

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 35
anno XII del 22-28 settembre 2009
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

Così mobilitiamo cittadini e medici di base

di **Andrea Leto** *

Con la delibera 716 del 3 agosto scorso la Regione Toscana definisce e organizza una risposta organica ai problemi assistenziali indotti dall'invecchiamento della popolazione e dall'incremento delle malattie croniche.

Molti sistemi sanitari dei Paesi occidentali si stanno interrogando sulle migliori strategie da mettere in atto e stanno definendo politiche di contrasto della cronicità secondo principi di equità e di iniziativa. In questo ambito, come nel caso della prevenzione primaria e secondaria, le comunità, il volontariato, il variegato mondo dell'associazionismo possono svolgere un ruolo determinante.

Un anno di dibattito e confronto ha coinvolto in una riflessione comune i professionisti, i cittadini, le loro associazioni, le organizzazioni sindacali le aziende sanitarie, nella consapevolezza che fondamentale, per il cambiamento deve essere la condivisione della cultura che sta alla base del nuovo sistema di relazioni assistenziali.

Questo significa il rafforzamento del ruolo centrale del medico di famiglia quale responsabile clinico della salute del cittadino e una sua forte e convinta adesione al progetto, ma anche un nuovo ruolo del cittadino con nuovi diritti e doveri, consapevole della sua malattia e reso esperto delle modalità che gli consentano di gestire in prima persona il suo percorso di cura.

Sotto la regia del Consi-

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI Progetto da 8,8 milioni per promuovere la "Salute d'iniziativa" sul territorio

Cronici, cure mirate in team

Percorsi ad hoc per diabete, scompenso, ipertensione, ictus e Bpco

La Toscana mette in atto una strategia assistenziale incentrata sulla prevenzione, la proattività della presa in carico e l'alleanza con il cittadino, sia come singolo sia come parte di contesti sociali più ampi, dalla famiglia alla comunità di appartenenza. Tutto questo grazie all'approvazione in Giunta regionale del Progetto per l'attuazione della Sanità d'iniziativa a livello territoriale.

Lo scenario epidemiologico che fa da sfondo al progetto è quello delineato dal profilo di salute della Regione Toscana, richiamato dal Psr 2008-2010: oltre 150.000 pazienti sono in trattamento con farmaci antidiabetici e circa 770.000 con farmaci antipertensivi; poco meno di 11.000 sono gli ictus cerebrali che si verificano in un anno; del totale degli anziani ultrasessantacinquenni, circa 55.000 sono affetti da scompenso cardiaco, circa 100.000 sono affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) e il 9% del totale sono affetti da almeno tre patologie croniche.

La definizione dei percorsi assistenziali. Entro fine 2009 tutte le aziende sanitarie della Toscana avranno definito e pubblicato sui propri siti web i percorsi garantiti ai cittadini per la diagnosi, la cura e l'assistenza in rapporto a cinque patologie croniche a rilevante prevalenza: diabete mellito, scompenso cardiaco, ipertensione, ictus e Bpco. Si tratta di strumenti operativi, condivisi con i professionisti, la cui valenza, oltre quella di comunicazione e orientamento per la collettività, è soprattutto quella di supporto alle decisioni e standard organizzativo per gli operatori coinvolti nella gestione della cronicità.

La costituzione dei team. Nella Sanità d'iniziativa, prevenzione e gestione delle patologie croniche sono affidate a team multiprofessionali composti da medici di famiglia, infermieri e altri operatori: il lavoro di squadra tra professionisti e l'adozione di azioni coordinate sulla scorta dei percorsi assistenziali costituisce, si può dire, il tratto più innovativo di tale strategia assistenzia-



- Circa 770.000 cittadini interessati
- Oltre 630 medici convenzionati aderenti ai team
- All'attivazione dei team assistenziali vanno € 8.500.000,00
- Agli interventi formativi € 283.000,00

FORMAZIONE

Urgenza, tandem tra Firenze e Harvard

Confermati i corsi per 151 dottori - A lezione di trauma center pediatrico

La Regione proseguirà il progetto di formazione e qualificazione in medicina e chirurgia d'accezzazione e d'urgenza in collaborazione con l'Università di Firenze e la Harvard Medical Faculty Physicians. Per il 2009 è previsto l'avvio del 5° percorso di certificazione per i medici d'Area vasta Centro e il 4° percorso di certificazione per i medici delle Aree vaste Nord-Est e Sud-Ovest (gennaio 2009-dicembre 2009) rivolto a 151 medici.

Proseguirà anche il progetto "Quality improvement and clinical risk management in the emergency department" nell'Asl di Lucca e avrà inizio anche a Careggi. Confermati la formazione per infermieri e medici per l'istituzione del Trauma center pediatrico presso il Meyer e la costituzione del "trauma team". Inoltre proseguiranno i master triennali a Firenze, Pisa e Siena. Queste attività saranno finanziate con 2,4 milioni; sede operativa: Firenze.

le. Le aziende sanitarie, attraverso progettualità locali condivise con la medicina generale e le altre componenti professionali, dovranno pertanto individuare e strutturare i team assistenziali che attueranno la Sanità d'iniziativa sul proprio territorio, beneficiando a tal fine di specifiche risorse regionali. I moduli previsti per la fase di avvio del progetto coinvolgeranno oltre 630 medici convenzionati (Mmg e Pls) e circa 750.000 cittadini; le risorse destinate all'attivazione dei moduli per tale fase ammontano a 8,5 milioni, su un totale di 8,883 complessivamente resi disponibili dalla delibera.

Formazione e informazione. L'implementazione del nuovo modello assistenziale comporta radicali cambiamenti non solo nei ruoli e nei comportamenti degli operatori, ma anche nella cultura diffusa della popolazione e nelle relazioni dei cittadini con i servizi sanitari. Infatti, se da un lato gli operatori lavoreranno in team, garantendo al cittadino interventi orientati al mantenimento del miglior possibile livello di salute, dall'altro, il cittadino dovrà giocare un ruolo sempre più attivo, curando il proprio stile di vita e imparando a gestire autonomamente alcuni aspetti di eventuali condizioni croniche. Al fine di accompagnare tale evoluzione organizzativa e culturale, la delibera destina risorse specifiche alla realizzazione di interventi formativi per tutte le professioni coinvolte, che prevedono anche la partecipazione di rappresentanti dei cittadini-utenti (283mila euro). Il progetto prevede, inoltre, la predisposizione di iniziative informative da parte delle aziende, volte a supportare i cittadini (malati e non), nell'adozione di comportamenti adeguati, facilitando così la creazione di una sinergia tra comunità e servizi nel contrasto della cronicità.

**Elisa Scopetani
Cosetta Simonti**

Dg Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Settore Medicina Predittiva Preventiva - Regione Toscana

TESTO A PAG. 4-5 E 6

CONTROCANTO

Ma ora bisogna attivare le équipes

di **Vittorio Boscherini** *

La medicina generale ha un'importanza centrale nella sperimentazione del Ccm e per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto della Sanità di iniziativa. Il modello è particolarmente importante perché rappresenta un primo tentativo di individuare ruoli e compiti ben precisi nella medi-

cina generale. Si cambia così il rapporto tra medico e paziente, fino a oggi concepito sostanzialmente in modo esclusivo, per giungere alla definizione di un diverso metodo di operare in cui il medico non è solo, ma è responsabile della gestione e del co-

CONTINUA A PAG. 2

L'INTERVENTO

Per le associazioni un ruolo di garanzia e di stimolo

Il piano apre un percorso importante nella sinergia tra specialisti delle Ausl e medici di base e non posso che dare parere positivo alla Sanità di iniziativa del Ccm, che promuove una corretta collaborazione anche con le associazioni dei pazienti.

Il giudizio è legato alle importanti indicazioni date alle aziende come la definizione dei percorsi assistenziali, la formazione dei Mmg, il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini, l'aggiornamento della carta dei servizi, l'educazione dei pazienti, l'assistenza domiciliare. Importante l'utilizzo continuo dell'audit, un confronto per riportare even-

tuali dissensi o disallineamenti e giungere alla ricomposizione dei conflitti e procedere a valutazioni organizzative e delle modalità assistenziali adottate. A garanzia delle ottime premesse, ci saranno le associazioni dei pazienti che la Regione ha suggerito a tutte le aziende di inserire tra gli attori del Ccm, associazioni che saranno di fatto garanzia per i pazienti e stimolo per gli operatori affinché gli obiettivi previsti siano raggiunti.

Roberto Cocci
Presidente Federazione regionale associazioni toscane diabetici

ALL'INTERNO

Obesi, centro d'eccellenza

A PAG. 2

Sport sano, Regione in pista

A PAG. 3

Cooperazione a 360 gradi

A PAG. 7

PREVENZIONE *Debutta l'Istituto europeo sui disturbi del comportamento alimentare*

Obesità, nasce un centro Doc

I compiti: ricerca, protocolli sperimentali di cura e corsi di formazione

Nasce in Toscana l'Istituto europeo per la prevenzione e la terapia dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare. Grazie all'approvazione della delibera n.743 del 31 agosto 2009, la Giunta regionale ha affidato a un gruppo di lavoro, composto da professionisti di riconosciuta autorevolezza scientifica sia nel campo sanitario sia in quello economico, la redazione del Progetto per la realizzazione dell'Istituto.

In un'ottica di integrazione tra ricerca scientifica e assistenza, l'Istituto fornirà agli organi ed enti del Servizio sanitario nazionale e regionale, in particolare all'Aou di Pisa, supporto tecnico e operativo per l'esercizio delle loro funzioni e per il perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale e di quello regionale in materia di ricerca sanitaria e di formazione continua del personale.

L'Istituto avrà il compito di svolgere direttamente ricerca epidemiologica e

di coordinare le ricerche ad ampio raggio, in Toscana, in Italia e in collegamento con l'Europa; di strutturare protocolli sperimentali di prevenzione e cura non solo fornendo corrette informazioni ai docenti, ai genitori e agli alunni fin dalla più tenera età, ma anche identificando i fattori psicologici e socio-economici che favoriscono l'adozione di comportamenti disfunzionali. Infine dovrà formare gli operatori in collaborazione con le Università, nei vari livelli di insegnamento (corsi di laurea e di specializzazione, master, seminari, tirocini post-laurea) e con il Ssn (congressi e corsi di formazione).

Tra i compiti istituzionali è indicata una funzione tecnica consultiva per il ministero della Sanità per quel che riguarda il problema obesità e le patologie correlate, compresi i disturbi del comportamento alimentare. La sperimentazione e validazione clinica di linee guida, modelli gestionali, nuove strutture operative, nuove strumentazioni e nuove terapie potrebbero

essere funzioni importanti in cui mettere a frutto personale, servizi e conoscenze già oggi disponibili.

Questa decisione da parte della Regione Toscana deriva dalla necessità, per le aree di studio e di intervento relative all'obesità, di strutture specificamente organizzate per assicurare al paziente un percorso efficace. Un provvedimento indispensabile per consentire al sistema regionale di coordinare nel migliore dei modi, anche in una area di interesse sanitario sopranazionale, le straordinarie potenzialità scientifiche, cliniche e di casistica che sono presenti in Toscana, in particolare nel Centro multidisciplinare per la diagnosi e la terapia dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare dell'Aou di Pisa, che attualmente non riesce, pur rappresentando il nucleo originario e fondamentale delle competenze richieste, a soddisfare pienamente percorsi efficaci e ben organizzati.

