

STRUTTURE

**Le sfide del Polo unico di Perugia**

**R**iorganizzare l'assistenza per aree omogenee di intensità di cura e potenziare l'integrazione multidisciplinare: l'Ao di Perugia corre verso il Polo unico. E a Terni si traccia il bilancio (positivo) sui servizi della rete ospedaliera regionale.

SERVIZI ALLE PAGINE 2, 3 E 4

PREVENZIONE

**Percorsi formativi col bollino blu**

**U**n protocollo regionale ha fissato i requisiti minimi, in termini di contenuti e di tempi, per la formazione dei lavoratori umbri. Intanto, i pediatri hanno siglato l'accordo integrativo alla convenzione nazionale.

SERVIZI A PAG. 5

SICUREZZA

**Più controlli per lavoro e alimenti**

**A**limenti e luoghi di lavoro "sorvegliati speciali". Ecco le misure regionali per tutelare la salute dei cittadini e garantire la sicurezza. A colpi di controlli, ma soprattutto di collaborazione con tutti gli operatori coinvolti.

SERVIZI A PAG. 6, 7

**STRUMENTI**

*Un documento tira le somme su determinanti di salute e strategie del Servizio sanitario*

# Valutazione vuol dire qualità

**In 4 volumi e 6 monografie la fotografia per orientare la programmazione**

Il Servizio sanitario regionale umbro vanta una ricca tradizione nel campo della programmazione socio-sanitaria: dal varo della legge 833/1978, istitutiva del Ssn, a oggi la Regione Umbria ha approvato ufficialmente ben quattro piani sanitari regionali (1985-87; 1989-91; 1999-2001; 2003-2005) e un piano ospedaliero (Dcr 311/1997), secondo un filone di pensiero fortemente orientato alla creazione di un primo livello territoriale di servizi socio-sanitari con finalità di promozione, integrazione sociale, prevenzione primaria e secondaria e una vasta rete di servizi di assistenza primaria centrati sul distretto e sul centro di salute come sua articolazione e un secondo livello ospedaliero, differenziato in percorsi assistenziali specifici per l'area critica, l'area per acuti e la long term care.

Meno ricca è stata invece l'esperienza umbra per quanto riguarda la valutazione degli effetti della sua programmazione: fino a tutto il 2005, se si escludono le pubblicazioni su specifici aspetti e interventi di settore, sono state prodotte due relazioni sullo stato di salute (1987; 1991) e una relazione (2002) su processi e assetti organizzativi attivati dal Psr 1999-2001.

Se può essere consolante osservare che tale asimmetria tra il momento programmatico e quello valutativo non affligge solo il nostro Ssr, essendo riscontrabile sia a livello nazionale che nella maggior parte delle Regioni italiane, l'effetto lenitivo derivante dal constatato meno al solo pensare che programmare al di fuori di una seria base valutativa rappresenta un atto di per sé inconsulto, un po' come somministrare terapie senza curarsi di osservare gli effetti.

Ecco perché far sì che il requisito "valutazione sistematica di quanto programmato" divenisse una acquisizione concreta del corpo professionale e amministrativo complessivo del nostro Ssr è divenuto il nostro assillo negli ultimi tre anni. Assillo che si è subito dovuto misurare con un secondo livello di problematiche, collegate sia con l'abitudine, consolidata per quanto sopra detto, del programmare e basta, diffusasi ai diversi livelli, e per tanto difficile da scalfire, sia con la necessità di connotare i percorsi valutativi con caratteristiche accettabili per gli attori del sistema; un problema, questo ultimo, piuttosto consistente e sintetizzabile con la constatazione che la valutazione diviene sempre più difficile (da fare e da utilizzare) quanto più il suo oggetto riguarda persone dotate di potere.

Un terzo livello di problemi riguarda la necessità della valutazione in una fase in cui le linee di politica economica adot-



## Assenteismo in ospedale: perché è importante fare luce

**P**er la Sanità umbra l'estate 2007 non è stata una passeggiata. Ha incupito gli animi l'inchiesta della Procura sull'assenteismo all'ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia, che ha portato a 12 arresti (poi revocati) e a quasi 60 denunce per truffa aggravata. Nel mirino dei Nas e dei giudici sono finiti medici, infermieri, tecnici e amministrativi. Tutti sorvegliati da mesi.

Il caso, esploso a luglio, è stato una doccia fredda. Perché il Servizio sanitario regionale è considerato un modello. Perché i conti sono a posto. Perché la qualità è un obiettivo consolidato delle politiche locali. In attesa di sapere come evolverà l'indagine, è bene ricordare che non tutte le "macchie" sono imputabili alla cattiva organizzazione: ci sono errori ed errori. Disfunzioni di sistema e guasti legati a comportamenti individuali. Incidenti prevedibili e condotte illecite che sfuggono ai controlli.

L'importante è fare chiarezza e andare a fondo. Allontanare il marcio, se c'è, o eliminarne l'ombra, se non c'è. Fare luce, insomma. Si è riunita il 7 settembre la commissione d'inchiesta voluta dalla Giunta regionale,

d'intesa con la direzione generale dell'azienda ospedaliera di Perugia, proprio per «valutare le modalità di rilevazione e di controllo orario» adottate dall'Ao di Perugia (senza entrare nel merito dei fatti per cui è in corso l'indagine) e stanare eventuali criticità. Quattro i componenti: con funzioni di presidente Paolo Di Loreto, direttore della Direzione regionale Sanità e servizi sociali; Serena Cassetta, dirigente dell'Università di Perugia, Emilio Duca, direttore sanitario dell'Ao Santa Maria della Misericordia, e Luca Tamassia, esperto nei temi del lavoro.

Subito la presidente della Regione, Maria Rita Lorenzetti, e l'assessore alla Sanità, Maurizio Rosi, hanno chiarito di essere «parte lesa, insieme all'azienda ospedaliera, perché rappresentiamo i legittimi interessi del cittadino sul quale ricadono poi le negative conseguenze di tali comportamenti. Se saranno confermati i reati ipotizzati, garantiremo la massima inflessibilità». Nel nome degli utenti, certo. Ma anche dei tanti, tantissimi operatori che lavorano ogni giorno con impegno e abnegazione. (Red. San.)

vante da non condivise elaborazioni di qualche agenzia esterna. In questa situazione, nel 2004 e quindi un anno dopo l'approvazione del Psr 2003-2005, l'Osservatorio epidemiologico regionale ha proposto alla Giunta regionale (Dgr 1057/2004) la redazione del Documento di valutazione dei determinanti di salute e delle strategie del Ssr (Dvss) come documento complementare al Psr all'interno del ciclo programmazione, attuazione, valutazione, ancorché sottoposto alla sola validazione della Giunta regionale, assumendo quindi una veste complessiva che racchiuda e sintetizzi i diversi elementi informativi per la successiva programmazione:

1) principali aspetti demografici, socio-economici ed epidemiologici che influenzano o determinano lo stato di salute di chi in Umbria vive e lavora, al fine di:

- a) censire;
- b) descrivere;
- c) ponderare i principali problemi di salute;

2) principali outcome prodotti da Asl e Ao e macrolivelli assistenziali del Ssr e/o da sue specifiche parti, al fine di:

- a) definirli;
- b) documentare l'apporto fornito alla salute di chi in Umbria vive e lavora;
- c) ponderare i principali problemi assistenziali;
- d) mettere gli outcome in relazione con gli obiettivi di salute della programmazione;

3) grado di raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione, al fine di documentare lo stato di avanzamento nel processo di applicazione degli indirizzi programmatici.

Tale quadro interpretativo assume, in quanto realizzato compiutamente, un valore strategico per il miglioramento della qualità del ciclo programmatico della Sanità umbra, ponendo serie basi scientifiche per gli orientamenti che si vorranno assumere con il nuovo Psr 2007-2009.

Nell'ambito del Dvss sono stati prodotti 4 volumi e 6 monografie. In tal modo viene messa a disposizione della collettività una mole giustificata di conoscenze sull'efficacia dei servizi sanitari, che permetterà di avanzare nella trasformazione delle nostre aziende sanitarie in enti finalizzati alla produzione di salute tramite interventi determinanti e la produzione di outcome in base a parametri di costo/efficiacia.

**Carlo Romagnoli**  
Responsabile Servizio II  
Direzione regionale Sanità  
e servizi sociali

tate a livello nazionale assegnano grande attenzione al controllo della spesa sanitaria pubblica e la cornice costituzionale grandi responsabilità organizzative alle regioni, chiamate a garantire sia i modelli organizzativi che la loro sostenibilità finanziaria.

È pertanto chiaro che in questa situazione, continuare a produrre indicazioni programmatiche senza valutarne l'impatto sulla salute è la prima cosa da evitare, mentre il coinvolgimento di professioni-

sti, amministrativi e politici rappresenta l'altra grande sfida (forse di ampiezza superiore alla prima) da superare, per far sì che la valutazione sia riconosciuta come frutto del proprio impegno e impulso a migliorarsi e non giudizio critico deri-

**ECCELLENZE** Innovativo intervento salva-aorta eseguito nel reparto dell'Università perugina

# Chirurgia endovascolare al top

## Applicata per la prima volta in Italia su un paziente con aneurisma toracico

Un innovativo intervento chirurgico è stato recentemente eseguito da Piergiorgio Cao, direttore della struttura complessa di Chirurgia vascolare ed endovascolare dell'Università di Perugia, azienda ospedaliera di Perugia, e dalla sua équipe di chirurghi vascolari, radiologi e anestesisti. Per la prima volta in Italia un paziente affetto da aneurisma aortico toraco-addominale ha potuto beneficiare con successo di un intervento totalmente endovascolare.

L'aneurisma toraco-addominale è una patologia ad alto rischio di mortalità se non trattata, caratterizzata dallo sfianamento progressivo dell'arteria maggiore del corpo umano, l'aorta, che origina dal cuore e passando dal torace all'addome rifornisce di sangue, con le sue diramazioni, tutti gli organi interni. Nella malattia aneurismatica, la parete aortica perde la sua capacità di resistenza alla pressione arteriosa del flusso sanguigno, e il condotto si dilata fino alla inesorabile rottura con conseguente emorragia fatalmente irreversibile.

L'intervento chirurgico con-

venzionale consiste nel sostituire il tratto aortico dilatato con una protesi tubolare sintetica. Un'operazione estremamente invasiva, poiché necessita dell'apertura di entrambe le cavità del corpo umano, torace e addome, spesso con l'ausilio della circolazione extra-corporea, con alti rischi di complicanze cardiache, respiratorie, renali e neurologiche. Pazienti ad alto rischio, affetti da malattie concomitanti, sono spesso considerati inoperabili e finora venivano lasciati al destino di una purtroppo inevitabile rottura.

Con l'intervento mini-invasivo eseguito dall'équipe di Cao, l'aorta viene sostituita dall'interno con una protesi costruita su misura, compresa in un catetere che naviga dentro le arterie, a ingresso dall'inguine, e viene rilasciata prendendo contatto con la parete aortica interna al di sopra e al di sotto del tratto dilatato.

