

STRATEGIE Per la prima volta programmazione unica fra settore sanitario e sociale

Un piano da scrivere insieme

Fase di "ascolto" prima della stesura - L'asse si sposta sul territorio

Siamo pronti a raccogliere i contributi di tutti

di Daniela Scaramuccia *

Il percorso verso il nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale è già avviato, e questo mese di marzo che è iniziato ora sarà il «mese dell'ascolto». Ascolto dei cittadini, degli operatori sanitari, dei volontari, di quanti vorranno dare il loro contributo alla stesura di questo che per la prima volta sarà un Piano che integra la programmazione sanitaria e sociale. Molti sono già al lavoro per la sua costruzione, ma quello che si apre ora è un passaggio fondamentale: l'ascolto dei bisogni, delle richieste, delle proposte che giungono dai cittadini.

Il nuovo Piano, che ci accompagnerà per il prossimo quinquennio, sarà focalizzato sul diritto alla salute della persona. Molte le parole chiave: accessibilità, equità, etica, sostenibilità, flessibilità, prossimità. Mi piace però soffermarmi su alcune. La prima è evoluzione: non si parte da zero, ma si fa tesoro dei Piani sanitari precedenti. Un'evoluzione che tiene conto anche del contesto socio-economico-culturale. La Toscana ha già compiuto scelte forti nel governo della Sanità e della tutela della salute per garantire il miglioramento continuo dell'efficienza e dell'efficacia: la riorganizzazione della rete ospedaliera, la costituzione delle aziende, la nascita delle Aree vaste, delle Società della salute, degli Estav.

Altra parola chiave è

CONTINUA A PAG. 2

È ufficialmente iniziato il processo di stesura del Piano sanitario e sociale integrato 2011-2015 della Regione Toscana. Questo nuovo ciclo di programmazione dei servizi sanitari e sociali si presenta come una sfida significativa perché c'è una volontà ferma e condivisa tra istituzioni, parte politica e tecnici, di partire dai risultati concreti realizzati con il Piano precedente (2008-2010) monitorati nel tempo, pronti a mettere in discussione scelte che non si sono dimostrate capaci di raggiungere i risultati previsti.

È indispensabile individuare linee evolutive per quei modelli che, dai dati, si siano dimostrati opportunità serie per realizzare servizi adeguati ai bisogni di salute, in grado di rispondere allo scenario dei prossimi anni e ai relativi cambiamenti epidemiologici. Preme investire competenze e risorse nella prevenzione primaria e promozione della salute nella consapevolezza che la vera ricchezza di un'azienda sanitaria e del relativo territorio è rappresentata dalla salute dei propri cittadini e che i determinanti di salute sono fortemente collegati agli aspetti socio-economico-culturali raggiungibili solo attraverso un forte coinvolgimento dei vari attori del welfare a livello delle specifiche realtà territoriali. Diviene fondamentale garantire la coerenza fra l'attenzione alla qualità e sicurezza con la conseguente compatibilità economica attraverso la rivalutazione dell'organizzazione ospedaliera e la vera messa in rete dei servizi individuando duplicazioni e garantendo prossimità e diffusione sui territori e corretti volumi di prestazioni, che sono alla base della competenza dei professionisti capaci di muoversi tra i nodi della rete. Riteniamo importante sensibilizzare i professionisti sull'uso appropriato delle risorse, finalizzato a rispondere in modo serio ai bisogni di salute, senza appiattirsi passivamente a una domanda legata anche a fattori meno etici e più commerciali. La programmazione unica fra settore sanitario e sociale consente di affrontare, per la prima volta a livello regionale, sullo stesso tavolo problemi di salute determinati da fattori diversi, spesso non delimitabili in



LA COSTRUZIONE DEL DOCUMENTO

Come partecipare agli indirizzi del Pssir

Operatori e lettori possono inviare le loro proposte da pubblicare

Parte con questo numero de «il Sole 24 Ore Sanità - Toscana» una specifica iniziativa dedicata all'ascolto e alla costruzione del nuovo Piano sanitario e sociale integrato. È denominata «partecipa al piano» e si rivolge ai lettori e agli operatori, tutti, che intendano esprimere le proprie valutazioni e proposte.