Per l'autorevolezza scientifica e per le relazioni anche di livello internazionale, il nuovo centro funzionale, che costituirà naturale sviluppo e ulteriore qualificazione delle attività e delle competenze di Pisa, assumerà la denominazione di Istituto europeo.

Le strutture del centro comprenderanno: locali destinati ai coordinatori; spazi e strutture adeguati per la gestione del paziente grande obeso in regime ambulatoriale; spazi e strutture e arredi adeguati per la gestione del paziente obeso in regime di ricovero in day hospital; ampi locali per le terapie di gruppo dietetiche e psicologiche a cui possono accedere numerosi pazienti in regime riabilitativo e dove effettuare terapie di gruppo per pazienti esterni.

Inoltre sono previsti spazi per le attività riabilitative: la palestra, che sarà appositamente attrezzata con macchinari adeguati al paziente obeso; specifici tapis-roulant; bike classica e reclinata, con seduta larga e schienale in grado di mantenere un'adeguata postura durante l'esercizio; arm-cycling e Synchro.

Un intervento importante da parte della Regione Toscana che già nel Psr 2005/2007, e in particolare con il progetto speciale di interesse regionale de-

nominato "Alimentazione e salute", aveva previsto uno sviluppo organico e unitario di una strategia complessiva diretta alla prevenzione e cura dell'obesità.

Per quanto riguarda il contrasto dell'obesità infantile invece la Regione Toscana effettua da anni un'attenta sorveglianza epidemiologica sul fenomeno attraverso due programmi ormai consolidati: il Progetto integrato di sorveglianza nutrizionale, rivolto a un campione rappresentativo regionale di ragazzi di 8-9 anni di età, che produce informazioni circa lo stato nutrizionale e le abitudini alimentari rilevate tramite questionari somministrati nelle scuole, e il Progetto Hbsc sugli stili di vita dei giovani, che punta ad avere informazioni su alimentazione e attività fisica anche delle fasce di età di 11, 13 e 15 anni, con la possibilità di confronto dei dati con quelli nazionali e internazionali.

Roberto Tatulli

Ruolo di supporto per gli enti nazionali e locali

Locali e strutture per terapie fisiche e psicologiche

Notizie dal governo clinico regionale

MAL DI SCHIENA, QUANTO È UTILE L'ADESIONE ALLE LINEE GUIDA

■ Nell'ambito del Progetto di implementazione delle linee guida cliniche della Regione Toscana condotto dal Consiglio sanitario regionale con il coordinamento di Pierluigi Tosi, nella primavera del 2009 è stato effettuato uno studio sulla applicabilità della linea guida sulla diagnosi e cura del mal di schiena, notoriamente una delle patologie più frequenti e di maggiore impatto economico.

Lo studio ha coinvolto Mmg delle Asl di Firenze e di Prato, coordinati rispettivamente da Alessandro Bussotti e da Stefano Giovannoni. Ai medici è stato chiesto di voler osservare nella pratica clinica le otto Raccomandazioni che costituiscono i punti essenziali della linea guida:

- nei casi di lombalgia acuta, al fine di escludere patologie gravi (fratture, tumori, infezioni, aneurisma aortico) e forme sistemiche (di origine viscerale), in una prima fase sono sufficienti un'accurata anamnesi e un esame obiettivo completo;
- se anamnesi ed esame obiettivo non pongono il sospetto di cause gravi o sistemiche non c'è indicazione per prescrivere alcuna diagnostica strumentale;
- se è presente dolore all'arto inferiore che oltrepassa il ginocchio posteriormente (sciatalgia) o

interessa l'inguine e la faccia anteriore della coscia (cruralgia), va eseguita una valutazione neurologica per rilevare la presenza di impegno radicolare;

- la diagnostica Rnm o Tc è da prendersi in considerazione dopo 4-6 settimane di evoluzione non favorevole;
 - prima di 4-6 settimane la diagnostica Nmr (preferibilmente) o Tac va prevista solo in presenza di sciatica iperalgica o deficit motorio improvviso e progressivo;
 - la diagnostica Rx diretta è indicata solo nel sospetto di lesione traumatica;
 - ai soggetti con lombalgia acuta occorre consigliare di restare attivi, di non mantenersi a riposo a letto, di non rimanere seduti a lungo e di effettuare attività motoria a basso impatto (nuotare, camminare...) e, se possibile, di non lasciare il lavoro;
 - per il dolore lombare con o senza irradiazione, paracetamolo e Fans sono farmaci di prima scelta. I miorilassanti sono farmaci di seconda scelta. I cortisonici hanno utilità solo in caso di compressione radicolare e devono essere utilizzati per un breve periodo di tempo;
 - la terapia con mezzi fisici non è consigliata.
- Applicando le raccomandazioni si è potuto rilevare che in oltre il 92% dei casi l'esame clinico consente di escludere malattie gravi; in più del 67% dei casi la sintomatologia è limitata al dolore lombare; nel 73% dei casi la sintomatologia si risolve in meno di 6

settimane; la radiografia della colonna lombare può essere necessaria nel 23,5% dei casi; indagini Tac o Rnm possono essere necessarie nel 12,5% dei casi; il riposo è consigliabile in non più del 15% dei casi; la prescrizione media è di meno di un farmaco a visita; le cure fisiche possono avere una qualche utilità in meno del 7% dei casi.

In sostanza, nel mal di schiena, un comportamento clinico conforme agli indirizzi della migliore evidenza scientifica limita il ricorso agli approfondimenti diagnostici ai pochi casi in cui sia davvero sospettabile una patologia maggiore, e anche il ricorso ai farmaci, se associato a prescrizioni opportune, può essere minimizzato, riducendo in tal modo il rischio di effetti collaterali. È da rilevarsi anche il contenimento delle astensioni dall'attività lavorativa, spesso clinicamente inutili. Per quanto riguarda i costi complessivi del caso trattato, non conosciuti ma concordemente considerati alti, potrebbero essere stimati mediamente non superiori ai 40-50 euro, qualora le Raccomandazioni venissero regolarmente attese.

Esistono ragioni per ritenere che l'adesione di tutti i prescrittori ai comportamenti indicati dalla linea guida sarà utile a razionalizzare l'uso delle risorse, oltre che a contenere il rischio clinico e a migliorare complessivamente la qualità della vita degli assistiti del nostro Ssr.

Luigi Tonelli
Consiglio Sanitario Regionale

CONSIGLIO
SANITARIO
REGIONALE



news

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

ordinamento del personale che fa parte di una vera e propria équipe, impegnata a svolgere un'assistenza a tutto campo in cui al ruolo sanitario si aggiunge anche quello sociale.

La strategia regionale infatti darà una risposta al bisogno sanitario urgente e alla gestione e cura delle patologie croniche attraverso interventi basati su percorsi condivisi che assicurano continuità, efficienza nell'utilizzo delle risorse ed efficacia per il cittadino. Saranno dunque tutelati soprattutto i soggetti fragili, non autosufficienti e a bassa scolarizzazione.

Siamo di fronte a un passaggio rivoluzionario che cambia il modo di concepire la medicina

generale proprio perché cambia il suo modo di operare.

Tuttavia questa importante sperimentazione decisa dalla Regione Toscana troverà difficile attuazione se entro la data di inizio indicata non sarà pronto tutto il personale dell'équipe che dovrà essere coordinata dal medico. Mentre in qualche modo la medicina generale lavora da mesi, ancora si attende dalle aziende l'attuazione reale del modello. Le Asl infatti, come concordato con la medicina generale, devono selezionare team multiprofessionali e assegnare infermieri e operatori socio-sanitari in numero proporzionato agli assistiti nell'ambito della Sanità d'iniziativa. Ancora non tutte le aziende

hanno messo a disposizione gli strumenti e il personale per intraprendere questo percorso.

Siamo preoccupati perché purtroppo il periodo della sperimentazione - dal prossimo 1° ottobre al 31 dicembre - coincide con un'altra problematica che in questi mesi renderà difficile il lavoro dei medici di medicina generale: la gestione della pandemia influenzale.

E senza il personale e gli strumenti necessari per la sperimentazione del chronic care model, la medicina generale difficilmente potrà offrire un'adeguata assistenza e applicare pienamente il modello.

* Segretario regionale Fimmg

Così mobilitiamo cittadini e... (segue dalla prima pagina)

glio sanitario regionale sono stati prodotti i primi strumenti di lavoro per i professionisti, inseriti con ruoli definiti e pari dignità in team professionali. Da qui la conferenza di consenso tra le professioni e la predisposizione di percorsi assistenziali per specifiche patologie croniche che coinvolgono le cure territoriali e ospedaliere in una visione unitaria e trasparente. I percorsi sono infatti pubblicati sui siti delle aziende sanitarie.

Questo cambiamento, per la sua complessità, va accompagnato da una robusta formazione su cui, a partire dai prossimi mesi, saranno impiegate in maniera continua intelligenze e risorse.

Altro elemento innovativo che la delibera introduce è costituito dal sistema di remunerazione per i medici di famiglia. Quel che viene definito è

un sostanziale avvicinamento delle logiche premianti della medicina generale a quelle che ormai da anni animano, facendone un modello, il sistema sanitario regionale. Va dato atto alla medicina generale, di avere condiviso gli obiettivi assistenziali, la definizione di indicatori di processo e di esito dal cui risultato deriverà il sistema di remunerazione.

In conclusione siamo consapevoli di avere avviato un processo complesso, carico di difficoltà organizzative e operative ma necessario per la sostenibilità del sistema sanitario e che, se perseguito con tenacia e passione, potrà dare nel tempo risultati straordinari per la salute dei cittadini toscani.

* Responsabile settore medicina predittiva-preventiva Regione Toscana

ATTIVITÀ FISICA Varato dalla Giunta un progetto contro morti improvvise e doping

Sport malato, doppio scacco



Circa 750 sportivi tra 14 e 40 anni saranno sottoposti a Ecg Holter

Per dare una risposta concreta alle morti improvvise che hanno coinvolto sia atleti amatoriali che professionisti e per contribuire allo sviluppo delle conoscenze in materia, la Giunta regionale ha approvato con la delibera n. 750 del 31 agosto 2009 un progetto presentato dall'Agenda di Medicina dello sport e dell'esercizio dell'azienda ospedaliera universitaria Careggi, in collaborazione con le Unità funzionali di Medicina dello sport delle aziende sanitarie toscane.

Il progetto nasce dalla ravvisata opportunità di ampliare l'ambito di intervento in materia di tutela della salute dello sportivo agli eventi di morte improvvisa nell'atleta. Si tratta di eventi rari, ma che, quando accadono, sono sempre causati da aritmie ventricolari maligne (tachicardia e fibrillazione ventricolare). Dalla tragedia di Renato Curi, scomparso nel 1977 durante Perugia-Juventus, la comunità nazionale e internazionale è stata periodicamente turbata dalle morti improvvise che hanno coinvolto sia atleti amatoriali che professionisti. Anche a livello regionale, si sono verificati alcuni episodi nel corso di quest'anno, tra i quali, ultimamente, quello di Daniel Jarque, capitano e bandiera della squadra spagnola Espanyol, deceduto l'8 agosto 2009 a Coverciano, Firenze.