L'endoprotesi è costituita da un tessuto impermeabile, lo stesso utilizzato per le protesi in uso nella chirurgia convenzionale, sorretto da uno scheletro metallico costituito da stent, anelli di filo di acciaio con configurazione a zig-zag,



L'équipe di Piergiorgio Cao

saturati sulla protesi tubolare, così da mantenerla ben distesa e in contatto con la parete aortica non malata alle estremità dell'aneurisma. Gli stent, di diametro anche di 4-4,5 cm, possono essere compressi e la protesi viene introdotta in un catetere portante di calibro di circa 0,7-0,8 cm così da poter essere inserita nell'arteria femorale, da cui si raggiunge poi la sede dell'aneurisma aortico.

L'irrorazione degli organi interni viene assicurata da alcune ramificazioni laterali della protesi, che sono preventiva-

mente progettate con precisione millimetrica sulla base degli studi radiologici pre-operatori del singolo paziente. Tali ramificazioni devono poi essere congiunte alle arterie viscerali con la sovrapposizione di ulteriori segmenti protesici che vengono infilati nelle branchette laterali della endoprotesi da un accesso dal braccio.

Interventi di questo genere necessitano di una alta tecnologia, sia per l'esecuzione dello studio preoperatorio con tomografia computerizzata spirale (Tc), sia per la visualizzazione intraoperatoria dell'aneurisma

e dei vasi viscerali, con angiografia digitale in una sala operatoria specificamente attrezzata, che per il monitoraggio clinico intra e post-operatorio del paziente.

L'intervento, oggi riservato a pazienti selezionati, riduce i rischi operatori della chirurgia aperta e accorcia i tempi di degenza e di recupero funzionale, eliminando anche la necessità di degenza post-operatoria in terapia intensiva, necessaria e talvolta prolungata dopo chirurgia convenzionale.

La tecnica d'avanguardia messa a punto in pochi centri di chirurgia vascolare al mondo, di cui quello di Perugia fa parte, è basata sull'esperienza accumulata nel trattamento endovascolare della patologia aortica toracica e addominale nell'ultimo decennio. A Perugia sono infatti stati eseguiti più di mille interventi endovascolari aortici toracici e addominali, prima di cimentarsi nella tecnica straordinariamente innovativa delle endoprotesi per aneurismi toraco-addominali. Continui scambi scientifici con il Centro di chirurgia vascolare di Cleveland, negli Stati Uniti, di Liverpool in Inghilterra e di Perth in Australia,

ove nello stesso momento si stanno eseguendo interventi simili sull'aorta toraco-addominale, permettono di acquisire quotidianamente informazioni utili a tutto il gruppo di esperti dedicati al trattamento di questa patologia, per migliorare rapidamente la tecnica che nel prossimo futuro potrà essere offerta a un ampio gruppo di pazienti.

La dotazione tecnologica vascolare ed endovascolare di Perugia, modello che altre realtà sanitarie in Europa stanno copiando, e la particolare dedizione di questo gruppo all'applicazione clinica e alla ricerca nel campo della terapia mini-invasiva della patologia arteriosa, sono alla base del volume di attività del centro che nello scorso anno ha eseguito circa 1.700 interventi, di cui la maggioranza per via endovascolare, in pazienti che per un quarto provengono da fuori Regione o da altre nazioni per il trattamento delle malattie arteriose come quelle della aorta, delle carotidi e delle arterie degli arti inferiori.

**Giuseppina Manuali**  
Servizio I - Dir. reg. Sanità e servizi sociali

## La neurologia come Cochrane comanda

Dal 1° gennaio 2007 l'Osservatorio epidemiologico, Direzione regionale Sanità e servizi sociali della Regione Umbria, diretto da Carlo Romagnoli, ospita e finanzia le attività del Cochrane Neurological Network (Cnn), un'entità della Cochrane Collaboration, organizzazione internazionale no-profit indipendente che si avvale del lavoro di più di 10mila persone in tutto il mondo per promuovere un approccio evidence-based alla medicina.

L'obiettivo della Cochrane Collaboration è fornire informazioni accurate e aggiornate sugli effetti degli interventi sanitari, e viene raggiunto principalmente attraverso la produzione e divulgazione di revisioni sistematiche, redatte applicando rigorosi standard di qualità, che le consentono di rappresentare una delle fonti più affidabili delle prove di efficacia degli interventi in medicina. Le attività della Cochrane Collaboration sono dirette da uno "steering group" elettivo e supportate da uno staff costituito da 80 Cochrane Entities (centri, gruppi di revisione, gruppi metodologici, fields/networks) localizzate in tutto il mondo.

Il Cochrane Neurological Network, nato nel 1998 e formalmente registrato nel marzo 2000, ha iniziato la sua attività presso il Dipartimento di Scienze neurologiche dell'Università di Milano, sotto la direzione di Livia Candelise che ne ha condotto le attività fino al 31 dicembre 2006. Scopo del Cnn è quello di promuovere e divulgare le revisioni sistematiche Cochrane di interesse neurologico nel mondo delle neuroscienze costituendo un ponte tra la loro produzione e la loro fruizione. L'ambito in cui si muove riguarda tutti

gli aspetti di prevenzione, gestione e trattamento delle malattie neurologiche nonché l'organizzazione dei servizi neurologici.

Il Cochrane Neurological Network ha un ruolo nell'assicurare che i review groups di ambito neurologico della Cochrane Collaboration (oltre 20 gruppi tra cui il gruppo ictus, epilessia, demenza e disturbi cognitivi, disordini del movimento, malattie neuromuscolari, sclerosi multipla, droghe e alcool, incontinenza, dolore, traumi) possano realizzare revisioni sistematiche che riguardano interventi di tipo farmacologico, riabilitativo, chirurgico, organizzativo. Nello stesso tempo incoraggia tutti gli specialisti di ambito neurologico (medici, fisioterapisti, infermieri) a mettere in pratica i risultati delle revisioni Cochrane.

Il Cnn vuole inoltre costituire un ponte tra i produttori di revisioni sistematiche Cochrane, gli specialisti che ne applicano i risultati e i finali, diretti interessati: i malati di malattie neurologiche e coloro che li assistono.

Gli scopi del Cochrane Neurological Network vengono realizzati attraverso:

- la costituzione e l'aggiornamento di un sito web: [www.cochraneneuro.net.org](http://www.cochraneneuro.net.org);

### IL GRUPPO DEL CNN



**Director:** dr. Teresa Anna Cantisani  
**Cordinator:** Ms. Kathy Mahan  
**Local support group:** dr. Maria Grazia Celani, dr. Stefano Ricci, dr. Enrico Righetti (Perugia)

**Italian support group:** dr. Alfonso Ciccone (Milano), dr. Mariolina Congedo (Trieste), dr. Cristina Cusi (Milano), prof. Alfonso Iudice (Pisa), dr. Cristina Motto (Milano), dr. Rudolf Schoenhuber (Bolzano)

**International advisory board:** prof. Daniel Bereczki (Debrecen - Hungary), prof. Jacqueline Birks (Oxford - Uk), prof. Livia Candelise (Milano - Italia), prof. Carl Clarke (Birmingham - Uk), prof. Graeme Hankey (Perth - Australia), prof. Richard Hughes (London - Uk), prof. Alessandro Liberati (Milano - Italia), prof. Tony Marson (Liverpool - Uk), prof. Bernard Uitdehaag (Amsterdam - Netherlands)

- l'organizzazione di un archivio realizzato mediante la ricerca di tutti i principali studi scientifici e revisioni in ambito neurologico. Pubblicato sul sito web con il nome di Index of Diseases, contiene i titoli, i protocolli e le revisioni Cochrane e non-Cochrane, classificati secondo le malattie neurologiche cui si riferiscono e consente, tra l'altro, l'identificazione di quei quesiti clinici ("hot topics") cui ancora la letteratura medica non ha dato una risposta evidence-based in modo da indirizzare le successive revisioni sistematiche in neurologia;
- l'aiuto ai Cochrane Review Groups di ambito neurologico nella produzione e aggiornamento delle revisioni sistematiche attraverso la ricerca di revisori e di peer reviewers; l'offerta di supporti metodologici, di servizi di traduzione, di servizi di ricerca dell'evidenza; l'identificazio-

World Congress of Neurology (Wcn), Società italiana di neurologia (Sin), Società dei neurologi, neuroradiologi e neurochirurghi ospedalieri (Sno);

- workshop esclusivi e multidisciplinari sia in Italia che all'estero, tra cui quelli direttamente rivolti a giovani neurologi quali il «Teaching Evidence-based Neurology in Europe - Cochrane Systematic Reviews in practice» finanziato dall'Unione europea e i Marie Curie Conferences and Training Courses, che si sono svolti a Londra, Madrid, Lisbona e Perugia, indirizzati a 70 giovani neurologi provenienti dai Paesi Ue e dai Paesi ad essa associati, vincitori di una borsa di studio in base al loro curriculum;
- la pubblicazione di:

- una newsletter semestrale che raggruppa specialisti neurologi e non in

tutto il mondo;

- libri, opuscoli, finestre con brevi sommari delle più importanti revisioni neurologiche in riviste nazionali ed internazionali. Attualmente sono in corso collaborazioni con la Rivista di neurobiologia (organo ufficiale della Sno), Neuroepidemiology, il Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry che uscirà tra breve con un editoriale che annuncia questa collaborazione e il primo articolo su una revisione sistematica pubblicata sulla Cochrane Library nel 2006 «Blood pressure lowering in patients without prior cerebrovascular disease for prevention of cognitive impairment and dementia», scritto dagli autori della revisione. Sono in corso inoltre trattative con la casa editrice Wiley per la pubblicazione di libri monografici sul trattamento, secondo le indicazioni delle revisioni Cochrane, delle principali malattie neurologiche;

- il coinvolgimento dei malati neurologici, di coloro che li assistono (spesso le malattie neurologiche sono fortemente invalidanti) e delle loro associazioni sia attraverso la ricerca di volontari in grado di tradurre per loro con un linguaggio semplice e didascalico i risultati delle revisioni sistematiche sia direttamente in progetti di ricerca come quello in cantiere che riguarda le misure di prognosi utilizzate nella ricerca neurologica.

**Teresa Anna Cantisani**  
Ao di Perugia  
Direttore del Cochrane Neurological Network

**STRUTTURE** Riorganizzazione in corso all'azienda ospedaliera Santa Maria della Misericordia

# Perugia corre verso il Polo unico

**Le priorità: assistenza per intensità di cura e integrazione multidisciplinare**

L'azienda ospedaliera di Perugia sta ancora operando all'interno del processo-percorso di trasferimento di tutte le attività al Polo unico. Tale percorso, avviato nel triennio precedente, deve ancora completarsi strutturalmente, ed è indubbio che l'attuale logistica dei servizi ponga problematiche organizzative e gestionali riscontrabili nella quotidianità assistenziale, e al contempo richieda un impegno significativo a tutti gli operatori-attori coinvolti.

Il processo di trasferimento, con il passaggio dalla vecchia concezione di ospedale a padiglioni al nuovo complesso ospedaliero del Polo unico di Perugia, comunque può costituire e può essere vissuto come un'opportunità quasi unica per la vita di un grande nosocomio al fine di un ripensamento radicale del modello logistico organizzativo e per implementare dei percorsi innovativi verso il nuovo ospedale.