Alla pagina del sito regionale www.regione.toscana.it/partecipaalpiano sarà possibile scaricare un modulo organizzato per aree di intervento (integrazione, rete degli ospedali, organizzazione, la precedente programmazione ecc.) e declinare le proprie idee, sulle tematiche di proprio interesse o su tutte, e aggiungerne di nuove e inviarle all'indirizzo mail pianosanitariosociale@regione.toscana.it. Le proposte saranno lette dal gruppo di lavoro dedicato. I contributi potranno essere pubblicati integralmente o per estratto sulle pagine de «il Sole 24 Ore Sanità - Toscana» e sul sito regionale.

Una modalità di ascolto che punta, fin dalle prime fasi del complesso e articolato percorso che condurrà all'approvazione del nuovo Piano sanitario e sociale integrato da parte del Consiglio regionale, a trovare un terreno di visione e di proposta condiviso.

un unico ambito, ma capaci di affrontare anche fattori prioritari di inclusione sociale come quello della casa. Vogliamo confrontarci con la percezione dei cittadini, con il loro vissuto sui servizi socio-sanitari e sulla capacità di rispondere ai bisogni della salute: con trasparenza, onestà e condivisione di priorità.

In questo quadro strategico non può che realizzarsi un piano che nasce dal «basso», preceduto da una fase di ascolto vero delle esperienze, criticità, progetti in atto nei nostri territori - che richiama i professionisti a giocare in squadra, che mette in gioco, se necessario, soggetti esterni alla programmazione sociale e sanitaria e che valorizza le risorse presenti senza cercarne necessariamente nuove e diverse. Un piano nel quale non si deve andare a cercare la propria struttura, ma le relazioni che ognuno di noi ha con gli altri; che si chiede come mai, a parità di bisogno, alcune fasce della popolazione si rivolgono ai servizi e altre ne restano escluse e crea approcci diversificati, proattivi, nuovi. Un piano che riunisce tutti gli operatori su obiettivi comuni, condivisibili, tesi alla salute delle persone, ma è nello stesso tempo pronto a realizzarli in modo diverso nei diversi contesti territoriali, nel rispetto delle peculiarità e delle risorse locali, delle condizioni di vita delle persone con particolare riguardo alle fasce deboli. Un piano che sposta l'asse sul territorio, perché là è possibile intervenire prima che il bisogno di salute si presenti e quando lo stesso bisogno di salute non trova più risposte efficaci nei nostri ospedali innovativi e tecnologicamente avanzati. Un piano con pochi indirizzi ma molto chiari, con risorse non infinite ma delimitate su azioni specifiche, forse incapace di rispondere a tutto ma trasparente nell'individuare le priorità.

Chiara Gherardeschi,
Responsabile pianificazione e programmazione sociale e sanitario
Simona Dei
Coordinatore gruppo operativo redazione Piano sanitario e sociale Regione Toscana

CONTROCANTO

La promessa mancata delle liste d'attesa

di Marco Carraresi *

Nel nostro sistema sanitario regionale sono ancora numerosi gli impegni rimasti incompiuti e alcune soluzioni prescelte presentano evidenti elementi di inadeguatezza.

Penso in particolare: alla reale integrazione delle Università toscane, agli Estav che non hanno ancora raggiunto quel ruolo chiave di Centro acquisti e

servizi a supporto delle aziende sanitarie, alla programmazione di Area vasta di cui si è persa ogni traccia, al mancato potenziamento dei presidi ospedalieri delle Asl che avrebbe consentito di ricondurre a questi le attività specialistiche di base svolte impropriamente dai presidi

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Al via accordo con ufficio Ue dell'Oms