Già dal 2004 la Regione Toscana ha condotto sistematicamente azioni per la tutela della salute dello sportivo e di contrasto al doping, in attuazione della legge regionale 35/2003, «Tutela sanitaria dello



sport», che recepisce le disposizioni della legge quadro nazionale 376/2000, come i Programmi triennali antidoping e l'istituzione del Laboratorio regionale antidoping - Lad (Dgrt 232/2004 e 741/2006), che hanno consentito una valutazione del fenomeno doping a livello regionale attraverso l'analisi di circa 3mila campioni di urine di atleti per la ricerca di sostanze dopanti. Tale indagine, oggetto di una comunicazione scientifica nel novembre 2008 al XXX° congresso mondiale di Medicina dello sport a Barcello-

na, è stata accompagnata da azioni di informazione e formazione di atleti, allenatori, medici, insegnanti ecc., con il coinvolgimento delle Federazioni sportive e degli enti di promozione sportiva affiliati al Coni. Il Lad della Regione Toscana è il primo, e a oggi l'unico, ad aver ricevuto in Italia il certificato di accreditamento nazionale.

Il progetto «La tutela della salute dello sportivo attraverso la monitorizzazione degli effetti di attività fisica prolungata in particolari categorie di soggetti per la prevenzione della morte improvvisa e in funzione antidoping», approvato dalla Giunta, è stato elaborato partendo dalle evidenze scientifiche che dimostrano

Un vero «passaporto dell'atleta»

Nel gennaio 2009 il ministero del Lavoro, salute e politiche sociali e la Regione Toscana hanno stipulato una convenzione per l'esecuzione di un Programma biennale per la tutela della salute degli sportivi e di prevenzione al doping. Il Programma prevede controlli analitici quadrimestrali sul sangue di atleti (70% maschi, 30% femmine, di età 14-40 anni) appartenenti a federazioni e associazioni sportive toscane per la valutazione di parametri fisiologici e biochimici, quali indicatori dello stato di salute. Inoltre, si prevede di condurre una valutazione funzionale e clinica cardiologica semestrale al fine di rivelare eventuali modificazioni anatomiche dell'apparato cardiaco che possono manifestarsi in relazione ai carichi di allenamento e a pratiche vietate per doping, e un'indagine sullo stile di vita degli atleti.

Il Programma vede coinvolti il Laboratorio regionale antidoping e l'Agenda di medicina dello sport e dell'esercizio dell'Aou di Careggi, con un progetto appena approvato.

Si tratta, quindi, di una prima applicazione concreta del «passaporto dell'atleta», invocato e ritenuto da molti esponenti del mondo sportivo come uno dei mezzi più efficaci per la prevenzione al doping. L'esecuzione del Programma conferma l'impegno regionale nella tematica dopo i programmi triennali antidoping attivi dal 2004 e la partecipazione all'organizzazione del Giro d'Italia dilettanti under 27 «GiroBio».

come l'attività fisica prolungata e intensa può produrre effetti collaterali potenzialmente negativi a carico di alcuni apparati, in alcuni gruppi di soggetti (giovani in fase di accrescimento, atleti competitivi). Tale effetto, fino a oggi non sufficientemente chiariti, possono indurre aritmie cardiache potenzialmente mortali.

L'extrastolia ventricolare isolata è stata descritta nel 40-55% della popolazione generale, apparentemente sana, studiata con l'Ecg Holter 24 ore, e anche forme più complesse di extrastolia possono essere riscontrate in soggetti sani, anche se in percentuale più ridotta (7-22%). Gli studi disponibili effettuati sugli atleti con elettrocardiografia dinamica

non hanno mostrato significative differenze con le indagini sulla popolazione generale. Tali studi, però, sono sempre stati condotti su pochi soggetti, e, di solito, in particolari e limitati gruppi di atleti professionisti. Anche se nella maggioranza dei casi le aritmie ventricolari costituiscono un fenomeno benigno nell'atleta, in Italia i battiti prematuri ventricolari (Bpv) costituiscono la causa più frequente di non idoneità allo sport individuata nell'ambito delle visite medico-sportive obbligatorie ai fini dell'ottenimento del-

frontare in modo più razionale questa importante problematica clinica, con l'auspicio di evitare nel futuro altri lutti e di contribuire ad aumentare l'efficacia delle azioni del Servizio sanitario nazionale.

Le analisi cliniche saranno effettuate all'Aou di Careggi

Il risultato atteso è l'individuazione di un profilo di salute e nutrizionale dell'atleta e la conoscenza della prevalenza dei Bpv negli atleti, con l'individuazione di parametri di normalità. Tale conoscenza ci aiuterà ad affrontare in modo più razionale questa importante problematica clinica, con l'auspicio di evitare nel futuro altri lutti e di contribuire ad aumentare l'efficacia delle azioni del Servizio sanitario nazionale.

l'idoneità agonistica. Le aritmie, inoltre, possono essere scatenate da comportamenti errati o vietati per doping. Al momento, non si conosce la prevalenza dei Bpv in atleti che praticano attività sportiva agonistica in Toscana. Si manifesta, quindi, la necessità di un monitoraggio di questi soggetti per cogliere eventuali segni di sovra allenamento o cattivo allenamento, e nello stesso tempo, di monitorare parametri fisiologici modificabili dalle pratiche vietate per doping o spia di insorgenza di aritmie.

Il progetto prevede il coinvolgimento di circa 750 soggetti di età compresa fra 14 e 40 anni, previo accordo con federazioni e associazioni sportive, per l'esecuzione dell'esame Ecg Holter delle 24 ore e la valutazione di parametri ematologici ogni 12 mesi, con contestuale individuazione del profilo nutrizionale dell'atleta. Le analisi cliniche saranno eseguite nel laboratorio dell'azienda ospedaliera universitaria Careggi, e nel Lad della Toscana.

Il risultato atteso è l'individuazione di un profilo di salute e nutrizionale dell'atleta e la conoscenza della prevalenza dei Bpv negli atleti, con l'individuazione di parametri di normalità. Tale conoscenza ci aiuterà ad affrontare in modo più razionale questa importante problematica clinica, con l'auspicio di evitare nel futuro altri lutti e di contribuire ad aumentare l'efficacia delle azioni del Servizio sanitario nazionale.

Piergiuseppe Calà
Area coordinamento Sanità
Settore Igiene pubblica
Regione Toscana

DA 12 EDIZIONI UNA CORSA «D'EPOCA» RISERVATA AGLI UNDER 27

Con «GiroBio» il ciclismo si fa biologico

La Toscana è da sempre schierata a favore dello sport pulito ed è storicamente una terra di ciclisti. Anche per questo motivo, la Regione Toscana, insieme alla Federazione ciclistica italiana ha sostenuto «GiroBio», una corsa ciclistica ideata dalla Fondazione L'Eroica, che da 12 edizioni organizza la gara cicloturistica d'epoca su strade prevalentemente sterrate.

Si tratta di un Giro d'Italia riservato a dilettanti della categoria under 27 che è partito il 12 giugno 2009 da Firenze per approdare, dopo nove tappe in dieci giorni, a Gaiole in Chianti. Non si tratta però di una semplice corsa ciclistica perché l'intenzione è quella di impegnare i partecipanti in una gara con condizioni di inizio secolo scorso

monitorandoli preventivamente, grazie a una serie di protocolli biologici, e poi costantemente durante le giornate di gara, supportandoli medicalmente dal solo staff dell'organizzazione. Una nuova chiave per una battaglia culturale contro il doping perché mostra come si può praticare uno sport duro come il ciclismo e portare a termine una gara a tappe di notevole impegno in modo assolutamente naturale, «biologico»: da qui appunto l'idea di «GiroBio». Dopo la selezione, mirata a garantire l'attendibilità dei parametri vitali e dell'integrità fisica degli atleti, i partecipanti sono stati seguiti per tutta la competizione

da una équipe medico-scientifica, coordinata dalla Federazione ciclistica italiana e dall'Università di Siena. Questo, oltre ad aver assicurato la necessaria assistenza in gara, ha garantito un costante supporto sanitario e psicologico, anche nei momenti di non gara, a tutte le squadre partecipanti.

Sono state inoltre studiate le esigenze di alimentazione (e integrazione) degli atleti nel rispetto degli specifici bisogni e culture alimentari, ed è stata effettuata una efficace azione di vigilanza sul rispetto delle norme nazionali e internazionali in tema di antidoping e tutela della salute. Due medici in particolare

hanno raccolto, prima della gara, tutti i farmaci consegnati dalle varie squadre, e a loro gli atleti, in caso di necessità, si sono potuti rivolgere durante tutto lo svolgimento dell'evento. È stato anche monitorato il livello di carico psico-fisico e l'efficacia delle modalità in vigore di rigenerazione psico-fisica post-gara.

Si tratta dunque di un'idea semplice, ma al tempo stesso rivoluzionaria per uno sport in cui troppo spesso si è seguita fino all'esasperazione la vittoria, un elemento di contaminazione culturale nell'attuale visione del ciclismo e dello sport. Grazie a questa iniziativa dunque è stato possibile dare un degno spettacolo

agonistico spingendo i giovani a battersi al meglio senza la ricerca di pericolose e dannose scorciatoie. Inoltre il progetto presume di inserire anche elementi educativo-comportamentali che privilegino la vita di gruppo post gara e comprendano pure il divieto di gettare qualsiasi rifiuto dalla bici durante la corsa, se non in appositi spazi.

GiroBio ha visto la sua prima edizione proprio nel giugno di quest'anno con 28 formazioni, di cui 7 straniere, composte da 6 ciclisti ciascuna, per un totale di 168 partecipanti. Per la realizzazione della gara la Regione Toscana ha contribuito con 250mila euro su un costo totale di 786mila euro.

Roberto Tatulli

DOCUMENTI

Via della Giunta al progetto che punta su percorsi mirati di assistenza per 5 patologie: diabete mellito, scompenso, ipertensione, ictus e Bpco



Se la Salute d'iniziativa prende in cura la cronicità

Interventi affidati a team di Mmg, infermieri e altri operatori - Formazione e informazione coinvolgono professionisti e cittadini

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito ampi stralci della delibera n. 716 del 3 agosto 2009, relativa al Progetto per l'attuazione della Sanità d'iniziativa a livello territoriale.

Il documento prevede che entro fine 2009 le aziende sanitarie regionali abbiano definito e pubblicato sui propri siti web i percorsi dedicati ai cittadini per le 5 patologie considerate.