Se per taluni aspetti si cerca di abbandonare, non senza difficoltà, l'idea dell'ospedale fondata sul posto letto come parametro per organizzare e misurare l'assistenza, dall'altra parte, si è impegnati a ridisegnare un modello di ospedale che persegua percorsi di innovazione organizzativa e tecnologica privilegiando i livelli assistenziali più appropriati in relazione all'intensità delle cure: l'ambulatoriale, la degenza diurna e ordinaria, l'urgenza e l'emergenza.

Si tratta di proporre soluzioni innovative per l'organizzazione delle degenze nell'ottica di una ottimizzazione della produttività delle risorse a disposizione e di recupero della centralità della persona



L'azienda ospedaliera di Perugia

nei processi assistenziali.

Queste soluzioni innovative sono riconducibili all'idea dell'ospedale "per intensità di assistenza e di cura", basato su un modello organizzativo e assistenziale strutturato per aree, con un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità che viene di norma classificato nelle tre tipologie di alta, media e bassa complessità assistenziale.

## Obiettivi Recuperare la centralità della persona

Un importante obiettivo da raggiungere è sicuramente quello di promuovere la diffusione di una nuova cultura clinica e gestionale orientata verso una maggiore integrazione organizzativa e operativa nella prospettiva di sviluppo di un nuovo modello di ospedale che si caratterizzi per:

- ridisegnare l'assistenza per aree di intensità di cura omoge-

nee, calibrando le risorse a seconda del bisogno clinico assistenziale dei pazienti;

- consolidare l'organizzazione per processi assistenziali intesi come sequenza integrata di attività, promuovendo la massima integrazione multidisciplinare tra le varie Unità operative e figure professionali;
- migliorare l'efficienza complessiva dei processi assistenziali attraverso una migliore appropriatezza dell'uso delle risorse e la diffusione dell'utilizzo dei profili di cura per uniformare le metodologie di lavoro e a pianificare le attività e le risorse all'interno di ogni struttura sanitaria.

Riconoscendo che il contesto organizzativo gestionale privilegiato per lo sviluppo di tale modello è rappresentato, nell'ambito ospedaliero, dalla struttura dipartimentale, una delle priorità, da perseguire a breve termine nella strategia

LE TECNOLOGIE AL RINNOVO	
Area materno infantile e area medica	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arredi e apparecchiature per l'allestimento sale parto e sale operatorie, Unità di terapia intensiva neonatale e degenze;</li> <li>• Servizi informatici per intrattenimento di bambini e adolescenti ricoverati, con accesso a film, giochi, ascolto della musica, Internet;</li> <li>• Arredi e apparecchiature per degenze mediche.</li> </ul>	
Area emergenza urgenza	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesia e rianimazione: arredi e apparecchiature</li> <li>• Nuovo blocco operatorio (n. 9 sale): arredi e apparecchiature</li> <li>• Centrale di sterilizzazione per nuovo blocco operatorio.</li> </ul>	
Diagnostica per immagine e radioterapia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tc multistrato a 16 slice, Tc cardiologia a 64 slice, angiografo per radiologia interventistica, apparecchi telecomandati digitali;</li> <li>• Medicina nucleare: gammacamera;</li> <li>• Radioterapia: 2 acceleratori lineari con collimatore a 120 lamelle e con simulatore digitale.</li> </ul>	
Sistemi di gestione interni	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema per posta pneumatica;</li> <li>• Sistemi automatizzati per distribuzione presidi nei blocchi operatori e in emodinamica;</li> <li>• Sistemi automatizzati per richiesta approvvigionamento farmaci e presidi in degenza.</li> </ul>	

aziendale, è l'individuazione dei Dipartimenti ospedalieri e l'implementazione di una compiuta organizzazione dipartimentale; il Dipartimento individuato quale ambito organizzativo in cui sono attribuite ai professionisti specifiche responsabilità gestionali sia nelle aree di miglioramento e valutazione delle loro performance e sia nelle modalità di integrazione della loro operatività.

A sostegno di questo percorso di innovazione è stata adottata, nel processo di budgeting per il 2007, una nuova metodologia per la definizione di programmi di attività finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza, efficienza e continuità assistenziale.

Gli obiettivi di budget negoziati con le varie strutture complesse, sono orientati alla creazione di nuove relazioni tra responsabilità cliniche e gestionali/organizzative al fine di mi-

gliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in determinate aree di performance:

1. il miglioramento dell'appropriatezza professionale o efficacia clinica;
2. il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza organizzativa;
3. il miglioramento della sicurezza e della gestione del rischio clinico;
4. il miglioramento della qualità percepita e della equità d'accesso.

Viene portata avanti un'idea di azienda ospedaliera che, adottando sistemi di verifica della qualità, sia orientata ai principi innovativi di organizzazione centrati alla soddisfazione delle necessità della persona e della comunità, e che sappia cogliere l'occasione offerta dallo sviluppo tecnologico anche a supporto del

comfort dell'assistito.

Per un grande presidio ospedaliero come il Santa Maria della Misericordia, di alta specialità in cui, oltre all'assistenza, insistono la ricerca e la didattica con oltre 30 scuole di specializzazione e che inoltre, rappresenta l'unico presidio ospedaliero dell'emergenza del territorio della Asl n. 2, con una popolazione di oltre 330.000 abitanti, l'innovazione organizzativa e tecnologica diventa infatti un obiettivo strategico connesso al miglioramento delle performance assistenziali ed al rafforzamento dell'identità e dell'attrattiva delle sue strutture.

La nuova Direzione appena insediata ha promosso un'azione di accelerazione per tutte le procedure collegate all'acquisizione di nuovi arredi, apparecchiature e tecnologie necessari al trasferimento delle strutture sanitarie ancora collocate a Monteluce per un valore complessivo di 16 milioni di euro.

La scommessa futura per l'assistenza ospedaliera deve fare i conti con una differente e innovativa gestione dell'assistito che preveda la massima integrazione tra qualità, tecnologia, utilizzo integrato delle risorse umane e ottimizzazione degli spazi. L'innovazione e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi deve avvenire sia in termini di processi assistenziali che di tecnologie per il miglioramento della qualità assistenziale e del comfort dell'assistito.

## Performance Sicurezza e qualità target centrali

**Manuela Pioppo**  
Controllo di gestione  
e Sistema informativo  
Ao di Perugia

## Ospedali, i cantieri della «rete» sono aperti

Appuntamento di primo piano, il 4 e il 5 luglio scorsi, all'azienda ospedaliera Santa Maria di Terni che ha ospitato la Conferenza programmatica regionale sui servizi della rete ospedaliera. Partendo dall'analisi di potenzialità, obiettivi e criticità, manager, dirigenti dell'assessorato regionale, rappresentanti delle istituzioni e professionisti della Sanità si sono confrontati sulle strategie per qualificare ulteriormente la rete ospedaliera umbra in vista della definizione del nuovo Piano sanitario regionale.

I lavori sono stati conclusi dall'assessore alla Sanità, Maurizio Rosi, che ha commentato con «la soddisfazione che deve comunque sollecitare tutti a fare di più e meglio» i dati confortanti presentati dal direttore regionale alla Sanità, Paolo Di Loreto, e dai direttori generali delle aziende ospedaliere e sanitarie dell'Umbria.

Si conferma un bilancio economico in sostanziale equilibrio, che pochissime Regioni possono vantare, e si consolida il buon livello qualitativo dei servizi. Centralità del cittadino, innovazione, sostenibilità economica continueranno a essere i principi basilari e gli elementi qualificanti del Ssr. «Non abbiamo alcuna intenzione di aumentare l'Irpef o mettere tasse ai

cittadini per tenere in piedi il sistema sanitario regionale», ha spiegato Rosi. «Non l'abbiamo mai fatto, non lo faremo in futuro. Per questo dovremo accelerare il processo di collaborazione tra le due aziende ad alta specialità di Perugia e Terni e integrare le grandi realtà ospedaliere con la medicina territoriale».

I dati di attività sono virtuosi: bilancio positivo tra mobilità attiva (pazienti di altre Regioni che scelgono di curarsi negli ospedali umbri) e passiva (utenti della Regione che vanno fuori), forte capacità attrattiva delle due Ao di Perugia e di Terni nei confronti delle Regioni vicine (in particolare Lazio, Marche, Toscana), 53% degli interventi complessivi (43.313 nel 2006) trattati in day surgery (chirurgia di un giorno), oltre dieci punti percentuali in più della media nazionale.

«L'Umbria può inoltre vantare una rete ospedaliera completamente rinnovata - ha aggiunto l'assessore - con la realizzazione, negli ultimi anni, degli ospedali di Orvieto, Città di Castello, Foligno, con l'ultimazione dei lavori del Polo unico, con l'imminente apertura dell'ospedale unico di Gubbio-Gualdo e con l'accorpamento previsto per Todi-Marsciano, Narni-Amelia, Città della Pieve-Castiglione del Lago. Si è attuata inoltre la riconversione di ospedali

come Passignano, Trevi e Umbertide. Nel giro di due anni la rete ospedaliera umbra sarà tra le più avanzate d'Italia».

L'Umbria si dimostra innovativa anche sul versante gestionale: i risultati nella day surgery (è prima in Italia) consentono un forte contenimento della spesa, mentre sul versante dell'integrazione ospedale-territorio si sta percorrendo la strada dell'unificazione dei laboratori analisi e della radiologia. Il progetto della continuità assistenziale e delle dimissioni protette promosso dalla Regione, che vede l'impegno congiunto di medici di medicina generale, medici ospedalieri e servizi territoriali, ha permesso di dare risposte complete a pazienti over 75 affetti da patologie croniche. Le aziende hanno inoltre messo in campo un grande sforzo per abbattere le liste di attesa. Nella chirurgia oncologica, all'Ao di Terni, i tempi di risposta sono inferiori ai venti giorni.

Le due aziende ospedaliere confermano poi una forte capacità attrattiva di utenza extraregionale. Ricerca e assistenza fornite dal polo di Perugia garantiscono servizi di eccellenza e, in alcuni settori, d'avanguardia mentre a Terni, in alcuni ambiti dell'alta specialità quali la neurochirurgia, la cardiocirurgia, la chirurgia toraci-

ca, la quota dei pazienti delle Regioni del Centro Italia e, in particolare, dell'alto Lazio, sfiora il 40% dell'attività complessiva.

Le prospettive sono confortanti. Il direttore regionale alla Sanità, Paolo Di Loreto, ha dichiarato che la sfida è duplice: da una parte recuperare la mobilità passiva, attraverso l'integrazione tra le due Ao di Perugia e Terni e una stretta collaborazione con i servizi territoriali, dall'altro confermare questa forte capacità attrattiva dei due poli di eccellenza regionali. «In questi anni - ha proseguito Di Loreto - le aziende hanno lavorato correttamente secondo le indicazioni del Psr. Ci ritroviamo una rete ospedaliera con una riduzione di posti letto come vuole la programmazione nazionale ma con una grande qualificazione di servizi di eccellenza orientati alle alte specialità. Dalle analisi effettuate abbiamo rilevato che la domanda di assistenza in reparti di riabilitazione è in costante crescita, frutto probabilmente dell'invecchiamento della popolazione. Da qui la necessità di aumentare in modo significativo la quantità di posti letto per la riabilitazione».