La Giunta regionale ha approvato lo schema di accordo-quadro di collaborazione fra l'ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della Sanità e la Regione Toscana per il biennio 2011-2012. Attraverso l'assistenza tecnica fornita dall'ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo dell'Oms, si intende ampliare ed estendere le potenzialità e le capacità dei Paesi e delle Regioni (intese come il primo livello sub nazionale di governance) di formulare, implementare, valutare e modulare strategie atte a intervenire sui determinanti sociali della salute e sulle iniquità a essi collegati. (Delibera n. 61 del 7/02/2011)

Farmaci: variano prezzi di rimborso

La Giunta regionale ha deciso di modificare la delibera n. 8 del 10 gennaio 2011, sostituendo l'elenco dei medicinali con essa approvato. La decisione è stata presa poiché i prezzi di alcuni medicinali soggetti a prezzo di rimborso, contenuti nell'elenco approvato nella precedente delibera sono variati. La delibera è stata approvata dopo aver sentito le organizzazioni sindacali delle farmacie convenzionate pubbliche e private. L'atto è pubblicato integralmente sul Burt e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale. (Delibera n. 75 del 14/02/2011)

ALL'INTERNO

Meyer alleato di Philadelphia

A PAG. 3

Farmaci: fondi per la vigilanza

A PAG. 6

Country hospital a Piombino

A PAG. 7

MODELLI

Il punto su terapie e servizi in occasione della giornata mondiale



Malattie rare, cure più eque

Colpiti 19.118 toscani - Parte il centro regionale per i pazienti pediatrici

Dal 2008, anno in cui Eurordis («European organization for rare diseases») ha istituito la giornata mondiale delle malattie rare, la Regione Toscana ha contribuito attivamente alla realizzazione dell'iniziativa che si è svolta a Pisa il 28 febbraio presso l'area della ricerca del Consiglio nazionale della ricerca in collaborazione con la Fondazione toscana Gabriele Monasterio (Ftgm) - che gestisce il registro toscano delle malattie rare -, con il Forum delle associazioni toscane malattie rare e con le strutture di coordinamento della rete dei presidi.

Il tema proposto da «Eurordis» per la giornata 2011 è stato «Malattie rare, una priorità per la Sanità pubblica - le disuguaglianze sanitarie», con il motto «Rari ma uguali». Presentate le attività avviate nell'anno appena trascorso,

tracciandone un primo bilancio, e affrontato il tema centrale favorendo il confronto tra associazioni di pazienti, istituzioni, mondo della ricerca e delle professioni. L'obiettivo condiviso è stato identificare insieme criteri e soluzioni per promuovere un accesso equo alle migliori cure disponibili per tutti i malati. In questa ottica è stata fatta una valutazione sullo strumento delle Conferenze dei presidi che si sono rivelate utili per definire e condividere i percorsi assistenziali regionali per una serie di patologie sulle quali il gruppo di coordinamento ha ritenuto necessario intervenire.

Sono stati presentati i dati aggiornati del registro toscano malattie rare. Al dicembre 2010 erano presenti nel registro 19.118 malati segnalati da parte di 149 medici specialisti distribuiti sul territorio

regionale. Oltre il 30% dei pazienti sono di provenienza extra regionale a segnalare una notevole capacità attrattiva da parte dei presidi regionali. I residenti in Toscana hanno mostrato una maggiore omogeneità tra aree di residenza anche se permangono delle differenze che indirizzano ad attività migliorative dell'offerta e dell'informazione.

Nel corso della giornata sono state presentate anche le prime fasi di avvio del Centro regionale per le malattie rare pediatriche che ha sede presso l'Aou Meyer e vede il diretto coinvolgimento delle pediatrie dell'Aou pisana e dell'Aou senese, in collaborazione col Forum delle associazioni toscane delle malattie rare. Tracciate le prime azioni del progetto curato dal Ftgm in collaborazione con il coordinamento regionale delle

malattie rare finalizzate alla produzione di linee guida, alla preparazione di schede informative e di moduli formativi per le malattie rare registrate in Toscana. Inoltre è stata data informazione del progetto di attivazione di un contact center regionale dedicato ai pazienti affetti da malattie rare e alle loro famiglie e dell'avvio dei progetti interaziendali in attuazione di un programma regionale sulle malattie rare finanziato dal ministero della Salute. Il programma della giornata è stato completato dall'ascolto del pubblico presente in sala e dalle esperienze condotte dall'associazione ispanica a livello italiano ed europeo.

