cooperazione internazionale con il Kurdistan. Un'équipe è partita con il direttore generale Paolo Morello per Sulaimaniya, in Kurdistan, per curare bambini con gravi cardiopatie congenite e partecipare a un programma di formazione per il personale locale. Il progetto, realizzato grazie alla Regione Toscana in collaborazione con la onlus Save the Children e l'intermediazione della moglie del presidente del Kurdistan, prevede il completamento del complesso ospedaliero che comprenderà anche la cardiocirurgia pediatrica. La missione in Kurdistan fa parte di un progetto più ampio che prevede l'arrivo alle Scotte di medici curdi impegnati, da metà ottobre, in un training formativo.

▼ **PISA**
Si è tenuto, presso la Scuola internazionale di alta formazione (Staf) di Volterra, un corso di formazione sulla riabilitazione respiratoria e sulle tecniche di ventilazione meccanica non invasiva. I docenti del corso, Nicolino Ambrosino, responsabile del reparto di riabilitazione respiratoria di Auxilium Vitae, Guido Vagheggini, referente medico della struttura, Anna Zito e il fisioterapista Luca Pantani, hanno avuto un pubblico speciale formato da specialisti pneumologi della Turchia e guidati da Günseli Kiliç, ordinario di Pneumologia dell'Università di Istanbul. La missione dell'Auxilium Vitae di Volterra è di offrire competenze e servizi integrati finalizzati al recupero della persona nei suoi aspetti funzionali, fisici, cognitivi e psicologici.

▼ **LUCA**
Congresso interregionale a metà ottobre dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) su «La selezione del paziente nella decisione terapeutica», a cui hanno partecipato professionisti provenienti da varie Regioni, in particolare del Centro Italia. Durante le due giornate di discussione si è parlato di patologie di grande rilevanza come il carcinoma del colon retto, quello polmonare, gastrico, mammario, uro-genitale. Anche grazie a una serie di tavole rotonde, sono stati affrontati i temi legati ai criteri di selezione (tra i quali anche il genere) e all'intensità di cura. Per tutti gli argomenti trattati sono state messe a confronto nella pratica clinica le strutture sanitarie regionali con problematiche e comportamenti virtuosi di ciascuna realtà.

CALENDARIO

28 OTT. 2011

EMPOLI
Correlazioni tra asma e lavoro al centro del convegno in programma il 28-29 ottobre all'Agenzia per la formazione dell'Asl 11 Empoli a Sovigliana di Vinci. Saranno approfonditi anche gli aspetti della problematica clinica del paziente. Info: 0571 704320, f.maggiorelli@asl11.toscana.it

29 OTT. 2011

FIRENZE
«Modelli, processi di cambiamento e complessità in psicoterapia» è il convegno del 29-30 ottobre al Palazzo dei Congressi per esplorare e discutere presupposti epistemologici, modelli formativi ed esperienze cliniche tra colleghi più esperti e giovani in formazione su buone pratiche e insegnamenti tratti dagli errori. Info: 055-291338

29 OTT. 2011

MASSA E CARRARA
Il 29 ottobre l'Asl 1 di Massa e Carrara ha organizzato un convegno dal titolo «L'anziano nel territorio: una sola risposta». Obiettivo dell'incontro è quello di individuare le linee di indirizzo dei servizi territoriali e gli interventi mirati verso l'area della non autosufficienza. Info: 0585657516, formazione@asl1.toscana.it



Regione Toscana

Piano Promozionale Comunicazione

L'INFLUENZA È ALLE PORTE. DIFENDITI COL VACCINO.

Anche quest'anno, durante il periodo autunnale il Servizio Sanitario della Toscana mette gratuitamente a disposizione delle persone con più di sessantacinque anni e di tutte quelle di qualsiasi età, con patologie a rischio, un vaccino antinfluenzale efficace e sicuro.

In più, coloro che superano i sessantacinque anni, potranno usufruire, sempre gratuitamente, di due dosi di Vitamina D3, essenziale per prevenire l'osteoporosi.

Per difenderti dalle complicanze dell'influenza e per mantenerti in salute, parlane con il tuo medico che saprà consigliarti se e quando fare la vaccinazione e sull'opportunità di assumere, se occorre, la vitamina D3.

Servizio Sanitario della Toscana
La salute prima di tutto.