**Alberto Tomassi**  
Ao di Terni

MODELLI La Regione scommette sui Dipartimenti a carattere transmurale ospedale-territorio

# La riabilitazione spicca il volo

## Poli locali guidati da fisiatristi - La ricetta: progetti sempre più personalizzati

L'attenzione della Regione Umbria verso la riabilitazione ha una tradizione trentennale. Fin dalla fine degli anni '70 è stata una chiave per riconvertire ospedali periferici assegnando funzioni di qualità. Si è iniziato con l'ospedale di Trevi, per proseguire con l'ospedale di Umbertide e, da ultimo, quelli di Cascia e Passignano sul Trasimeno.

Notevole impulso è stato dato alle alte specializzazioni con lo sviluppo di una delle prime Unità spinali unipolari italiane presso l'Ao di Perugia (inizio anni '90) e l'Unità gravi cerebrolesioni acquisite di Trevi. Le strutture private hanno avuto da sempre funzioni integrative sia come privato convenzionato che come sperimentazione pubblico-privato (Umbertide) e collaborazione con le cooperative (Terni). Anche l'Ao di Terni vanta uno dei primi day hospital istituiti in Italia.

In questo panorama di sviluppo virtuoso si è cercato di inserire una serie di normative con lo scopo di mettere a rete i

servizi esistenti tra loro e con il territorio. A questo scopo la Regione ha stabilito nel Piano sanitario regionale l'istituzione di Dipartimenti di riabilitazione a carattere transmurale tra ospedale e territorio. La rete territoriale è costituita sulla base dei poli di riabilitazione territoriale, ministruccie in genere situate all'interno dei centri di salute e costituite dal medico fisiatra o competente in riabilitazione, dal fisioterapista e, ove possibile, il logopedista.

A questo livello tutti gli interventi sono stabiliti all'interno di un progetto riabilitativo e sono stati definiti livelli di appropriatezza. Il principale per i casi acuti è la precocità della presa in carico riabilitativa, mentre per le condizioni di cronicità l'intervento è tanto più appropriato quanto più precoce è la riabilitazione che previene la diminuzione dell'autonomia.

Per quanto riguarda i livelli essenziali di assistenza approvati con il Dpcm del 29 novembre 2001 è stata applicata una normativa regionale restrittiva rispetto alla prescrizione di al-

I POSTI LETTO NELLE DISCIPLINE RIABILITATIVE			
Azienda addebitante	Posti letto all'1/01/2006	Popolazione all'1/01/2006	Posti letto x 1.000 abitanti
Città di Castello	61	131.460	0,46
Perugia	79	354.015	0,22
Foligno	39	157.169	0,25
Terni	24	225.234	0,11
<b>Totale</b>	<b>203</b>	<b>867.878</b>	<b>0,23</b>

cune terapie fisiche in attesa della definizione di adeguate prove di efficacia. Un problema affrontato è stato quello della riabilitazione domiciliare che è stata intesa non come un'azione continua da svolgere alla pari della assistenza domiciliare ma come un'attività temporanea (di norma non superiore a 5 giorni), mirata all'addestramento del caregiver o come terapia occupazionale. Interventi più impegnativi vengono effettuati in strutture di ricovero o regime ambulatoriale.

In questo contesto il problema di base rimane la garanzia della continuità assistenziale. Per facilitare i percorsi ospeda-

le-territorio sono state adottate due delibere: una specifica per i pazienti dimessi dall'Unità spinale unipolare e un'altra per i pazienti in dimissione dagli altri reparti ospedalieri. In questo caso esistono problemi di appropriatezza. Il percorso dovrebbe essere graduato sulla base della complessità dell'intervento. Per la riabilitazione estensiva è stato adottato uno specifico atto che identifica le caratteristiche delle strutture indicandole come chiave di riconversione degli ospedali territoriali. Il processo è in fase iniziale e sarà sempre più incentrato.

Le modalità prescrittive di ausili, ortesi e protesi sono sta-

te affrontate con una serie di atti regionali che hanno definito i percorsi in chiave riabilitativa o assistenziale. Infatti è stato dato al Dipartimento di riabilitazione un ruolo importante nell'aspetto della gestione di quella parte da inserire nel progetto riabilitativo.

Accanto a questo è stata avviata una fase sperimentale per adeguare l'intervento riabilitativo verso una effettiva presa in carico della persona e superare il vecchio concetto di riabilitazione intesa come una serie di prestazioni. Si è perciò evitato di limitare o normare il numero di prestazioni ambulatoriali lasciando il controllo allo sviluppo del progetto riabilitativo personalizzato.

Sono state avviate due importanti azioni: la prima è stata quella di sperimentare un sistema di valutazione di outcome inserito nel progetto più generale del Documento di valutazione sui determinanti di salute e sulle strategie del Ssr (Dvss: si veda la prima pagina). Questo progetto, ancora in fase pilota, ha permesso una valutazione articolata degli esiti dell'inter-

vento riabilitativo in termini di riduzione della disabilità e non in termini di numero di prestazioni.

La seconda azione è stata quella di incentivare l'utilizzo della nuova classificazione sullo stato di salute Icf. Parte della classificazione è alla base della valutazione dei progetti di integrazione socio-sanitaria ed è stata sviluppata una incisiva azione formativa regionale per migliorare la conoscenza e facilitarne la diffusione come strumento di utilizzo di un linguaggio comune all'interno delle reti di recupero sanitario e sociale della persona disabile.

In sintesi la politica di intervento della Regione Umbria attraverso l'assistenza riabilitativa ha lo scopo di trasformare l'intervento riabilitativo in un sistema a rete che permetta la facilitazione del recupero della persona disabile fino al suo pieno reinserimento nella vita quotidiana familiare e sociale compatibilmente con la gravità della disabilità stessa.

**Mara Zenzeri**  
Servizio II - Dir. reg. Sanità e servizi sociali

## Telemedicina: l'Usl 2 cura l'infarto con Tosca

L'Usl 2 dell'Umbria assiste l'area più vasta (2.460 kmq) e popolosa (340mila abitanti circa) della Regione Umbria, con la "missione" di erogare le prestazioni di prevenzione e di assistenza primaria oltre alle attività di ricovero per le prestazioni di medio-bassa specialità. Ha un organico di circa 2mila dipendenti e oltre 500 medici convenzionati.

Il territorio di competenza, nel quale sono compresi 24 Comuni, è stato suddiviso in quattro ambiti distrettuali. Con un'articolazione molto complessa: 5 ospedali di territorio e 2 ospedali di distretto; 2 Rsa; un Centro ospedaliero di riabilitazione intensiva (Coti). All'interno dei distretti vi sono oltre 60 punti di erogazione di attività preventiva, diagnostica specialistica, curativa e riabilitativa.

Data la complessità organizzativa dell'azienda, da diversi anni l'Usl si applica nell'utilizzo delle più moderne tecnologie informatiche e telematiche per rispondere con più efficacia ed efficienza ai bisogni di salute della popolazione.

La telemedicina è stata applicata con

successo a situazioni di emergenza-urgenza cardiologica. È il caso del Progetto Tosca (Trattamento ottimale della sindrome coronarica acuta). È ben noto che l'ostruzione di un vaso sanguigno, responsabile dell'infarto, può essere affrontata somministrando tempestivamente un farmaco o introducendo nel vaso appositi dispositivi meccanici (con l'angioplastica, effettuabile solo in centri particolarmente attrezzati). È comunque cruciale il fattore tempo: i migliori risultati si ottengono entro 2-3 ore dall'inizio dei disturbi.

Nella Usl 2 la gestione dell'infarto è stata affidata ai medici e agli infermieri dell'emergenza territoriale-118, supportati dal collegamento con i centri specialistici attraverso la telemedicina. Il medico dell'emergenza dell'ospedale, attraverso un teleconsulto cardiologico, si collega con l'Unità coronarica di riferimento. In caso di sospetto infarto, spedisce per via telematica l'elettrocardiogramma all'Unità coronarica dell'Ao di Perugia e si consulta telefonicamente con il cardiologo, con cui decide la più opportuna strate-

gia terapeutica (trombolisi o trasporto all'ospedale regionale per l'angioplastica), che viene attuata tempestivamente.

Nel periodo agosto 2003-agosto 2006 sono stati inviati per via telematica circa 500 Ecg dagli ospedali della Usl 2 all'Utic di Perugia, 350 dei quali relativi a quadri clinici suggestivi per sindromi coronariche acute. Sono stati pertanto trattati precocemente circa 100 infarti St-elevati (Stemi = St Elevation Myocardial Infarction) per anno, laddove prima del 2003 tale trattamento precoce era sporadico, non codificato e in funzione dell'operatore di guardia in quel momento. Ottanta hanno usufruito della fibrinolisi precoce decentrata (effettuata negli ospedali periferici), 20 sono stati trattati con angioplastica primaria presso l'emodinamica dell'ospedale Silvestrini. Con un miglioramento della sopravvivenza e della prognosi a distanza.

Il Tosca è uscito da tempo dalla fase sperimentale ed è ormai una realtà consolidata, per cui si sta avviando la seconda fase del progetto: l'invio dell'elettrocardiogramma dal luogo del soccorso me-

dante la telefonia cellulare, senza attendere il rientro dell'ambulanza alla base; ciò consentirà di guadagnare altri minuti preziosi.

Anche la gestione teleradiologica dei pazienti è ormai a regime nel Dipartimento di diagnostica per immagini (Ddi) della Usl 2, con una procedura che riguarda le urgenze a cui è necessario assicurare: prestazioni radiologiche nelle sedi ospedaliere nelle 12 ore diurne di tutti i giorni dell'anno o Tac del cranio indifferibili in tutti gli ospedali, ottenendo ovunque l'esecuzione dell'esame e la formulazione di una diagnosi, per un rapido avvio del paziente al trattamento.

La prima preoccupazione è stata quella di assicurare la sicurezza, la qualità e la tracciabilità di questa attività. Sul piano tecnico la procedura è supportata da attrezzature e sistemi di digitalizzazione indiretta (Cr) e da un sistema Ris-Pacs della ditta Agfa, installati in tutte le Uo. Il servizio è reso possibile grazie alla guardia attiva di un radiologo del Dipartimento nelle 12 ore diurne dei festivi e dal teleconsulto con la neuroradiologia

dell'Ao di Terni, per eseguire e refertare Tc del cranio urgenti.

Al 31 agosto 2006 sono state effettuate 1.100 prestazioni urgenti (855 Tc e 1.600 esami in guardia attiva); per gli esami tipo Tc un'analisi dei costi evidenzia un risparmio di circa 60mila euro, avendo stimato solo i costi reali (di trasferimento ecc.), senza tener conto dei vantaggi in termini di salute e di minor stress per i pazienti.

La teleradiologia, e la telemedicina nel suo complesso, se ben utilizzata può costituire un efficiente ed efficace mezzo di integrazione nella rete sanitaria della Regione al servizio del cittadino, che può trovare la sua migliore definizione nello slogan: «Trasferiamo le immagini, non i pazienti!».