LA GIUNTA REGIONALE

Delibera

1. Di approvare il Progetto per l'attuazione della Sanità d'iniziativa a livello territoriale di cui all'allegato A, parte integrante della presente deliberazione, che definisce obiettivi, soggetti e ruoli, fasi di attuazione del progetto stesso, nonché gli aspetti specifici attinenti all'organizzazione e al finanziamento del medesimo;

2. di specificare che le modalità di attuazione del progetto sul territorio regionale saranno definite dalle aziende unità sanitarie locali mediante specifiche progettuali;

3. di specificare che le strutture competenti della Giunta regionale intendono fare fronte all'impegno economico presumibilmente derivante dall'attuazione del citato progetto, stimato in € 8.883.000,00 secondo i parametri esposti in narrativa, mediante:

- le risorse prenotate con deliberazione 1127/2008 sul capitolo 26063 del bilancio gestionale 2008, pari a € 4.400.000,00, riportate nel bilancio 2009 con legge di assestamento, ai sensi della legge regionale 36/2001, art. 34, comma 6, lett. b);

- le risorse prenotate con deliberazione 467/2009 sul capitolo 26063 del bilancio gestionale 2009, pari a € 3.750.000,00;

- ulteriori € 350.000,00 disponibili sul capitolo 26063 del bilancio gestionale 2009;

- € 383.000,00 disponibili sul capitolo 26114 del bilancio gestionale 2009, di cui € 100.000,00 per interventi a supporto della specialistica ambulatoriale convenzionata nel primo anno di attività, da assegnare alle aziende Usl con le modalità descritte dal piano finanziario del progetto (punto 3.2) per un totale di € 8.883.000,00;

4. di prenotare a tal fine la somma di € 350.000,00 sul capitolo 26063 e la somma di € 383.000,00 sul capitolo 26114 del bilancio gestionale 2009, che presentano entrambi la necessaria disponibilità;

5. di specificare che le risorse sopra indicate, fermo restando quanto specificamente assegnato alle aziende Usl, come evidenziato dal piano finanziario del progetto, saranno allocate sulla base delle specifiche progettuali che saranno definite dalle aziende stesse per l'attuazione della Sanità d'iniziativa nei rispettivi contesti territoriali, in coerenza con i criteri definiti dal progetto di cui all'allegato A;

6. di dare mandato alle competenti strutture della Giunta regionale di adottare ogni provvedimento necessario a consentire l'attuazione della presente deliberazione.

ALLEGATO A

PROGETTO PER L'ATTUAZIONE DELLA SANITÀ D'INIZIATIVA A LIVELLO TERRITORIALE (PSR 2008-2010, PUNTO 4.3.1)

(...Omissis...)

1. Descrizione del Progetto

1.1 Obiettivi generali

Il presente progetto è finalizzato a definire le modalità di attuazione della Sanità d'iniziativa a livello territoriale, sulla base del modello di riferimento costituito dall'expanded Ccm. Esse riguardano:

- la definizione dei percorsi di patologia a supporto delle decisioni dei team;

- l'individuazione delle aggregazioni di medici di famiglia che attueranno la Sanità d'iniziativa e la strutturazione dei team assistenziali in relazione agli obiettivi del progetto;

- la realizzazione dell'infrastruttura informativa necessaria per lo svolgimento dell'attività dei team;

- la formazione dei professionisti coinvolti nell'attuazione del modello;

- le attività di comunicazione e informazione relative al progetto;

- la definizione di opportuni strumenti di partecipazione dei cittadini-utenti.

1.2 Soggetti e ruoli

1.2.1 Aziende Usl

Le aziende Usl rivestono un ruolo molteplice nell'attuazione della Sanità d'iniziativa, essendo coinvolte in una serie di passaggi che riguardano tanto la fase di avvio, quanto la fase a regime (v. punto 1.3). In particolare spetta alle aziende Usl:

- definire i percorsi assistenziali: tutte le aziende unità sanitarie locali della Toscana, come risulta dagli obiettivi assegnati alle direzioni generali per l'anno 2009, devono definire e pubblicare sul sito ufficiale dell'azienda i propri percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali per le cinque patologie croniche indicate dal Psr 2008-2010. I percorsi, che costituiscono lo strumento di supporto alle decisioni indispensabili per l'implementazione dell'expanded Ccm, devono essere definiti in maniera condivisa con la Medicina generale del territorio, in coerenza

con le linee di indirizzo fornite dal Consiglio sanitario regionale, e sottoposti a revisione periodica (v. punto 2.2);

- individuare i "moduli": sulla base di quanto concordato con la Medicina generale, l'attuazione della Sanità d'iniziativa è affidata ad aggregazioni di medici di famiglia dotate di requisiti minimi individuati a livello regionale tali da consentire il funzionamento ottimale del modello. Le aziende Usl devono selezionare, sulla base di tali requisiti e in maniera condivisa con la Mg del territorio, i moduli candidati a partecipare alla fase di avvio. Per ogni modulo le aziende nominano un medico di medicina generale coordinatore, su proposta dei medici del modulo avanzata in base a requisiti predefiniti (v. punto 2.3);

- sottoporre al coordinatore del modulo l'impegno a porre in essere le attività funzionali al perseguimento degli obiettivi del progetto (v. punto 2.3.2);

- assegnare ai moduli le risorse umane necessarie: come concordato con la Medicina generale, nella logica della formazione di team multiprofessionali, le aziende Usl assegnano ai moduli infermieri e operatori socio-sanitari in numero proporzionato agli assistiti di riferimento e in modo specificamente dedicato all'attuazione della Sanità d'iniziativa (v. punto 2.3);

- individuare, a livello di zona-distretto, i medici di comunità da affiancare ai moduli, quali figure di supporto ai team assistenziali, con compiti specifici che vanno dall'analisi dei bisogni della comunità di riferimento al monitoraggio e valutazione dei risultati di attività (v. punto 1.4);

- monitorare e valutare, per mezzo dei medici di comunità, i risultati dell'applicazione della Sanità d'iniziativa all'interno del sistema di valutazione territoriale, attraverso gli indicatori individuati a livello regionale;

- garantire l'interfaccia dei sistemi informativi aziendali per l'assistenza territoriale con i sistemi informativi dei medici dei moduli (v. punto 2.4) per la trasmissione dei dati necessari ai fini della valutazione dell'attività svolta;

- garantire la predisposizione di un modello di Libretto personale di patologia, per la registrazione da parte del paziente o del team assistenziale delle informazioni essenziali relative allo stato di salute del paziente stesso, come previsto al punto 4.3.1 del Psr;

- erogare i compensi ai medici di medicina generale (Mmg) dei moduli in base ai criteri condivisi nell'accordo regionale (v. punto 1.5);

- orientare la formazione dei Mmg e degli altri componenti del team su tematiche inerenti la Sanità d'iniziativa (v. punto 2.5);

- nominare, tramite i direttori generali coordinatori dei comitati di area vasta, il rappresentante dei medici di comunità, delle professioni infermieristiche e delle direzioni sa-

nitare all'interno della Commissione regionale di Monitoraggio sull'attuazione della Sanità d'iniziativa (v. punto 1.2.4);

- garantire il coinvolgimento delle associazioni rappresentative dei cittadini-utenti nelle attività inerenti l'attuazione del progetto a livello aziendale;

- aggiornare la carta dei servizi coerentemente con le innovazioni introdotte nei servizi territoriali.

Al fine di garantire il costante rapporto operativo tra le aziende Usl e tra queste e le strutture della Giunta regionale (v. punto 1.2.4), è istituito inoltre il Coordinamento delle aziende per la Sanità d'iniziativa, composto dai Direttori sanitari delle aziende Usl e dai referenti aziendali per l'attuazione del progetto.

1.2.2 I professionisti del team

Come sopra accennato, sul ruolo delle figure professionali che compongono il team assistenziale si è espresso il Consiglio sanitario regionale con parere 37/2008, recepito con Dgrt 894/2008, indicando alcuni principi organizzativi generali in relazione ai ruoli professionali e ai rapporti interni al team, fatti propri anche dal citato Accordo regionale del 29 maggio 2009. Con successivo parere n. 1/2009 (allegato B), il Csr ha

inoltre dato indicazioni sul ruolo e sulle competenze specifiche dei professionisti coinvolti nella gestione delle diverse patologie croniche; di tali indicazioni le aziende sanitarie devono tenere conto nella definizione dei percorsi assistenziali (v. punto 2.2).

Nella prospettiva di Sanità pubblica che connota il modello assistenziale indicato dal Psr, il medico di famiglia partecipa inoltre al governo clinico del sistema, garantendo l'appropriatezza e la qualità delle cure e orientando l'attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili attraverso specifici indicatori.

Lo svolgimento delle attività previste dai percorsi assistenziali richiede la valorizzazione del ruolo dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario. In particolare, l'infermiere assume autonomia e responsabilità relative allo stato di salute del paziente stesso, come previsto al punto 4.3.1 del Psr;

- orientare la formazione dei Mmg e degli altri componenti del team su tematiche inerenti la Sanità d'iniziativa (v. punto 2.5);

- nominare, tramite i direttori generali coordinatori dei comitati di area vasta, il rappresentante dei medici di comunità, delle professioni infermieristiche e delle direzioni sa-

nitare nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.

Come chiarito dal parere 37/2008 del Csr, i componenti del team si coordinano con gli altri professionisti coinvolti in relazione alla patologia e al livello di rischio dei pazienti, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali, e si relazionano con il medico di comunità di riferimento per il monitoraggio dei risultati dell'attività svolta (v. punto 1.2.3). Al fine di assicurare il coordinamento del team e la corretta attuazione del modello, l'Accordo regionale sopra richiamato sottolinea l'importanza di cartelle cliniche informatizzate, quali strumenti essenziali per il monitoraggio delle patologie croniche, la pianificazione personalizzata degli interventi, l'educazione dei pazienti ed il supporto all'auto-cura, nonché per lo sviluppo di competenze gestionali. Il supporto di strumenti informativi informatizzati costituisce, del resto, uno degli elementi costitutivi del modello, come tale opportunamente sostenuto anche da un punto di vista economico (v. punto 1.5).

I componenti del team istruiscono, inoltre, il paziente sull'utilizzo del Libretto personale di patologia di cui al precedente punto 1.2.1.

Si richiama, infine, l'opportunità dell'utilizzo continuo dell'audit, quale momento di confronto in cui i componenti del team possono riportare eventuali dissensi interni o disallineamenti e giungere alla ricomposizione di conflitti, nonché procedere a valutazioni di carattere organizzativo e sulle modalità assistenziali adottate.

1.2.3 Il medico di comunità

Il medico di comunità (appartenente alla struttura organizzativa Attività sanitarie di comunità, di cui all'allegato 2, punto 9 del Psr 2008-2010), come indicato dal parere 37/2008 del Csr, in collaborazione con i responsabili professionali che operano nei servizi di assistenza domiciliare integrata, ricopre un ruolo trasversale, agendo al fianco del team assistenziale in una dimensione complementare a quella clinica e portando un contributo professionale specifico per le fasi di progettazione, attuazione e verifica dei percorsi assistenziali, al fine di garantire la sostenibilità del sistema e l'autonomia delle scelte professionali nell'ambito del team e della rete dei servizi socio-sanitari.

Tale ruolo si concretizza principalmente nelle seguenti attività:

- la costruzione condivisa del profilo di salute (art. 64, comma 2, lettera a, legge regionale 40/2005), nel quale viene svolta l'analisi dei bisogni della comunità di riferimento, anche al di là di quelli sanitari e sociali;

- la costruzione del piano integrato di salute, di cui all'art. 21, legge regionale 40/2005;

- l'attivazione della rete dei servizi territoriali attraverso il coordinamento e la gestione delle unità di valutazione multidimensionale di cui

allegato B), il Csr ha inoltre dato indicazioni sul ruolo e sulle competenze specifiche dei professionisti coinvolti nella gestione delle diverse patologie croniche; di tali indicazioni le aziende sanitarie devono tenere conto nella definizione dei percorsi assistenziali (v. punto 2.2).