Dalle presentazioni e dalla discussione è risultato evidente come la programmazione regionale delle attività sia rivolta a favorire i percorsi di rete in modo da garanti-

re maggiormente l'equità di accesso in un ambito di intervento molto particolare quale è quello delle malattie rare, dove le competenze specialistiche e diagnostiche - concentrate in particolari presidi sanitari di riferimento - devono essere ricollegate a più livelli per favorire risposte in tempi brevi a quesiti diagnostici e necessità assistenziali e di «follow up», spesso con livelli di complessità molto impegnativi per il sistema e i professionisti.

Cecilia Berni

Responsabile posizione organizzativa dell'assistenza materno-infantile e malattie rare e genetiche Regione Toscana

Fabrizio Bianchi

Dirigente di ricerca e responsabile Ftgm e Ifc-Cnr, Pisa registro toscano

In diretta dalla ricerca

CURA DELLA GOTTA: SU «LANCET» IL PUNTO SULLE NUOVE PROSPETTIVE TERAPEUTICHE UTILIZZANDO UN POTENTE INIBITORE DELLA XANTINO OSSIDASI

Neogi T. *Clinical practice. Gout. N Engl J Med. 2011 feb. 3;364(5):443-52.*

La gotta, ormai nota da quasi 800 anni, è la più comune forma di artrite negli uomini sopra i 40 anni e interessa l'1-2% degli adulti dei Paesi con economia di mercato. Il principale meccanismo patogenetico della gotta è rappresentato dall'aumento dei livelli plasmatici di acido urico, sostenuto o da un aumento della sua produzione (per l'azione catabolica dell'enzima xantina ossidasi) o da una ridotta escrezione a livello renale. Finora l'unico farmaco approvato per abbassare i livelli serici di acido urico è stato l'allopurinolo (in commercio dal 1965 dopo la validazione della Fda). Un articolo pubblicato recentemente su *Lancet* rivisita le ultime innovazioni in tema di terapia antigottosa, e in particolare viene discusso il meccanismo d'azione e le indicazioni alla terapia con febuxostat, un potente inibitore della xantina ossidasi, il cui utilizzo è stato già approvato in Europa nel 2008 e negli Stati Uniti dalla Food & drug administration (Fda) nel 2009. Il febuxostat, a differenza del più conosciuto allopurinolo, non è un analogo della purina e inibisce selettivamente solo la xantina ossidasi. Viene assorbito per l'85% dopo l'assunzione orale e metabolizzato a livello epatico; può essere somministrato una volta al giorno per la sua emivita di 4-18 ore. Gli studi che hanno confermato l'efficacia del febuxostat sono uno di fase 2 (in circa 300 pazienti) e tre studi clinici randomizzati di fase 3 (in oltre 2.000 pazienti): il Fact, l'Apex e il Confirms. In tutti i casi il febuxostat si dimostrava più efficace dell'allopurinolo nel ridurre i livelli di uricemia anche in pazienti con insufficienza renale, ma con lo svantaggio di esacerbare più precocemente gli attacchi gottosi (prime 8 settimane) rispetto all'allopurinolo con necessità di profilassi specifica (Fans o

colchicina). Nel periodo successivo l'incidenza è risultata simile nei due gruppi. Secondo le indicazioni della Fda, le attuali indicazioni al trattamento con febuxostat sono: intolleranza o ipersensibilità ad allopurinolo, scarso controllo terapeutico con altri farmaci, e insufficienza renale con CrCl 30-90 ml/min o pazienti nefrolitiasi. Le linee guida attualmente disponibili, consentono un appropriato trattamento di questa malattia, diagnosticata sulla base dell'identificazione di cristalli di monourato sodico, sia per quanto riguarda il momento di inizio della terapia, sia per i livelli di uricemia da raggiungere in rapporto alle dosi di farmaco somministrate. Nei prossimi mesi sapremo se il febuxostat e altri farmaci in sviluppo (pegloticasi, uricosurici, inibitori dell'IL-1 β) potranno entrare a pieno titolo tra i farmaci validati per la terapia della gotta.