**Donatella Seppoloni**  
Direttore sanitario Usl 2  
**Guglielmo Benemio**  
Direttore Dipart. Medicina Usl 2  
**Amedeo Antoniella**  
Direttore Dipart. Diagnostica per immagini Usl 2

## Fecondazione: il centro di Perugia diventa riferimento regionale

Il Centro di diagnosi e cura per la Pma, facente capo alla struttura complessa di ostetricia e ginecologia, diretta da Giuseppe Affronti dell'azienda ospedaliera di Perugia, diventa Centro di riferimento regionale umbro per la procreazione medicalmente assistita, responsabile Gianfrancesco Brusco. Il Centro ha origine come ambulatorio per lo studio della sterilità di coppia nel 1980. Dopo qualche anno, per l'incremento dell'utenza e per il potenziamento della tecnologia, diventa Servizio per la sterilità di coppia, unico nella Regione Umbria. Successivamente diviene Modulo per la sterilità di

coppia e l'unico Centro regionale in grado di offrire all'utenza tutte le possibilità terapeutiche di procreazione assistita previste dai protocolli internazionali.

Attualmente la struttura, oltre alle attività assistenziali, svolge attività di ricerca scientifica con pubblicazioni su importanti riviste internazionali. L'obiettivo generale del riconoscimento come Centro di riferimento regionale è realizzare standard assistenziali condivisi da tutti gli operatori coinvolti, quanto più possibile resi operativi e verificati a livello delle équipe territoriali, dei consultori e dei reparti di ostetricia e ginecologia degli

altri ospedali umbri, in un continuum assistenziale tra ruoli anche ben diversificati. Ciò richiederà una pressante e continuativa opera di formazione e informazione.

Il Centro tende a rendere operative le raccomandazioni previste dalla legge 40/2004 favorendo:

1. i percorsi diagnostico-terapeutici integrati;
2. la territorializzazione della gestione delle coppie;
3. la formazione e la informazione sulle metodiche più innovative nella gestione della Pma.

I risultati delle tecniche di Pma a oggi sono lusinghieri, in medicina della riproduzione l'efficacia di ogni terapia corrisponde ai bambini nati, cosiddetti "bambini in braccio", e il centro Pma dell'Ao di Perugia, a oggi, offre un tasso del 24,2%, superiore alla media nazionale. Tra i risultati della struttura è da annoverare l'elevata capacità di attrazione di coppie sterili extraregionali che per il 2006 è risultata pari al 21,8 per cento.

**Nera Bizzarri**  
Servizio II - Dir. reg. Sanità e servizi sociali



direttore responsabile  
ELIA ZAMBONI

coordinatore editoriale  
Roberto Turno

Allegato al n. 36  
del 18-24 settembre 2007  
reg. Trib. Milano n. 679  
del 7/10/98

Stampa: Centro stampa editoriale  
Via del Lavoro, 18  
Grignano di Zocco (Vi)

**PREVENZIONE**

Un protocollo condiviso chiarisce i requisiti minimi delle iniziative formative

# La formazione ha i suoi standard

## Corsi ad hoc per ogni settore - Il lavoratore che frequenta acquisisce crediti

I Dlgs 626/94 ha previsto all'art. 22 l'obbligo per ciascun datore di lavoro di fornire a coloro che prestano manodopera nella propria azienda una formazione «adeguata e sufficiente», allo scopo di rendere i propri lavoratori consapevoli dei rischi per la salute che possono derivare dallo svolgimento dell'attività.

In realtà, proprio il monitoraggio sull'applicazione di tale norma, svolto in Umbria come nel resto del Paese, all'inizio degli anni 2000 aveva evidenziato un quadro non soddisfacente rispetto alle modalità con le quali veniva garantita ai lavoratori la formazione obbligatoria, sia per quanto riguarda l'applicazione dell'obbligo normativo, sia rispetto agli strumenti didattici impiegati. La situazione non è affatto migliorata nel corso di questi anni, nonostante i molti sforzi messi in campo dai diversi organismi paritetici: al contrario la genericità della normativa di riferimento ha creato spes-

so diffomità interpretative e di conseguenza una certa variabilità nel comportamento degli organi di vigilanza sotto il profilo sanzionatorio.

Nel tentativo di superare tali criticità e nella convinzione che la formazione costituisca una delle chiavi di volta, per superare la piaga degli infortuni sul lavoro, il sottogruppo «formazione» del Coordinamento regionale per la sicurezza e la salute negli ambienti di lavoro, coordinato dall'assessorato alla Sanità, al quale partecipano le associazioni datoriali, le organizzazioni sindacali, i comitati paritetici, i servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende Usl, gli Ordini e i Collegi professionali, l'Inail, l'Ispesl, le Prefetture di Perugia e Terni, l'Istituto di medicina del lavoro dell'Università di Perugia e rappresentanti dell'assessorato Formazione e lavoro e Attività produttive, ha ritenuto fondamentale avviare un processo sperimentale di standardizzazione

CHI FA COSA
<b>L'elenco dei comparti interessati</b>
Agricoltura e pesca; alimentare; tessile; conciario; legno; carta (+ stampa); chimico; gomma; trasformazione minerali non metalliferi; metallurgia; metalmeccanica; industria elettrica; elettricità, gas, acqua; costruzioni; commercio; trasporti; Sanità; servizi (facchinaggio, magazzini); servizi (accoglienza, fornitura pasti, pulizia, spettacolo, istruzione).
<b>I contenuti formativi</b>
<b>Parte generale</b>
Concetti generali: rischio danno prevenzione; normativa; valutazione rischi
<b>Rischio chimico e biologico</b>
<b>Rischio chimico</b>
Rischi fisici, ergonomia e movimentazione carichi
Radiazioni; movimentazione carichi/ergonomia; videoterminali
<b>Rischio infortuni</b>
Elettrici generali; macchine; attrezzature; segnaletica
<b>Dpi</b>

della formazione, firmando un protocollo d'intesa con gli standard minimi della formazione che ogni datore di lavoro deve garantire ai propri lavoratori.

Era infatti intenzione delle parti che hanno sottoscritto il protocollo sviluppare un modello operativo che da un lato desse certezze alle imprese, rispetto alla generica

definizione di «formazione adeguata e sufficiente» data dall'art. 22 del Dlgs 626/94, dall'altro agevolasse l'effettuazione della formazione obbligatoria, anche attraverso la organizzazione con periodicità definita di corsi per i nuovi assunti. In altre parole si è tentato di rendere concreta la trasformazione di quello che ancora è visto come

un puro adempimento burocratico, in un processo di reale crescita culturale delle imprese rispetto al tema della sicurezza.

Il protocollo, approvato nel maggio di quest'anno, chiarisce infatti cosa si debba intendere per «formazione» dei lavoratori, distinguendo tra formazione specifica e addestramento, e definisce i requisiti minimi della progettazione formativa, stabilendo per ogni comparto quali debbano essere gli argomenti da trattare e la durata dei corsi stessi, che va da un minimo di quattro fino a un massimo di 16 ore per i comparti nei quali il fenomeno infortunistico è più grave, come l'agroindustria, il legno, il metalmeccanico e il settore costruzioni.

Per ogni corso di formazione dovrà essere quindi certificato il possesso dei requisiti previsti dal protocollo, attraverso l'acquisizione di un attestato di conformità, che verrà rilasciato da un'apposita commissione, istituita presso

l'assessorato alla Formazione. Il lavoratore che avrà seguito uno di questi corsi conseguirà crediti formativi, che gli permetteranno di non ripetere la formazione generale e quella specifica, nel caso di assunzione da parte di un'altra azienda, se la ditta da cui viene assunto appartiene allo stesso comparto di quella di provenienza.

Per il protocollo d'intesa, che peraltro non si applica alla formazione per l'apprendistato, né ai lavoratori stagionali, viene prevista una sperimentazione di tre anni, al termine dei quali dovrà esserne valutata l'efficacia e l'impatto sulle aziende, che, grazie alla recente legge delega in tema di salute e sicurezza sul lavoro per il riassetto e la riforma della normativa in materia potranno, a partire dal 2008, accedere a uno specifico credito d'imposta.

**Mariadonata Giaimo**  
 Dirigente Ufficio dirigenziale temporaneo prevenzione  
 Dir. reg. Sanità e servizi sociali

## Équipe e rete: la pediatria cambia pelle

### LA NOVITÀ DELL'ACCORDO DECENTRATO

#### Lotta a incidenti domestici e cattive abitudini: ecco il nuovo progetto «salute infanzia»

**S**empre in linea di continuità con il programma precedente si colloca il nuovo progetto salute infanzia. La novità sostanziale e originale consiste nel coniugare la parte clinica e assistenziale con la prevenzione.

Il progetto elaborato su supporto informatico, si pone due principali obiettivi:

1) uno generale che consiste nel prevenire gli incidenti domestici nella fascia di età 0-4 anni e favorire l'adozione di stili di vita sani fin dai primi anni di vita;

2) l'altro, articolato in vari programmi specifici, si fonda:

- nel promuovere tra i genitori l'adozione di comportamenti di provata efficacia atti a ridurre l'incidenza delle morti evitabili in età pediatrica;
- nel favorire nei genitori la consapevolezza dei rischi presenti nell'ambiente domestico, negli spazi di gioco e sulla strada e della loro evitabilità;
- nel far conoscere ai genitori le modalità di prevenzione degli incidenti più frequenti;
- nello sviluppare nei genitori la consapevolezza dei rischi per la salute connessi con l'esposizione al fumo passivo;
- nel favorire, con la sensibilizzazione dei genitori, l'assunzione di uno stile di vita sano;
- nel promuovere l'adozione di comportamenti che favoriscano lo sviluppo cognitivo e psicologico del bambino attraverso una corretta relazione genitori-figli.

Tutto ciò dovrà essere attuato nel corso dei

singoli bilanci di salute con modalità e tempistiche riportate nell'accordo decentrato regionale.

L'innovazione del progetto consiste, oltre alla specifica valutazione dello sviluppo psicofisico del bambino da parte del pediatra, nella valutazione di impatto dell'iniziativa che si articola in due fasi. La prima dovrà essere effettuata entro i primi 4 mesi del 2009, utilizzando i dati provenienti dalla elaborazione dei questionari che dovranno essere consegnati ai genitori dei nuovi nati in occasione del 1°, 3° e 5° bilancio di salute. La seconda si completerà entro il primo trimestre del 2010 utilizzando i dati derivanti dall'elaborazione di tutti i questionari e quelli provenienti dai pronto soccorso relativamente agli incidenti domestici occorsi ai minori nella fascia di età 0-24 mesi.