Nella prospettiva di Sanità pubblica che connota il modello assistenziale indicato dal Psr, il medico di famiglia partecipa inoltre al governo clinico del sistema, garantendo l'appropriatezza e la qualità delle cure e orientando l'attività del team verso obiettivi condivisi, misurabili attraverso specifici indicatori.

Lo svolgimento delle attività previste dai percorsi assistenziali richiede la valorizzazione del ruolo dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario. In particolare, l'infermiere assume autonomia e responsabilità relative allo stato di salute del paziente stesso, come previsto al punto 4.3.1 del Psr;

- orientare la formazione dei Mmg e degli altri componenti del team su tematiche inerenti la Sanità d'iniziativa (v. punto 2.5);

- nominare, tramite i direttori generali coordinatori dei comitati di area vasta, il rappresentante dei medici di comunità, delle professioni infermieristiche e delle direzioni sa-

(continua a pag. 5)

Il quadro epidemiologico

- oltre 150.000 pazienti sono in trattamento con farmaci antidiabetici
- circa 770.000 pazienti sono in cura con farmaci ipertensivi
- circa 55.000 anziani ultrasessantacinquenni sono affetti da scompenso cardiaco
- circa 100.000 anziani ultrasessantacinquenni sono affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco)
- ogni anno si verificano poco meno di 11.000 ictus cerebrali
- circa il 9% degli anziani ultra65enni sono affetti da almeno 3 patologie

(segue da pag. 4)

all'art. 11, legge regionale 66/2008, che consentono, grazie all'integrazione dei servizi socio-sanitari, la costruzione del progetto di assistenza personalizzato (art. 12, legge regionale 66/2008);

- il coordinamento dei servizi socio-sanitari che costituiscono la rete delle cure primarie e intermedie (Adi, hospice, ospedale di comunità, moduli specifici in Rsa);

- l'attivazione, la facilitazione e il monitoraggio del collegamento operativo con gli ospedali di riferimento, sulla base dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali definiti a livello aziendale in coerenza con gli indirizzi del Csr e i principi affermati dalla delibera di Giunta regionale 1038/2005;

- la partecipazione ad audit organizzativi e di risultato con i professionisti dei moduli, strumento fondamentale per valutare l'applicazione dei percorsi assistenziali e orientare i team al miglioramento continuo della qualità dei servizi e dell'efficienza organizzativa;

- il monitoraggio e la valutazione dei risultati dell'applicazione della Sanità d'iniziativa all'interno del sistema di valutazione territoriale, attraverso gli indicatori individuati a livello regionale;

- la costruzione di alleanze con le istituzioni e la valorizzazione delle risorse della comunità.

1.2.4 La Giunta regionale: attività di gestione del progetto e Commissione regionale di monitoraggio

Le strutture competenti dell'Area di coordinamento Sanità della Direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà e con il supporto scientifico del Consiglio sanitario regionale, possa svolgere un monitoraggio di secondo livello, costante e partecipato, sul processo attuativo, fornendo indirizzi condivisi per il superamento delle criticità e lo sviluppo del nuovo modello assistenziale.

La Commissione regionale di monitoraggio sull'attuazione della Sanità d'iniziativa (Cormas), nominata con decreto del presidente della Giunta regionale e disciplinata dalla Lr 5/2008, è composta da:

a) due rappresentanti delle strutture dell'Area di coordinamento Sanità della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, nominati tra quattro candidati designati dal direttore generale; tra di essi, su indicazione del direttore generale, è individuato il presidente della Commissione;

b) un rappresentante delle strutture dell'Area di coordinamento politiche sociali integrate della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, nominato tra due candidati designati dal direttore generale;

c) un rappresentante della Medicina generale, nominato tra due candidati designati dal Comitato regionale per la medicina generale;

d) un rappresentante dei medici di comunità, nominato tra due candidati designati dai direttori generali coordinatori dei Comitati di Area vasta;

e) un rappresentante delle professioni infermieristiche, nominato tra due candidati designati dai direttori generali coordinatori dei Comitati di Area vasta;

f) un Direttore sanitario di un'azienda Usl della Toscana, nominato tra due candidati designati dai direttori generali coordinatori dei comitati di Area vasta;

g) un esperto di Sanità pubblica, nominato tra due candidati designa-

Per lo svolgimento delle suddette funzioni, le strutture di gestione del progetto si avvalgono stabilmente della collaborazione di componenti della Commissione regionale di Monitoraggio sull'attuazione della Sanità d'iniziativa, più avanti descritta, con specifiche competenze epidemiologiche, organizzative e di valutazione della performance, mantenendo inoltre un costante rapporto operativo con il Coordinamento dei Direttori sanitari e dei referenti aziendali (v. punto 1.2.1).

Le strutture di gestione del progetto predispongono periodicamente una relazione sullo stato di attuazione della Sanità d'iniziativa sul territorio regionale, per la presentazione ai Presidenti dei Comitati di partecipazione delle Società della salute (v. punto 1.2.5).

Facendo seguito alle raccomandazioni di cui al parere 37/2008, il progetto prevede la costituzione di una commissione mista di livello regionale, a carattere professionale, che, sotto la guida dell'Area di Coordinamento Sanità della Direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà e con il supporto scientifico del Consiglio sanitario regionale, possa svolgere un monitoraggio di secondo livello, costante e partecipato, sul processo attuativo, fornendo indirizzi condivisi per il superamento delle criticità e lo sviluppo del nuovo modello assistenziale.

La Commissione regionale di monitoraggio sull'attuazione della Sanità d'iniziativa (Cormas), nominata con decreto del presidente della Giunta regionale e disciplinata dalla Lr 5/2008, è composta da:

a) due rappresentanti delle strutture dell'Area di coordinamento Sanità della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, nominati tra quattro candidati designati dal direttore generale; tra di essi, su indicazione del direttore generale, è individuato il presidente della Commissione;

b) un rappresentante delle strutture dell'Area di coordinamento politiche sociali integrate della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, nominato tra due candidati designati dal direttore generale;

c) un rappresentante della Medicina generale, nominato tra due candidati designati dal Comitato regionale per la medicina generale;

d) un rappresentante dei medici di comunità, nominato tra due candidati designati dai direttori generali coordinatori dei Comitati di Area vasta;

e) un rappresentante delle professioni infermieristiche, nominato tra due candidati designati dai direttori generali coordinatori dei Comitati di Area vasta;

f) un Direttore sanitario di un'azienda Usl della Toscana, nominato tra due candidati designati dai direttori generali coordinatori dei comitati di Area vasta;

g) un esperto di Sanità pubblica, nominato tra due candidati designa-

ti dal Direttore generale della direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà;

h) un rappresentante dell'Agenzia regionale di Sanità della Toscana, nominato tra due candidati designati dal Direttore generale dell'Agenzia;

i) un rappresentante del Laboratorio management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, nominato tra due candidati designati dal direttore del laboratorio MeS;

j) un rappresentante del Consiglio sanitario regionale, nominato tra due candidati designati dal presidente;

k) un rappresentante dei cittadini-utenti, nominato tra due candidati designati dal Forum dei cittadini di cui alla Dgr 1075/2001.

Tutte le designazioni sopra richiamate devono essere effettuate nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 5, comma 1 della legge regionale 16/200910.

A seconda dei temi trattati, la Commissione può avvalersi del contributo di soggetti pubblici e privati.

La Commissione svolge le seguenti funzioni:

- partecipa alla definizione degli obiettivi regionali annuali per la Sanità d'iniziativa;

- esprime indirizzi e pareri su tematiche inerenti l'attuazione del progetto, su richiesta delle strutture competenti della Giunta regionale, delle aziende Usl, dei coordinatori dei moduli o dei rappresentanti dei cittadini-utenti;

- condivide gli esiti della valutazione dei risultati dei moduli per finalità di governo e orientamento del sistema e può richiedere l'attivazione di audit territoriali presso i moduli che non hanno raggiunto i propri obiettivi;

- esprime un parere sulla relazione periodica sullo stato di attuazione del progetto predisposta dalle strutture regionali responsabili della gestione del medesimo.

La Commissione si riunisce almeno ogni 2 mesi o qualora se ne presenti la necessità. Non è previsto alcun compenso per la partecipazione alle riunioni da parte dei componenti; l'azienda Usl di riferimento del componente di cui alla lettera c), garantisce il pagamento delle necessarie sostituzioni in base alle disposizioni dell'Acn vigente. Le funzioni di segreteria sono assicurate dalle strutture dell'Area di coordinamento Sanità della direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà.

1.2.5 cittadini

Nel rispetto del principio di verifica dei risultati del sistema sanitario e di trasparenza nella loro comunicazione ai cittadini, nonché ai sensi dell'art. 15, comma 2 della legge regionale 40/2005, che prevede la partecipazione degli assistiti, delle loro organizzazioni e degli organismi di volontariato e di tutela ai processi di programmazione e di verifica della qualità dei servizi, la Giunta regionale presenta periodicamente i risultati derivanti dall'attuazione del progetto ai Presidenti dei comitati di partecipazione delle

società della salute di cui all'art. 71-decies della legge regionale 40/2005 o, nelle zone prive di società della salute, a organismi equipollenti costituiti a livello di zonadistretto.

La partecipazione dei cittadini-utenti ai processi di verifica della qualità dei servizi è inoltre assicurata mediante un'apposita rappresentanza nell'ambito della Commissione di monitoraggio di cui al punto precedente.

Le associazioni favoriscono, infine, la diffusione delle pratiche di self-management anche attraverso l'utilizzo del Libretto personale di patologia.

1.3 Fasi di attuazione

Il progetto prevede due fasi:

1. Fase di avvio (dal 1° ottobre 2009 al 31/12/2010), articolata in una volta in tre sotto-fasi:

1. "start-up", non ripetibile, della durata di 90 giorni (fino al 31/12/2009);

2. "pilota" (dal 1° gennaio 2010 fino all'avvio della fase di estensione, tenendo conto delle esigenze e dei tempi possibili per il contesto aziendale): in tale fase è prevista l'attivazione di almeno 50 moduli, con il coinvolgimento di oltre 500.000 cittadini toscani, e l'implementazione dei percorsi assistenziali per diabete e scompenso cardiaco.

La dimensione reale della sperimentazione è definita dalla progettualità attuativa nei singoli contesti aziendali.

3. "di estensione" (dalla chiusura della fase pilota, fino al 31/12/2010): in tale fase è prevista l'attivazione di ulteriori moduli e la possibile implementazione dei percorsi assistenziali per ictus, ipertensione e Bpco.

- Fase a regime (dal 1° gennaio 2011): la fase a regime sarà avviata previa valutazione dei risultati della fase di avvio e coinvolgerà progressivamente tutti i cittadini della Toscana.

Saranno possibili modifiche in linea con la nuova contrattazione nazionale, con particolare riguardo alla istituzione delle Unità complesse delle cure primarie (ex art. 3 del pre-accordo del 22 dicembre 2008) e alla possibile integrazione del servizio di continuità assistenziale.

Le progettualità attuative aziendali potranno prevedere il coinvolgimento di risorse della comunità di riferimento, in rapporto alle specifiche esigenze territoriali e comunque in coerenza con gli obiettivi del progetto.

(...Omissis...)

1.4.1 Obiettivi e indicatori

Le strutture competenti della Giunta regionale, di concerto con la Medicina generale, hanno definito un set minimo di indicatori, con i relativi risultati attesi, che tutte le aziende Usl dovranno utilizzare per la valutazione della performance delle sperimentazioni organizzative territoriali nella fase di avvio del pro-

getto (allegato B dell'Accordo del 29 maggio 2009).

Gli indicatori concordati, di processo e di esito, sono finalizzati a misurare il grado di implementazione della metodologia dell'expanded Ccm nella gestione di pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco nella fase di avvio del progetto, nonché lo svolgimento di alcune attività generali previste dal sopra citato Accordo, ivi comprese le attività concordate derivanti dalla partecipazione al progetto regionale Carta sanitaria elettronica, approvato con deliberazione della Giunta regionale 125/2009.

Sulla base della misurazione di tali indicatori, le aziende Usl quantificano il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati ai moduli e definiscono corrispondentemente la remunerazione di risultato dei medici di medicina generale dei moduli, secondo i criteri descritti al punto 1.5.

Gli elementi descrittivi degli indicatori e gli aspetti procedurali relativi alla loro rilevazione sono riportati al punto 4.

Nel corso del 2009, di concerto con la Medicina generale, sarà individuato il set minimo di indicatori anche con riferimento alle ulteriori patologie previste dal Psr 2008-2010 (ipertensione, ictus, insufficienza respiratoria in Bpco). Tutti gli indicatori saranno annualmente sottoposti a verifica e aggiornamento, in coerenza con l'evoluzione del sistema regionale di valutazione della performance delle aziende sanitarie.

1.4.2 Sistema di verifica e valutazione

Il processo di verifica sull'attuazione della Sanità d'iniziativa si svolge, con dinamiche e finalità diverse, a livello aziendale e regionale.

A livello aziendale, la verifica viene effettuata sui dati richiesti per il calcolo degli indicatori, ai fini della valutazione dei risultati dei moduli rispetto agli obiettivi regionali concordati. Alcuni di tali dati sono rilevabili dagli archivi dei Mmg dei moduli, altri dai sistemi informativi aziendali.

Con riferimento ai dati registrati dai medici, il Mmg coordinatore ne garantisce la rilevazione nei tempi prestabiliti e la qualità; in attesa del completamento del processo di integrazione dei sistemi informativi della Mg con quelli aziendali, il coordinatore provvede, inoltre, all'invio dei dati al medico di comunità di riferimento con modalità concordate.

Il medico di comunità presidia il flusso dei dati dai moduli, valida i dati stessi e li integra con quelli rilevabili dai sistemi informativi aziendali, procedendo successivamente, insieme ad altri eventuali attori, alla valutazione dei risultati sulla base del set minimo di indicatori sopra richiamato.

(continua a pag. 6)

Sanità Toscana

direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Aldo Ancona
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Danielle Pugliese
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 35 del 22-28/9/09 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

► (segue da pag. 5)

La valutazione è effettuata con cadenza trimestrale. Sulla base del risultato complessivo annuale dei moduli, l'azienda Usl procede alla liquidazione del compenso ai Mmg che vi aderiscono, secondo i criteri di cui al punto 1.5.

Ai fini della valutazione dei risultati, in fase di prima attuazione il livello di partenza aziendale è definito dalle aziende sanitarie stesse, di concerto con la Medicina generale, sulla base della tabella degli indicatori; le aziende trasmettono alle strutture regionali di gestione del progetto i rispettivi livelli iniziali entro il 31 gennaio 2010, contestualmente ai dati di prevalenza relativi alle singole patologie, utilizzando un formato appositamente predisposto dalle strutture regionali stesse. I dati di prevalenza devono essere definiti tenendo conto degli elenchi di patologia trasmessi dai moduli a conclusione della fase di start-up (v. punto 1.5.2). Successivamente, i livelli aziendali relativi agli indicatori e i dati di prevalenza sono aggiornati e comunicati alle strutture di gestione del progetto entro il 31 luglio e il 31 gennaio di ogni anno.

Gli obiettivi aziendali sono fissati per il primo anno di attuazione in termini di miglioramento rispetto al livello iniziale; a partire dal secondo anno, l'obiettivo aziendale è fissato tenendo conto di quello regionale, proporzionalmente al punto di partenza determinato dal risultato aziendale dell'anno precedente.

(...Omissis...)

2. Organizzazione del progetto

2.1 Gestione del progetto

Le attività di gestione del progetto sono affidate alle strutture dell'Area di coordinamento Sanità della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà; in particolare esse, anche attraverso componenti della Commissione regionale di monitoraggio con le necessarie competenze, provvedono alla supervisione dei processi che contribuiscono alla globale attuazione del progetto (punti 2.2 e seguenti), alla verifica del rispetto dei tempi e dei risultati attesi e all'adozione di ogni iniziativa necessaria a garantire il conseguimento degli obiettivi del progetto.

2.2 Percorsi assistenziali

Facendo seguito a quanto previsto dal parere 37/2008, il Consiglio sanitario regionale, in collaborazione con tutte le professioni interessate, ha definito cinque documenti di indirizzo relativi ai percorsi assistenziali per le patologie croniche indicate dal Psr (allegati al parere 52/2008) e uno specifico sugli aspetti tecnico-professionali dei percorsi e le competenze dei diversi attori (allegato B al parere 1/2009).

Le aziende Usl, a partire da tali indirizzi e valorizzando le esperienze già in atto, hanno definito e pubblicato sul proprio sito ufficiale i percorsi assistenziali per diabete e scompenso cardiaco; entro la fine del 2009 saranno definiti i percorsi per ipertensione, ictus e Bpco. I singoli percorsi dovranno considera-

re sia l'intero iter assistenziale del paziente (dalla prevenzione, alle cure primarie, alla diagnostica, specialistica, assistenza socio-sanitaria, assistenza ospedaliera, riabilitativa, domiciliare e terminale), sia i vari aspetti della Sanità d'iniziativa (elementi costitutivi dell'expanded chronic care model, attività fisica adattata, azioni da svolgere presso gli studi dei medici di famiglia, presso il domicilio del cittadino ecc.).

I percorsi aziendali devono essere formulati in maniera da costituire strumenti di lavoro facilmente usufruibili ed essere accompagnati da un numero limitato di indicatori di processo e di esito, contenente almeno gli indicatori regionali di cui al punto 1.4, al fine di garantire uniformità di rilevazione su tutto il territorio toscano. Gli eventuali ulteriori indicatori non concordati con la Medicina generale non rilevano ai fini della remunerazione dei medici dei moduli.

In ogni percorso devono, inoltre, essere specificati ruoli e competenze delle figure professionali coinvolte, coerentemente con le indicazioni del Csr (parere 1/2009, allegato B), nonché forme di coordinamento che prevedano la funzione di team-leader del medico di famiglia e il ruolo di responsabile del monitoraggio e della valutazione da parte del medico di comunità.

Infine, per migliorare l'assistenza al cittadino e ottimizzare l'utilizzo delle risorse evitando sovrapposizione e duplicazioni di ruoli, i percorsi aziendali dovranno garantire la programmazione integrata degli interventi previsti dai singoli percorsi con quelli trasversali rispetto alle varie patologie e agli assistiti (es. implicazioni co-morbidità).

I percorsi aziendali sono soggetti a revisione periodica, anche al fine di favorire il raggiungimento di livelli sempre maggiori di omogeneità sul territorio regionale.

2.3 Moduli

2.3.1 Requisiti e funzioni

La scelta delle aggregazioni di medici di famiglia (moduli) in cui avviare l'attuazione della Sanità d'iniziativa viene effettuata dalle aziende Usl di concerto con le organizzazioni rappresentative della Medicina generale, in modo tale che i moduli selezionati siano rappresentativi di tutte le aziende e coerenti con l'articolazione territoriale in zone distretto. In particolare, i moduli dovranno interessare tutte le zone distretto, con alcune specificità legate alla densità di popolazione o a particolari esigenze locali; in ogni caso dovranno essere garantiti i requisiti di seguito indicati.

Le aziende presentano alla Regione Toscana le rispettive progettualità.

Costituiscono requisiti dei moduli:

- una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
- laddove possibile, una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del team;
- la presenza di un infermiere dedicato e di un operatore socio-sanitario in rapporto alla popola-

zione di riferimento (1/10.000);

d. la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina generale;

e. il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali;

f. una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team e la raccolta dei dati stessi.

Le aziende Usl garantiscono ai medici dei moduli infermieri e operatori socio-sanitari già operanti nelle strutture aziendali o di nuova assunzione, sulla base del parametro di riferimento sopra riportato, fermo restando il mantenimento dei livelli di servizio precedentemente erogati. Gli infermieri e gli Oss così assegnati fanno parte dell'unità professionale aziendale di appartenenza.

I requisiti di cui alle lettere c) e d) sono pregiudiziali all'avvio dell'attività da parte dei moduli.

I Mmg che aderiscono ai moduli, sotto la supervisione e la responsabilità del coordinatore, sono tenuti al rispetto degli impegni assunti con l'Accordo regionale del 29 maggio 2009, tra cui la puntuale applicazione dei percorsi assistenziali, l'aggiornamento degli archivi informatizzati dei dati clinici di patologia e la fornitura dei dati concordati per gli indicatori dei percorsi, con le modalità, i tempi e i contenuti concordati. L'applicazione dei percorsi assistenziali costituisce oggetto di audit organizzativi periodici da parte dei medici di comunità nei moduli di riferimento.

Il mancato rispetto degli impegni sanciti dall'Accordo è causa per il modulo della fuoriuscita dal progetto, con decadenza della connessa remunerazione.

2.3.2 Il coordinatore del modulo

La responsabilità del modulo è attribuita a un Mmg coordinatore, al quale - oltre alla retribuzione complessiva delle scelte in carico - è corrisposto un apposito compenso accessorio. Il Mmg coordinatore è nominato dall'azienda sanitaria di riferimento, previo parere del Comitato aziendale, su proposta dei Mmg del modulo tra gli aventi le seguenti caratteristiche, concordate con la Medicina generale:

- anzianità di almeno 7 anni nel settore della Medicina generale, con almeno 1.000 assistiti da 3 anni;
- partecipazione a una forma associativa da almeno 3 anni;
- comprovata competenza ed esperienza in farmacoeconomia, epidemiologia o formazione della medicina primaria, da acquisire eventualmente entro un anno dall'assunzione dell'incarico;
- svolgimento della formazione obbligatoria;
- svolgimento dell'attività di medico convenzionato in forma esclusiva o, in caso di svolgimento anche di attività libero professionale, impegno complessivo settimanale per attività libero professionale non superiore a 5 ore settimanali.

Il coordinatore svolge le seguenti funzioni:

- cura che tutti i Mmg del modulo adempiano agli impegni assunti con l'Accordo regionale;

- costituisce l'interfaccia con il medico di comunità per la verifica e la valutazione dell'attività del modulo;

- indice e cura le riunioni di audit dei professionisti afferenti al modulo;

- verifica che tutti i Mmg del modulo effettuino la formazione obbligatoria;

- gestisce i conflitti interni al modulo;

- sottoscrive, in rappresentanza di tutti i Mmg del modulo, l'impegno verso l'azienda Usl a raggiungere gli obiettivi regionali per le diverse patologie e a essere misurati sulla base degli indicatori concordati.