L'aspetto innovativo, oltre agli obiettivi sopra richiamati, è appunto quello della valutazione del progetto, dove si dà risalto, rispetto al semplice computo quantitativo di quello precedente, all'analisi degli indicatori di qualità compresi quelli di soddisfazione e di partecipazione dell'utenza e dell'aumento della cultura specifica dei genitori nei campi sopra indicati. A conclusione della fase analitica una apposita commissione stabilirà la prosecuzione o meno del progetto, in relazione all'impatto e al grado di coinvolgimento delle famiglie. Negli anni successivi potremo misurare dal punto di vista epidemiologico gli effetti positivi sulla riduzione dei rischi a cui va incontro il bambino nei primi anni di vita. (G.C.)

questo progetto. Proprio in questi giorni ha preso il via la fase sperimentale di integrazione informatica tra le diverse figure professionali che operano in équipe. Ovviamente sarà necessaria una certa gradualità nell'attuazione del progetto che avverrà all'inizio in quegli ambiti territoriali dove sono presenti i presupposti strutturali (associazionismo fra medici, sistema informativi avanzati, sedi idonee ecc.).

Con l'accordo si è disposto in particolare:

- il consolidamento e l'ulteriore sviluppo delle forme associative le quali permetteranno l'apertura dello studio medico per un maggior numero di ore giornaliere, compresa quella pomeridiana almeno fino alle ore 19, con un orario massimo di apertura di dieci ore al giorno. L'assistenza erogata alla popolazione in età pediatrica tramite le forme associative è così incrementata dal 60% al 75%;
- l'ampliamento generalizzato dell'orario di apertura dello studio medico che va dalle 16 ore settimanali per chi ha in carico 900 assistiti alle 18 ore settimanali per chi ha in carico oltre 950 assistiti;
- l'obbligatorietà delle visite domiciliari in presenza di particolari patologie cliniche, argomento molto caro ai genitori e in un certo senso contrapposto alla valutazione di opportunità del pediatra. La visita domiciliare deve essere comunque garantita al lattante febbrile (0-6mesi) qualora non possa essere effettuata una visita ambulatoriale entro le ore 12 del giorno successivo alla richiesta.

**Giuliano Comparozzi**  
 Responsabile Servizio I  
 Dir. reg. Sanità e servizi sociali

altri livelli del sistema che di perseguimento dell'appropriatezza nelle attività direttamente erogate. Si è provveduto, così, al consolidamento e all'ulteriore sviluppo delle équipe territoriali anche quale forma organizzativa più adeguata per la «clinical governance». Tale consoli-

damento si svilupperà a regime con la continuità dell'assistenza 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana, attraverso la piena integrazione tra i pediatri e i medici della continuità assistenziale. Il progetto ha come principale finalità quella di consentire lo scambio bi-direziona-

le di informazioni cliniche tra medico curante e medico della continuità assistenziale tramite una appropriata attivazione di un sistema di integrazione informatica.

L'erogazione dell'assistenza sanitaria 24 ore su 24, 7 giorni su 7, è dunque un obiettivo ambizioso di

SICUREZZA / I

Ecco le misure in campo per contrastare gli incidenti spesso fatali sui luoghi di lavoro

# Guerra aperta alle morti bianche

## È il momento di passare alla «previsione» monitorando le zone d'ombra

**S**ebbene la prevenzione, sia primaria che secondaria, sia effettuata, in Italia, da diversi anni, le difformità da Regione a Regione persistono. Inoltre, nel corso di questi anni, si è assistito sia a uno storico allungamento della durata della vita umana e una riduzione del numero delle morti precoci con una prevalenza delle malattie cronico-degenerative, sia a una evoluzione tecnico-scientifica che ci porta, necessariamente, a dover pensare una rimodulazione

della prevenzione e, potremmo dire, anche di previsione all'interno del Servizio sanitario nazionale.

La natura del rapporto tra demenza e invecchiamento resta di difficile e controversa definizione. Per certo sappiamo che l'impatto sulla società e sul sistema sanitario di queste patologie, già grande attualmente, si estenderà sempre più in avvenire. Stimarne quindi la dimensione epidemiologica ed economica rappresenta l'iniziale, imprescindibile passo per prevedere i bisogni

di assistenza e per pianificare per tempo servizi sanitari e sociali più razionali ed efficaci. Ma dato che le patologie croniche sono, in larga misura, prevenibili, risulta altrettanto essenziale intervenire in modo preventivo sulla salute, a partire dagli stili di vita quotidiani e, in modo particolare dai giovani, sino ad aumentare la diffusione delle diagnosi precoci nei distretti sanitari territoriali con l'apporto essenziale dei medici di medicina generale e dei pediatri. Con quella che Filippo

Palumbo, Direttore generale della programmazione del ministero della Salute, ha definito la «quarta fase della transizione epidemiologica», si può affermare che stanno emergendo approcci assistenziali che riflettono un miglioramento sia nella cura sia nel perseguimento di stili di vita più vantaggiosi e, in sintesi, maggiore attenzione alla prevenzione attiva. I tempi potrebbero essere maturi, anche per fare un ulteriore passo in avanti in tema di salute e sicurezza nei luoghi di

lavoro, passando dalla prevenzione tout court alla previsione, attraverso lo studio dei processi produttivi; l'individuazione dei punti critici che nel tempo possono creare "l'incidente"; la rimozione o correzione dei punti critici prima che siano in grado di causare l'evento rilanciando il ruolo dei rappresentanti della sicurezza.

pagina a cura di  
**Serena Moriondo**  
Segreteria regionale Cgil

**D**opo l'intesa raggiunta nella Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in tema di attuazione del Piano nazionale di prevenzione 2005-2007 ogni Regione, seppur con significative differenze, ha iniziato a definire un proprio Piano regionale di prevenzione.

La Giunta regionale dell'Umbria ha approvato diversi provvedimenti di rilievo, ha costituito un Osservatorio regionale integrato sul fenomeno infortunistico, ha avviato l'attivazione di nuove linee di azione per i comparti più a rischio, sulla base dell'analisi del contesto epidemiologico, condizione indispensabile per la messa a punto del nuovo Psr 2007-2009. Dal novembre 2005 è attivo un Comitato interistituzionale regionale di coordinamento per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro e a fine giugno 2007 è stata finalmente realizzata la prima Conferenza regionale sulla prevenzione attiva. Cgil, Cisl e Uil dell'Umbria hanno, da parte loro, proclamato il 2007 anno della salute sicurezza e legalità sul lavoro al fine di promuovere maggiormente una cultura della sicurezza e contrastare innanzitutto il fenomeno delle morti bianche, degli infortuni e del lavoro nero e irregolare.

L'obiettivo prioritario da assumere rimane, come sempre, quello della qualità. I dati attuali, per il nostro territorio, indicano percentuali di infortuni sul lavoro più alte della media nazionale. Questi dati sommati agli altri, altrettanto preoccupanti, su lavoro pre-

## I sindacati: «La salute va promossa»

### LA PIATTAFORMA UNITARIA

1. Un impegno più concreto delle imprese a investire per migliorare la qualità e il benessere nel lavoro, i sistemi di sicurezza, rispettare in termini sostanziali le norme, umanizzare il lavoro rilanciando la contrattazione sull'organizzazione del lavoro, favorire la partecipazione dei lavoratori, delle lavoratrici e dei propri rappresentanti, Rls (Rappresentanti lavoratori sicurezza) e/o Rlst (Rappresentanti lavoratori sicurezza territoriali), ai processi di valutazione dei rischi e dei conseguenti piani di sicurezza e di prevenzione in tutti i luoghi di lavoro;
2. Rafforzare il sistema della pariteticità e della bilateralità, per promuovere più avanzati sistemi di promozione della cultura della sicurezza a partire dalla informazione-formazione, dalla qualificazione dei sistemi della rappresentanza dei lavoratori anche nella piccola e piccolissima impresa;
3. La revisione del protocollo sugli appalti per arrivare all'approvazione di una legge regionale che ne regolamenti gli affidamenti;
4. Una riorganizzazione più funzionale degli Psal che ne potenzi organici e professionalità, dotazioni strumentali e tecnologiche, conoscenze, informazione e formazione;
5. La destinazione vincolata del 6% del fondo sanitario Regionale per la prevenzione, salute e sicurezza;
6. Un sistema regionale premiante nei confronti delle imprese in materia di salute e sicurezza sul lavoro ancorato a indicatori oggettivi;
7. Un progetto straordinario di informazione e formazione, diffusa e obbligatoria a tutti i lavoratori e le lavoratrici, e ai Rls;
8. Un rafforzamento dell'attività di vigilanza da parte degli organi ispettivi attraverso un'azione più mirata nei confronti delle aree e soggetti a maggiore rischio (utilizzando allo scopo efficacemente i dati dell'Osservatorio regionale) realizzando una maggiore integrazione fra Psal, uffici ispettivi del lavoro e fra questi, l'Inail e l'Inps;
9. La costituzione di un fondo regionale, alimentato da risorse pubbliche e private, per promuovere una concreta solidarietà nei confronti delle famiglie delle vittime sul lavoro, per informazione e progetti di sensibilizzazione sulle tutele cui i lavoratori e le lavoratrici hanno diritto.

cario, lavoro sommerso e bassi salari, rappresentano gli effetti di un sistema economico prevalentemente proiettato a una competizione basata sulla riduzione del costo del lavoro più che sulla qualità. Il sistema degli appalti caratterizzato per lo più da sub-appalti con il ricorso al massimo ribasso ripropone il tema della legalità e della trasparenza. Determinante per la diffusione della cultura della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di lavoro -

che deve tornare a essere centrale nell'impegno collettivo per la crescita e lo sviluppo - è il ruolo della contrattazione aziendale e territoriale. Altrettanto importante, per il rispetto delle regole, non è solo un'assunzione di responsabilità da parte delle imprese ma anche il ruolo e la funzione pubblica degli enti preposti al controllo.

La rilevanza e il costo, in termini umani, sanitari, sociali ed economici che le morti bianche, gli infortuni e le

malattie professionali e quelle correlate al lavoro, rappresentano, ci impongono un'attenzione e un'azione maggiori e più incisive, risposte chiare ed efficaci. Per questi motivi stiamo concertando con la Regione e gli altri attori economici e sociali, affinché si porti avanti una riorganizzazione dei servizi di prevenzione in modo integrato e in una logica di programmazione pluriennale degli interventi. L'entrata in vigore dal 25 agosto della nuova

legge 123/2007 sulla salute e la sicurezza sul lavoro, rappresenta un tassello importante per questi obiettivi.

In occasione della Conferenza programmatica sul Servizio sanitario regionale dello scorso 11 aprile, unitariamente abbiamo sottolineato come, nel prossimo futuro, una delle sfide che dovrà essere raccolta, per ottenere ulteriori miglioramenti nello stato di salute della popolazione, sarà quella di ridurre le disuguaglianze nella salute e le differenze nella distribuzione dei fattori di rischio ancora esistenti tra le diverse classi sociali. Per questo quando parliamo di promozione della salute la intendiamo non tanto e non solo come educazione sanitaria per fornire informazioni ma ancor più per affinare le percezioni dei singoli verso i rischi che corrono. Per questo quando parliamo di promozione della salute e ancor più specificamente del benessere, riteniamo indispensabile prendere in considerazione anche fattori più prossimi all'area psico-sociale ed educativa.