Il compenso previsto per il ruolo di coordinatore del modulo non è cumulabile con quelli derivanti dalla funzione di coordinatore di équipe territoriale.

Costituiscono cause di decadenza del coordinatore:

- il mancato raggiungimento di almeno il 70% degli obiettivi da parte del modulo per due anni consecutivi;
- la mancata partecipazione ad audit e interventi formativi;
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri medici afferenti al modulo.

L'incarico di coordinatore ha durata triennale, rinnovabile.

2.4 Infrastruttura informatica

Al fine di consentire ai moduli la raccolta e l'estrazione dei dati previsti per il calcolo degli indicatori, nonché la trasmissione alle aziende di riferimento ai fini dell'interconnessione con i dati dei sistemi informativi aziendali, è necessario che tutti i medici dei moduli siano dotati di connessione Internet; a tale riguardo l'Accordo del 29 maggio 2009 prevede un rimborso forfetario annuale per i medici dei moduli che debbano dotarsi della necessaria connessione.

Sotto il profilo della raccolta dei dati, è inoltre necessario che i moduli si dotino preliminarmente di elenchi dei pazienti affetti dalle patologie croniche previste dal Psr, a partire da diabete e scompenso cardiaco. La consegna degli elenchi dei pazienti affetti da diabete e scompenso cardiaco alle aziende Usl di riferimento costituisce, peraltro, una condizione imprescindibile per l'accesso dei moduli alla fase pilota del progetto.

2.5 Formazione e informazione

La formazione di tutti i professionisti coinvolti nell'attuazione della Sanità d'iniziativa costituisce un presupposto fondamentale per il successo del progetto e il conseguimento dell'obiettivo di miglioramento del sistema di prevenzione e gestione della cronicità. Organizzare e realizzare interventi formativi a supporto della Sanità d'iniziativa costituisce pertanto un impegno sia per l'amministrazione regionale, che per le aziende sanitarie della Toscana.

Spetta, in particolare, alle singole aziende il compito di inserire nei programmi annuali di formazione tematiche inerenti aspetti caratterizzanti del nuovo modello, non solo nella sua applicazione a livello territoriale, ma anche nei rapporti con l'ospedale e con i servizi sociali.

A livello regionale, in linea con le raccomandazioni espresse dal Consiglio sanitario regionale (parere n. 1/2009, allegato A), sarà pianificato e realizzato, anche attraverso un'azienda Usl dotata della necessaria competenza, un percorso formativo strategico volto a imprimere nel sistema i principi portanti del nuovo modello assistenziale e a fornire agli operatori gli strumenti indispensabili per avviarne l'attuazione.

Coerentemente con le indicazioni del Csr, tale percorso dovrà prevedere una fase di formazione multiprofessionale rivolta a tutte le figure professionali coinvolte nella fase di avvio del progetto, con il coinvolgimento anche dei rappresentanti dei cittadini, e una fase di formazione monotematica, rivolta a infermieri e operatori socio-sanitari, incentrata sui temi del supporto all'auto-cura, counselling, follow-up, case management e ruolo dell'operatore socio-sanitario nel nuovo modello assistenziale.

La Regione potrà inoltre realizzare, anche attraverso aziende Usl con la necessaria competenza, interventi formativi specifici rivolti alle singole professioni coinvolte.

La progettazione e realizzazione delle iniziative formative sarà coordinata dalle strutture regionali di gestione del progetto, con il supporto scientifico di componenti della Commissione regionale di monitoraggio con le necessarie competenze, tra cui in particolare i componenti di cui alle lettere c), d) e), g) del punto 1.2.4 (il rappresentante della Medicina generale, il rappresentante dei medici di comunità, il rappresentante delle professioni infermieristiche, l'esperto di Sanità pubblica).

Parallelamente al percorso formativo strategico, in coerenza con le indicazioni di cui al citato parere Csr 1/2009, saranno adottate iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte alla collettività, anche attraverso i Poli per l'educazione e la promozione della salute costituiti con Dgr 29/200917.

“Moduli” coordinati da medici di base scelti dalle aziende

2.6 Attivazione strumenti di partecipazione dei cittadini-utenti

Lo sviluppo del nuovo modello assistenziale non può prescindere da una modalità di attuazione che preveda la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni, quale presupposto per l'individuazione di soluzioni condivise e di strumenti efficaci di diffusione delle informazioni, in una logica di empowerment dei cittadini-utenti e di instaurazione di una vera e propria partnership tra questi, l'amministrazione regionale e il sistema delle aziende.

In particolare, è previsto il coinvolgimento dei cittadini mediante gli strumenti di cui al punto 1.2.5 e con propri rappresentanti nell'ambito della Commissione regionale di monitoraggio sull'attuazione della Sanità d'iniziativa (Cormas).

Nell'ambito della Commissione regionale è inoltre attivato un percorso per l'adozione di iniziative di semplificazione ai sensi della Dgrt 1038/2005, con la partecipazione dei cittadini. ●

SOLIDARIETÀ Incontro a Pontedera tra operatori toscani e guaritori di Mali e Senegal


Terapie dolci modello Africa

L'obiettivo: promuovere il pluralismo e lo scambio di conoscenze

Cinque giorni di incontri e dibattiti pensati per tracciare opportunità e soluzioni creative intorno al tema della globalizzazione, nel voler rendere concreti e fruibili i dialoghi per la salute e i confronti tra discipline e culture, in una visione di pluralismo terapeutico e interdisciplinare.

Tutto questo è stata la prima edizione del Festival della Salute globale, svoltosi a Pontedera dal 10 al 14 settembre, in cui è stato ospitato anche il convegno "Medicine complementari, tradizionali e convenzionali, articolazione dei sistemi di cura e valorizzazione di risorse per la salute del territorio. Esperienze a confronto tra Toscana, Senegal e Mali".

L'occasione che ha dato vita a questa prima edizione è stata la presenza di una delegazione di dieci guaritori tradizionali africani del Programma per la Valorizzazione delle medicine tradizionali in Mali e Senegal, cofinanziato dalla Cooperazione italiana. Significativa infatti è stata la presentazione delle delegazioni africane rappresentate dai Presidenti di 2 associazioni maliane (Fattb di Bandiagara e Attb di Kolkani) che riuniscono circa 1500 guaritori e dai rappresentanti di 3 diverse associazioni di guaritori senegalesi (Atrap/B di Koubanao, Amphot Louga e Comitato WW di Fimela). Nel loro intervento sono

stati introdotti sia il concetto di medicina tradizionale sia quello del terapeuta tradizionale come agente e promotore di salute e attore di equilibrio sociale della propria comunità di appartenenza.

Il Festival, promosso dalla Regione Toscana, la Provincia di Pisa, l'Unione Comuni e la Società della Salute della Valdera, l'Asl 5 di Pisa, il Comune di Pontedera e la Fondazione Piaggio, insieme a un'altra ventina di partner nazionali e internazionali tra i quali l'Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute (Oriss), è stato un momento di avvio nel provare a costituire a Pontedera un luogo di convergenza e riferimento per le realtà accomunate da analoghi intenti.

L'Oriss, un'associazione senza fini di lucro fondata nel 1990 da alcune persone impegnate in processi di conoscenza, sperimentazione e traduzione di saper-fare espressi da altre culture, che ha come obiettivo generale quello di concorrere allo sviluppo e alla salute della comunità umana, negli ultimi anni, negli ultimi anni si è orientata verso il sostegno, in Italia e in Africa, alle dinamiche di sviluppo locale volte alla promozione della salute.

L'associazione nel 2003 ha avviato in Valdera (Pisa) il progetto "Il Giardino dei semplici" e nel 2005, dopo aver ampiamente partecipato alla concezione (durata 4

anni), a collaborare alla realizzazione del Programma per la Valorizzazione delle Medicine tradizionali Mali Senegal.

Il progetto del Giardino dei semplici, per esempio, prende spunto da una valutazione che guarda alle piante e agli animali come soggetti capaci di promuovere salute ed inclusione sociale e lavorativa di persone a più bassa contrattualità. Piante e animali, ma anche gruppi di agricoltori e imprenditori agricoli, di aziende agricole che con una idea di responsabilità sociale si organizzano per realizzare prodotti agricoli buoni tre volte, dal punto di vista alimentare, sociale e ambientale. Le aziende agricole che, oltre a produrre beni di consumo, possono iniziare a produrre servizi alla persona.

Il Programma per la valorizzazione delle medicine tradizionali Mali Senegal, è invece partito dal presupposto che in un contesto, come quello rurale africano, se si vuole promuovere salute, non si può prescindere dalla competenza detenuta dai rappresentanti del dispositivo di cura tradizionale, che in questo ambito, devono essere considerati come "specialisti", e non persone retrograde e da "sviluppare"; così come non si può prescindere dal servizio di salute e di sostegno all'equilibrio sociale e ambientale che esse forniscono al territorio in cui opera-

no.

Probabilmente si tratta di avviare, a partire da queste esperienze e supportati da una compagine molto estesa di soggetti istituzionali, laboratori delle utopie, che potrebbero proporsi di continuare a costruire concrete ipotesi di innovazione sociale in un percorso il cui significato travalica l'esperienza contingente, per assumerne uno più ampio, legato all'esigenza sociale di ridefinire le proposte di innovazione in modo coerente con la sfida della contemporaneità.

La multiculturalità con cui la globalizzazione ci mette a contatto, l'evoluzione dei paradigmi di salute, ormai centrati sulla "complessità", sui temi dell'adattamento e della resilienza, l'imperativo di lottare contro le disuguaglianze nella salute,

pone la necessità di costruire, attraverso il confronto tra i vari sistemi medici e nel rispetto della loro dignità, una filosofia di pratiche affidabili e di provata efficacia, utili a identificare i bisogni e le risorse più opportune per rispondervi.

Maria Marchitello

Medico responsabile

Centro omeopatico materno infantile

Asl 5 Pisa

Iside Baldini

Psicologa e segretaria di Oriss

Maura Pazzi

Dottoranda Università Bologna

ESPERTI TOSCANI IN MISSIONE

Mani tese all'Ecuador sui trapianti

I primi contatti nell'ambito della salute tra Ecuador e Regione Toscana risalgono all'ottobre scorso, quando Caroline Chang, ministra della Salute del Paese latinoamericano, partecipò a Firenze a un incontro internazionale sull'integrazione delle medicine tradizionali e complementari nei sistemi sanitari pubblici. L'impegno dichiarato dall'attuale Governo ecuadoriano a rafforzare la rete sanitaria pubblica per garantire ai cittadini universalità di accesso e qualità dei servizi e l'interesse della Regione Toscana ad appoggiare i Paesi che operano attivamente in questa direzione sono stati il primo e fondamentale terreno di confronto.

Sulla base di queste affinità si è cercato di capire quali fossero le priorità per mettere in moto la collaborazione e sviluppare i rapporti di cooperazione sanitaria e si è convenuto di iniziare dalla questione trapianti, tutta da potenziare in Ecuador. Primo passaggio operativo la recente (22-29 agosto) missione in Ecuador di un gruppo di trapiantologi toscani composta da Franco Filippini, direttore dell'Ott (Organizzazione toscana trapianti) e dell'Unità operativa complessa di Trapiantologia epatica dell'Università di Pisa, da Maurizio Salvadori e Elisabetta Bertoni, rispettivamente direttore e vice direttore dell'Unità di nefrologia, dialisi e trapianti della Ao di Careggi, e da Elio Rossi, in rappresentanza della cooperazione sanitaria toscana.

Hanno sostenuto la missione, oltre a Regione Toscana e ministero della Salute dell'Ecuador, anche il programma Art dell'agenzia Uandp delle Nazioni Unite e l'Organizzazione panamericana di salute, articolazione dell'Oms nel cono Sud. Il progetto ha ricevuto il sostegno dell'Ambasciata italiana in Ecuador. Dal 24 al 25 agosto si è tenuto il seminario regionale «Interscambio di esperienze nel campo dei trapianti di organo», organizzato dagli enti citati in collaborazione con EUROsociAL (programma di cooperazione tecnica dell'Unione europea finalizzato a promuovere coesione sociale nei Paesi latinoamericani), cui hanno partecipato gli esperti toscani ed ecuadoriani e trapiantologi di Argentina, Cile, Colombia, Brasile. Nel corso dell'evento i medici toscani hanno descritto la struttura del Sistema nazionale e regionale dei trapianti in Italia (Franco Filippini, Maurizio Salvadori), di cui hanno evidenziato l'approccio di sistema, il modello di governance e le politiche di qualità come assi centrali. Sul tema specifico del trapianto di rene, Elisabetta Bertoni ha preso in esame gli aspetti correlati alla valutazione del donatore, del ricevente e dell'organo.

I medici italiani insieme agli esperti locali hanno analizzato strutture e organizzazione sanitarie del Paese, individuando le priorità più urgenti: l'istituzione di un Centro nazionale per i trapianti identificato nell'Ottot (Organizzazione nazionale trapianti d'organo e tessuti), la creazione di strutture regionali di riferimento, il coinvolgimento dei reparti di rianimazione e terapia intensiva per avviare il processo di segnalazione dei potenziali donatori e la creazione di un'unica lista di attesa per i pazienti. Ciò al fine di garantire la massima trasparenza nell'allocatione degli organi e la tracciabilità di ogni atto del processo, dalla segnalazione alla dimissione del paziente dopo il trapianto. Si è chiarito che la creazione di un sistema di trapianti è un elemento trainante per l'intero sistema sanitario e ha ricadute positive anche a livello socio-economico.

A Quito e a Guayaquil, capitale economica del Paese, i medici toscani, accompagnati dal ministro della Salute e da esperti dell'Ottot, hanno visitato alcuni ospedali che aspirano a diventare Centri per i trapianti: gli ospedali Carlos Andrade Marín, Eugenio Espejo, de los Valles e metropolitano a Quito e Luis Vernaza, Gilbert Pontón e Kennedy a Guayaquil.

Al termine della missione è stata siglata una dichiarazione di intenti che sintetizza il lavoro svolto e le prospettive per il futuro. La Regione Toscana, in base agli impegni assunti con l'Ecuador per appoggiare un Sistema nazionale pubblico dei trapianti, ha espresso la volontà politica di proseguire nello sviluppo delle relazioni di cooperazione in questo ambito.

Si impegna inoltre a sostenere la missione di esperti ecuadoriani per un programma di formazione e aggiornamento professionale in Italia, a coinvolgere altre Regioni italiane nel programma, a fornire consulenza in tema di farmacovigilanza, a monitorare lo sviluppo del progetto appoggiando eventuali altre missioni italiane in Ecuador e, infine, a prestare consulenza in caso si presentino situazioni cliniche complesse. Tutte le parti (ministero della Salute dell'Ecuador, Regione Toscana e Ops/Oms Ecuador) si impegnano a valutare l'adeguatezza del profilo professionale degli operatori che parteciperanno ai futuri corsi di formazione e aggiornamento professionale.

Mariella Di Stefano

Rete toscana medicina integrata

Federico Taverniti

Agenzia Toscana Notizie

IL CALCIO CHE UNISCE

Coppa Inter Campus al via: trecento bimbi in campo

Circa 300 bambini tra gli undici e i dodici anni, provenienti da Paesi con situazioni a elevato livello di disagio, sono in questi giorni (19-28 settembre) ospitati dalla Toscana e insieme a altri 400 coetanei di alcune scuole medie di Firenze e Siena stanno dando vita alla prima "Coppa del Mondo Inter Campus". Oltre al torneo di calcio il programma prevede visite a Firenze e Siena, incontri, ma soprattutto tanti momenti di svago, divertimento e gioco.

L'iniziativa (che si svolge in concomitanza con la Conferenza regionale sulla cooperazione internazionale, a Siena il 23 e 24 settembre) rientra all'interno del progetto Inter Campus, ideato e realizzato dalla società calcistica FC Internazionale del patron Massimo Moratti, per aiutare tanti bimbi in 20 Paesi: Angola, Argentina, Bolivia, Bosnia Herzegovina, Brasile, Bulgaria, Camerun, Cina, Colombia, Iran, Libano, Marocco, Messico, Paraguay, Polonia, Romania, Slovenia, Uganda, in più una rappresentativa mista, con un elevato valore simbolico, Israele-Palestina. Mancherà solo Cuba. La Regione si è resa immediatamente disponibile. «Siamo orgogliosi di essere stati scelti», ha ammesso il presidente Claudio Martini che ha riconosciuto come «pur nell'esasperazione che lo caratterizza, il calcio è ancora in grado di dar vita a esperienze belle come questa». «Questi ragazzi - ha detto l'assessore alla cooperazione internazionale, Massimo Toschi - diventeranno in futuro degli straordinari testimoni di pace, perché gli iraniani, piuttosto che i libanesi, o i palestinesi, ricorderanno un domani che in Toscana hanno giocato a calcio con gli israeliani».

Il primo torneo mondiale si svolge a Firenze e a Siena

La "Coppa del Mondo" costituisce la prima riunione delle rappresentative dei bambini dei Paesi che fanno parte del circuito mondiale di Inter Campus. Ogni delegazione è composta da 14 bambini, accompagnati da tre operatori, istruttori, ma anche psicologi ed educatori, scelti sulla base della situazione di disagio, personale e familiare.

Sono ospitati nel villaggio "Il Girasole", vicino a Figline Valdarno, dove sono state allestite delle strutture sanitarie mobili che consentiranno di sottoporli a visite cardiologiche e oculistiche.

Gli studenti delle nove scuole delle province di Firenze e Siena, durante lo scorso anno scolastico hanno "adottato" uno o due Paesi di provenienza dei bambini ospitati, seguendo un percorso didattico che li ha portati ad approfondirne cultura, tradizioni e folklore.

Massimo Moratti, che presto sarà nominato "Ambasciatore di buona volontà dell'Onu", proprio per l'impegno di Inter Campus, ha chiarito che «si tratta di un progetto unico, perché non ha ritorni. Non cerchiamo campioncini e crediamo che l'amicizia e la benevolenza che abbiamo incontrato dovunque nel mondo grazie a questo progetto, sia il migliore riconoscimento. Per i bambini questo è un sogno, di quelli che non avevano mai nemmeno sognato. Hanno la possibilità di indossare la maglia di un grande club, di venire in Italia e sanno che hanno un amico che gli dà una mano e che soprattutto contribuisce a restituire loro la dignità». «Purtroppo - ha spiegato Massimo Moretti, presidente di Inter Campus - la maggior parte di questi bimbi non sa cos'è il gioco, il divertimento. Molti sono impegnati ad aiutare le proprie famiglie. Non hanno il tempo da dedicare a un momento fondamentale per tutti i bambini della loro età. Noi vogliamo farglielo scoprire».



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



POR FSE
2007-2013
Fondo Sociale Europeo
Programma Operativo
Regione Toscana

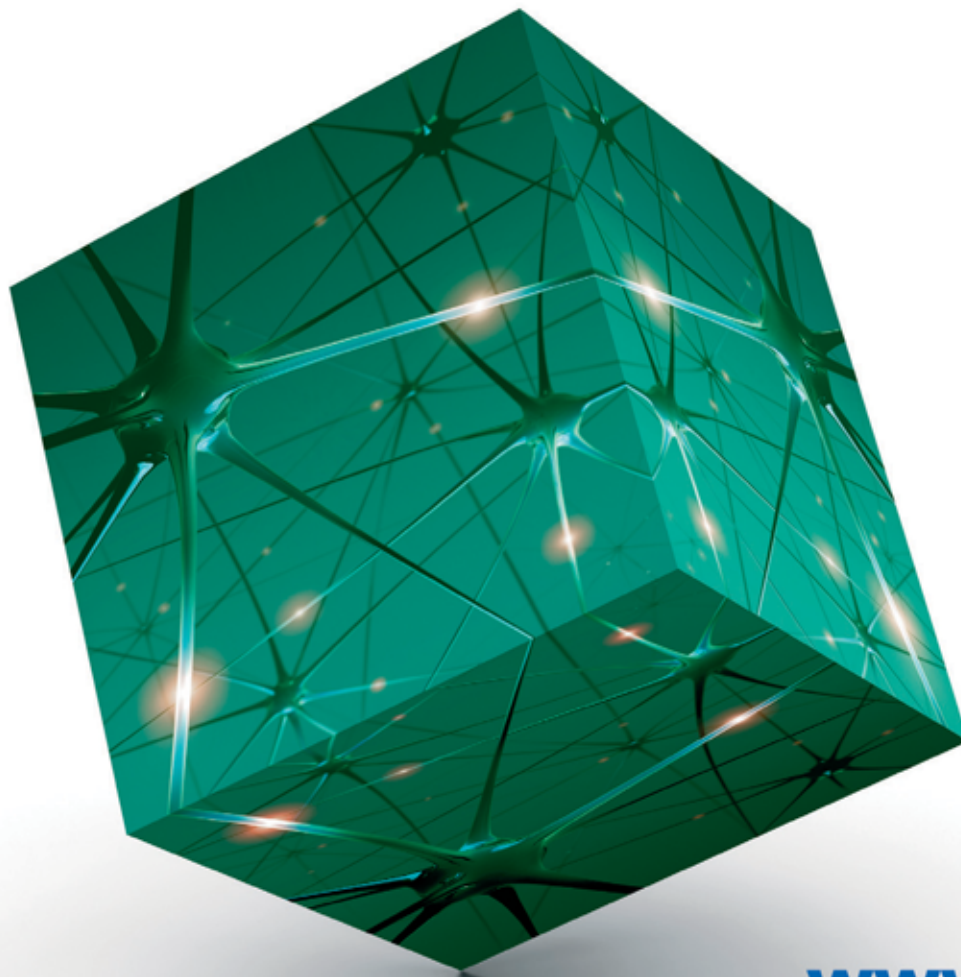


ECONOMIA³

Conoscenza Terra Energia

Incontri
mostre
laboratori
e spettacoli
sul futuro
dell'economia

Prato
24/27 settembre
2009



Programma completo su:
www.economia3.it

Iniziativa cofinanziata dall'Unione Europea - Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale, Fondo Sociale Europeo

Media Partner

la Repubblica

Una produzione di



intoscana.it