A entrare in gioco deve essere, però, non solo la responsabilità personale nel campo degli stili di vita ma anche azioni di modalità di sviluppo economico che contemplino il rispetto della vita, che eliminino l'incidenza nei luoghi di lavoro del mobbing, delle malattie professionali, degli infortuni e delle morti bianche. In altre parole la promozione della salute come il complesso delle azioni dirette non solo ad aumentare la capacità delle singole persone a scegliere liberamente per il loro bene ma anche ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici virtuosi.

tasso di natalità tra i più bassi al mondo e il mobbing è diventato uno strumento attraverso cui si aggirano specificamente le leggi in questione. Un altro ottimo motivo, dunque, per avviare un serio programma di prevenzione. Per dare continuità al lavoro, iniziato dal sindacato negli anni 60, con lo scopo di fornire un modello interpretativo delle condizioni ambientali di fabbrica derivato prevalentemente dalla esperienza dei lavoratori e delle lavoratrici e dei loro rappresentanti sindacali e successivamente anche per le ricadute nell'ambiente di vita. Un modello che è servito a individuare dei criteri nella ricerca dei fattori nocivi al fine di portare avanti, attraverso le lotte, delle soluzioni alternative rispetto alla nocività dei vari ambienti di lavoro, che ha visto la trasformazione dai gruppi operai omogenei ai Rls, al contrasto delle morti bianche, al riconoscimento più recente delle malattie professionali e a quelle correlate al lavoro, all'affermarsi della medicina preventiva. Aspetti essenziali per lo sviluppo del Sistema sanitario pubblico così come lo conosciamo oggi, nelle graduatorie internazionali, tra i migliori del mondo.

## Quella piaga chiamata mobbing che «predilige» le lavoratrici madri

Ritengo, per ultimo, utile segnalare come il mobbing possa avere conseguenze estremamente negative non solo sulla lavoratrice ma anche sul nascituro. Si chiama mobbing perinatale l'insieme delle pressioni sociali e lavorative, attuate per mezzo di molestie coercitive che quand'anche solo di natura psicologica, implicano stati emotivi ed emozionali tipici di situazioni di forte stress e stanchezza, difficoltosi, sofferti e talvolta seriamente dannosi nel periodo avanzato della gravidanza. Le conseguenze, oltre che sulla lavoratrice madre, si riverseranno anche sul nascituro che sin dai primi mesi di vita farà fatica ad attaccarsi al seno, a dormire di notte, e nei primi anni di vita i bimbi cresciuti con l'ansia dei ritmi di lavoro, presenteranno forti sintomi di iperattività, con disagi conseguenti anche nell'instaurazione del rapporto tra genitore e figlio. Il 10-15% dei neonati, inoltre, è a rischio di nascere prematuro, cardiopatico, soggetto ad asfissia neona-

ta o a malformazione.

Il nostro è il Paese in cui chiedere a una donna se ha intenzione di sposarsi o di avere figli durante un colloquio di lavoro è punibile con l'arresto, perché si viola l'articolo 8 dello Statuto dei lavoratori; è il Paese in cui la pratica delle cosiddette "dimissioni senza data" è ancora molto diffusa; dove molti datori di lavoro chiedono alle lavoratrici di dichiararsi in maternità sin dai primi mesi mentre le costringono a lavorare sino a pochissimi giorni prima del parto; dove si moltiplicano le pressioni psicologiche tese a indurre le donne all'interruzione di gravidanza (non è un caso che l'aborto è pratica significativamente più diffusa tra le lavoratrici che hanno una situazione contrattuale più precaria!).

Eppure l'Italia ha la normativa più avanzata in assoluto in tutta l'Unione europea, quanto a protezione della lavoratrice madre, ma nonostante ciò, purtroppo, da anni c'è un

**P**er concludere desidero segnalare un tema ancora troppo poco esplorato in Umbria, e più in generale nel nostro Paese, su cui la Cgil regionale ha promosso un'inchiesta: il «Mobbing, degenerazioni comunicative, conflittualità relazionali negli ambienti di lavoro». L'indagine, che sarà pubblicata entro settembre, è finalizzata alla comprensione di tutte quelle dinamiche che divenendo dominanti, suscitano malattie lavoro-correlate; alla comprensione delle modalità attraverso cui le organizzazioni riescono a intercettare problematiche estreme di conflittualità relazionali e comunicative; al riconoscimento degli effetti prodotti dal mobbing, nella qualità del lavoro, con particolare attenzione alla individuazione dei nuovi rischi per la salute e la sicurezza. Tutto ciò con lo scopo di migliorare le condizioni di salute delle lavoratrici e dei lavoratori e predisporre una guida e un piano di informazione/formazione per far conoscere il fenomeno e contrastarlo. L'inchiesta mette chiaramente in evidenza i danni psicologici e fisici che il mobbing produce sulle lavoratrici e i lavoratori, danni che spesso sono incurabili e possono concludersi in atti estremi.

**SICUREZZA/2**

Mangiare senza rischi: interventi ad ampio raggio per tutelare i consumatori

# Alimenti «sorvegliati speciali»

## Verifiche lungo tutta la filiera - Pronto al varo il Piano dei controlli 2007-2010

Alla luce del quadro normativo comunitario (si veda il box), le Regioni e le Province autonome hanno ritenuto indispensabile fornire agli operatori del settore alimentare e agli organi di controllo, anche esterni al Ssn, indicazioni in merito all'applicazione dei nuovi Regolamenti comunitari, definendo nel contempo le modalità operative del passaggio dalla normativa di «carattere verticale» a quella del «pacchetto Igiene», in considerazione anche della possibilità, concessa dai Regolamenti stessi, di mantenere o adottare, nel rispetto dei principi generali di sicurezza alimentare, disposizioni particolari per adattare alle singole realtà nazionali e/o regionali gli obblighi imposti dalla legislazione comunitaria.

A tal fine la Commissione nazionale Salute, costituita dagli assessori alla Sanità di tutte le Regioni, in particolare nell'ambito del Coordinamento tecnico per la prevenzione, allo scopo di permettere un maggiore approfondimento e omogeneizzazione applicativa delle diverse tematiche trattate, nonché un più proficuo coinvolgimento degli operatori impegnati nelle diverse realtà regionali, ha istituito Gruppi tecnici di lavoro su Sanità pubblica, Sanità pubblica veterinaria e Prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Nel campo della sicurezza alimentare, vista la trasversalità della materia, che vede il coinvolgimento delle professionalità mediche e veterinarie, è stato istituito un Gruppo tecnico interregionale interdisciplinare, nel cui ambito - dalla costituzione (avvenuta nel 2004) e definitiva formalizzazione (2006) - sono state approfondite (con il confronto con funzionari dei ministeri competenti e riunioni con le associazioni di categoria interessate) varie problematiche inerenti all'applicazione della normativa del «pacchetto igiene».

Di concerto tra le Direzioni della sicurezza alimentare e della Sanità animale del Dipartimento della Sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti del ministero della Salute e i Servizi medici e veterinari delle Regioni e delle Province autonome, sono stati elaborati documenti condivisi e linee di indirizzo, poi emanati dal ministero della Salute principalmente sotto forma di accordi o di intese sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni. Con lo scopo di armonizzare sul territorio nazionale modalità applicative e/o interpretative della nuova legislazione, soprattutto là dove il riferimento comunitario lascia agli Stati membri la possibilità di definire margini di adeguamento alle realtà nazionali e/o locali.

In Umbria tali intese e accordi sono stati tutti adottati

Ogni giorno sulle nostre tavole arriva una grande varietà di alimenti, ognuno dei quali è il risultato di un processo produttivo iniziato nei campi e nelle stalle e proseguito fino al consumo. La sicurezza di tali alimenti, cioè la certezza di poterli consumare senza rischi per la salute, dipende da un corretto svolgimento di tutte le fasi di questo processo produttivo, denominato «filiera». I rischi possono essere connessi alle condizioni di allevamento e di salute degli animali nonché alle modalità di produzione, trasformazione e distribuzione delle derrate. Una politica tesa a tutelare la salute dei cittadini attraverso il perseguimento della sicurezza alimentare deve dunque necessariamente prendere in considerazione l'intera filiera (dai campi alla tavola, dal forcone alla forchetta). La programmazione e l'attuazione dei controlli spettano alle autorità sanitarie competenti (Servizi medici e veterinari).

L'intero quadro giuridico comunitario è stato ridisegnato dal Regolamento Ce 178/2002, che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure specifiche. Preoccupandosi di far sì che il consumatore sia correttamente informato sulle caratteristiche dei prodotti alimentari e che le Autorità di controllo possano avere le informazioni necessarie, in caso di rischio sanitario, per attuare il ritiro ed eventualmente il richiamo del prodotto alimentare e del mangime.

Lo strumento scelto dal legislatore comunitario è la rintracciabilità (*traceability*), definita all'art. 3 punto 15 del Regolamento come «la possibilità di ricostruire e seguire il percorso di un alimento, di un mangime, di un animale destinato alla produzione alimentare o di una

### IL QUADRO NORMATIVO

#### Dal Libro bianco al «pacchetto igiene»: così l'Ue ha dettato legge

##### LE LINEE STRATEGICHE COMUNITARIE

La radicale trasformazione della produzione, distribuzione e somministrazione degli alimenti, nonché delle stesse abitudini alimentari dei consumatori hanno reso il sistema di controllo tradizionale inadeguato alle esigenze attuali. L'Ue, già dal 2000, con l'emanazione del «Libro bianco sulla sicurezza alimentare», ha identificato nuove linee strategiche:

- attuazione di misure più coordinate e integrate, basate sul principio del controllo dell'intera filiera «dai campi alla tavola»;
- aggiornamento e completamento della normativa relativa all'intera catena alimentare;
- attribuzione di piena responsabilità sul processo produttivo ai produttori e agli operatori del settore alimentare;
- rintracciabilità delle filiere produttive;
- analisi del rischio;
- messa in atto di misure di salvaguardia rapide ed efficaci, basate sul principio della precauzione;
- accentuazione del ruolo di organismo terzo delle autorità preposte al controllo ufficiale;
- perseguimento di una maggiore trasparenza delle politiche europee di sicurezza alimentare;
- istituzione di una nuova Autorità europea per la sicurezza degli alimenti.

substanza destinata o atta a entrare a far parte di un alimento o di un mangime attraverso tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione». La rintracciabilità di alimenti e mangimi è operativa dal 1° gennaio 2005.

La nuova legislazione comunitaria individua e separa le responsabilità di tutti i soggetti coinvolti nella sicurezza alimentare, esaltando da un lato, il concetto di «filiera» e di partecipazione di tutti gli interessati; dall'altro, quello dell'Autorità sanitaria deputata al

controllo che deve verificare il rispetto da parte degli operatori degli obblighi loro imposti dalla legislazione alimentare, attraverso controlli, audit e ispezioni.

Successivamente l'Ue, in attuazione del Libro bianco, ha riformulato il quadro normativo esistente dal 1992, costituito da norme «di carattere verticale», cioè di settore, con l'obiettivo principale di assicurare un sempre più elevato livello di tutela dei consumatori, in particolare modo assoggettando gli operatori in tutta l'Ue alla stessa normativa. Nel contempo è stato garantito il corretto funzionamento del mercato interno, contribuendo alla realizzazione di una politica agricola comune.

Tale riformulazione ha disposto, con la direttiva 2004/41 del Parlamento europeo e del Consiglio del 21 aprile 2004, l'abrogazione delle norme di igiene esistenti, sostituendole con quelle del «pacchetto Igiene», che individua negli operatori gli attori principali nella responsabilità di dare piena attuazione alle prescrizioni. Spetta invece ai Servizi medici e veterinari delle Asl delle Regioni e al ministero della Salute, ciascuno per la parte di propria competenza, verificare il rispetto delle norme, organizzando i controlli sulla base della valutazione del rischio.

##### I PROVVEDIMENTI DEL GRUPPO TECNICO

- Linee guida applicative dei Regolamenti 852/2004 sull'igiene dei prodotti alimentari e 853/2004 sull'igiene dei prodotti di origine animale.
- Linee guida per l'adozione del Sistema di allerta rapido per gli alimenti destinati al consumo umano.
- Linee guida per il riconoscimento dei laboratori che effettuano analisi in autocontrollo per le industrie alimentari.
- Norme transitorie e deroghe specifiche, nonché disposizioni generali, per gli stabilimenti di macellazione per la produzione di carni di ungulati domestici, di pollame e di lagomorfi.
- Linee guida applicative del Regolamento Ce 2073/2005 sulle cariche microbiche.
- Deroghe per i prodotti tradizionali ai sensi dei Regolamenti Ce 852 e 853/2004.
- Linea guida sui prodotti della pesca e la nuova regolamentazione comunitaria.
- Linea guida sui molluschi bivalvi vivi e la nuova regolamentazione comunitaria.
- Intesa sulla vendita di latte crudo per l'alimentazione umana diretta.
- Linee guida per la corretta applicazione del regolamento Ce 2075/2005 che definisce norme specifiche applicabili ai controlli ufficiali relativi alla presenza di trichinelle nelle carni.

con specifici atti (si veda la tabella). E già dal 2003, alla luce dei nuovi indirizzi comunitari, ispirati ai principi del Regolamento 178/2002, l'attuale Servizio IV (Programmazione e gestione degli interventi di emergenza sanitaria, Sanità veterinaria e sicurezza alimentare) della Direzione regionale Sanità e servizi sociali ha predisposto interventi finalizza-

ti a garantire la sicurezza alimentare, riaffermando i nuovi concetti: la piena responsabilità dei produttori, l'attuazione di controlli di filiera lungo tutte le fasi produttive, dalla produzione di alimenti per animali all'allevamento, produzione, trasformazione e immissione sul mercato di prodotti alimentari, nonché l'adozione del principio di trasparenza nella

##### LE INDICAZIONI PER I CONTROLLI

A maggio e giugno 2007 sono stati emanati, due importanti documenti (elaborati sempre nell'ambito del Gruppo tecnico interregionale e interdisciplinare per la sicurezza alimentare):

1. Le linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti Ce 854/2004 e 882/2004, che approfondiscono alcuni aspetti previsti dalla nuova normativa comunitaria, sia per gli organi di controllo che per quanto riguarda gli aspetti della produzione. Le linee guida hanno anche affrontato, per la prima volta in forma omogenea e condivisa, la problematica della classificazione delle imprese alimentari in base al rischio relativo di sicurezza alimentare connessa all'attività produttiva.
2. Il Piano nazionale integrato dei controlli 2007-2010 sulla sicurezza alimentare», unico e integrato, previsto dal Regolamento Ce/882/2004, che, in particolare, prevede:
  - prosecuzione delle attività di controllo già in essere fino a nuove determinazioni;
  - sorveglianza epidemiologica e valutazione del rischio in Sanità animale;
  - gerarchizzazione e valutazione del rischio degli alimenti, dei contaminanti e delle tecnologie di produzione;
  - categorizzazione del rischio per le imprese alimentari;
  - elaborazione di Piani su base regionale;
  - revisioni periodiche, di cui la prima alla data del 31/12/2007.

comunicazione con i consumatori.

Tali interventi hanno coinvolto le Asl (Dipartimento di prevenzione - Servizi medici e veterinari) e i Laboratori preposti al controllo ufficiale degli alimenti (Arpa e Izs). Sono stati pertanto aggiornati, rendendoli tutti triennali, con verifica a livello semestrale, gli specifici Programmi di controllo at-

tuati sul territorio.

In ambito regionale tali attività, svolte prevalentemente in forma programmata e preventiva, hanno permesso di aumentare il livello di sicurezza sanitaria dei prodotti alimentari, contribuendo altresì a consolidare il rapporto di fiducia esistente nei cittadini, in particolare nei confronti delle produzioni la cui filiera si sviluppa inte-

ramente nell'ambito dell'Umbria.

I Piani hanno riguardato:

1. Piani di controllo sulla Sanità animale (Bse, scrapie, tubercolosi, brucellosi e leucosi bovina enzootica-influenza aviaria);
2. Piani di vigilanza e controlli sanitari sull'alimentazione degli animali;
3. Piani di controllo ufficiale dei prodotti alimentari;
4. Piani per la ricerca dei residui negli animali e in alcuni prodotti di origine animale, in applicazione del Dlgs 336/1999 e successive modifiche.

Parallelamente, si è provveduto all'inserimento dei laboratori, che effettuano analisi degli alimenti nell'ambito dell'autocontrollo, in un sistema di sicurezza e di qualità - istituzione del Registro regionale dei laboratori accreditati o in corso di accreditamento Sinal (delibera 1562/2004 e successivi atti di aggiornamento) - e all'adozione di una procedura unificata per la notifica di rischi diretti o indiretti da consumo di alimenti, in grado di assicurare la comunicazione rapida delle notizie e dei dati (Sistema di allerta, delibera 1069/2003 e successive modifiche).

Alla luce dell'approvazione, in sede di Conferenza Stato-Regioni, del Piano nazionale integrato dei controlli 2007-2010 sulla sicurezza alimentare, nonché delle Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti Ce 854/2004 e 882/2004, il Servizio IV - dopo alcune riunioni con i Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione e i Servizi veterinari delle Asl, con l'Izs Umbria e Marche e con l'Arpa - ha costituito a giugno 2007 un gruppo di lavoro misto, che ha predisposto una proposta di Piano integrato regionale dei controlli 2007-2010 sulla sicurezza alimentare. Tale proposta, nella cui elaborazione si è tenuto conto anche della situazione epidemiologica rilevata in Umbria nel periodo 2003/2006, è stata presentata ai colleghi medici e veterinari delle quattro Asl umbre nel corso della Conferenza programmatica regionale sulla prevenzione che si è tenuta a Umbertide (Perugia) il 29 giugno scorso. In tale sede sono stati apportati aggiustamenti e chiarimenti al documento proposto. Il piano dei controlli è in corso di approvazione da parte della Giunta regionale.

pagina a cura di  
**Gonario Guaitini**  
 Responsabile Servizio IV  
 Dir. reg. Sanità e servizi sociali  
 Coordinatore del Gruppo tecnico di lavoro interregionale sulla sicurezza alimentare  
**Isabella Cives**  
 Servizio IV - Dir. reg. Sanità e servizi sociali

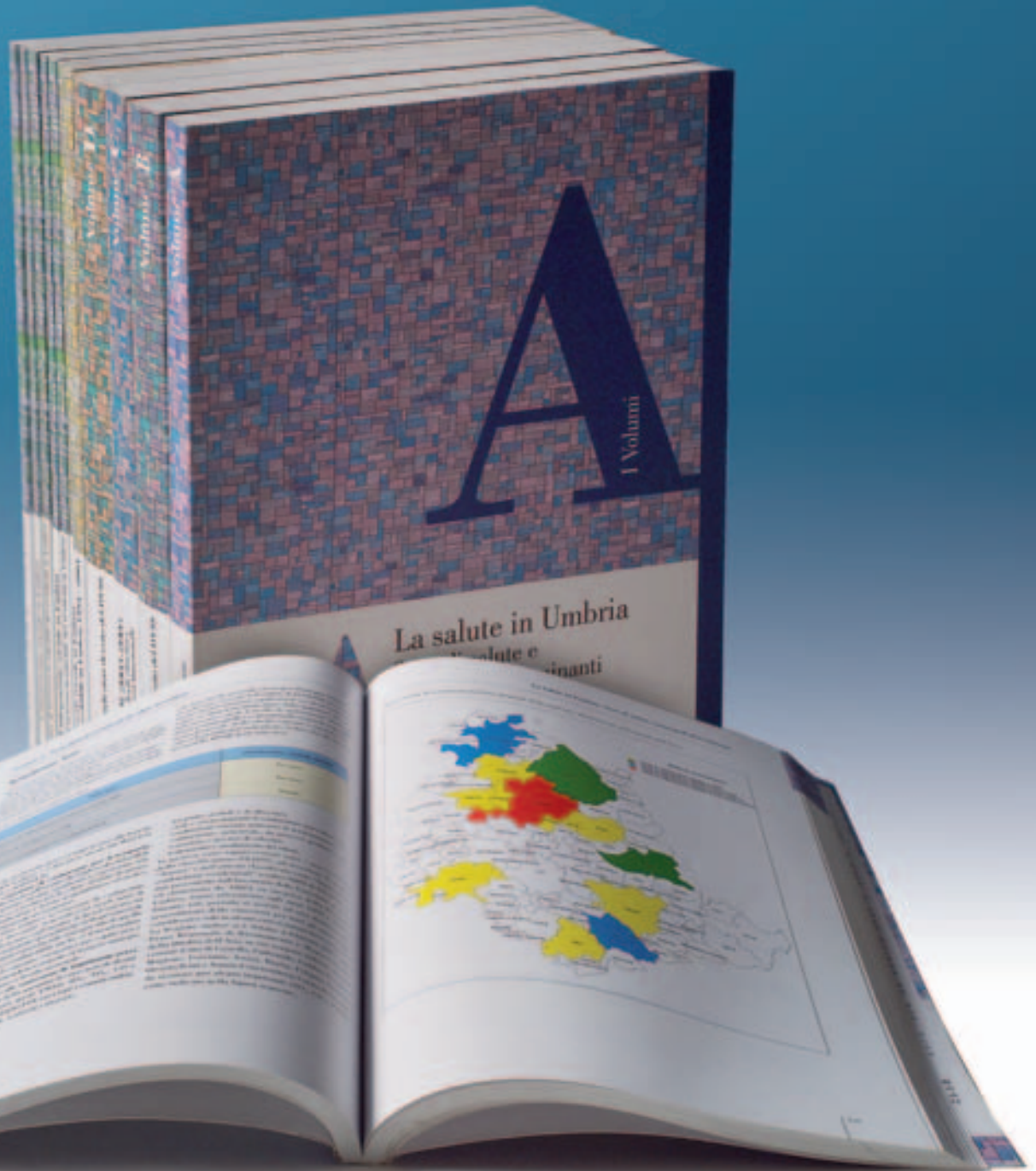


## Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale



Regione Umbria  
Direzione Regionale Sanità  
e Servizi Sociali

I Volumi e le Monografie sono consultabili on-line all'indirizzo  
[www.sanita.regione.umbria.it](http://www.sanita.regione.umbria.it)



promocADV\_Perugia