IL MONITORAGGIO DELL'ADERENZA ALLA TERAPIA IPOCOLESTEROLEMIZZANTE MEDIANTE LA MISURA DELLE VARIAZIONI DI COLESTEROLO NEL SANGUE

Bell KJL, Kirby A, Hayden A, Irwig L, Glasziou P. *Monitoring adherence to drug treatment by using change in cholesterol concentration: secondary analysis of trial data. BMJ 2011;342:d12 (on line first).*

Per poter curare al meglio una patologia non è sufficiente individuare e prescrivere la terapia migliore (secondo le evidenze scientifiche disponibili), ma è necessario anche poterne stimare l'aderenza e l'efficacia. In un recente articolo pubblicato sul *British medical journal* viene valutato se il monitoraggio della colesterolemia è in grado di stimare la «non-aderenza» al trattamento ipolipemizzante (con pravastatina). Lo studio randomizzato controllato con placebo, è stato effettuato in Nuova Zelanda e in Australia in 9.014 pazienti con malattia coronarica nota. La «non aderenza» è stata definita come: «parziale» (assunzione del farmaco ma a dosaggio ridotto) o «completa» (il farmaco non viene più

assunto). Sulla base dei risultati di questo studio, il monitoraggio della colesterolemia totale ha mostrato una scarsa capacità di individuare la «non aderenza completa»: a un anno dall'inizio del trattamento, metà (1.957/3.937) dei pazienti «non-aderenti» e il 6% (253/3.944) degli aderenti mostravano un aumento delle concentrazioni del colesterolo Ldl. Anche per quanto riguarda la «non-aderenza parziale» il controllo periodico della colesterolemia si è dimostrato di modesta efficacia nell'individuare questi pazienti. A un anno dell'inizio della terapia, il 16% (34/213) dei pazienti «con aderenza parziale» e il 4% (155/3.585) dei pazienti aderenti mostravano un aumento delle concentrazioni di Ldl. In altri termini, un paziente che non presenta variazioni nella Ldl sieriche, ha una probabilità post-test tra il 67 e il 95% di essere completamente non aderente e tra il 4 e l'8% di essere parzialmente non aderente. Per quanto questo studio possa avere alcune limitazioni (in primis l'aderenza viene valutata per un periodo limitato di 12 mesi) i risultati sono estremamente interessanti dal punto di vista clinico e offrono alcuni spunti di riflessione. L'aderenza a uno specifico trattamento deve essere un obiettivo clinico, ripetutamente valutata nel tempo (soprattutto nell'ambito delle patologie croniche) e il controllo di un parametro di laboratorio (in questo caso le concentrazioni di colesterolo) non debbono essere considerate sufficienti o sostitutive di una valutazione più complessa e completa che il medico deve effettuare nelle visite periodiche con il proprio paziente, e in cui un proficuo rapporto comunicativo medico-paziente rappresenta l'elemento centrale.

a cura di **Gian Franco Gensini, Giuliano Mariani, Mauro Galeazzi**
con la collaborazione di Chiara Lazzeri, Roberto Tarquini e Claudio Picariello

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

dell'alta specializzazione delle aziende ospedaliero-universitarie, ai difficili rapporti con le strutture sanitarie private, alla precarietà del rapporto funzionale intraospedaliero (dal pronto soccorso ai reparti di degenza) e dei flussi in uscita dall'ospedale (verso il territorio), al programma di riqualificazione/riconversione dei «piccoli ospedali» sempre combattuti tra ipotesi di chiusura definitiva o unificazione.

Ma le critiche maggiori mi sento di esprimerle nei confronti di due aspetti del sistema: la sperimentazione e la messa a regime (normativa) delle Società della salute e la questione delle liste di attesa. Per quanto riguarda le Società della salute la loro situazione di grave indeterminazione cir-

ca i compiti (le funzioni gestionali rimangono ancora «eventuali») rischia di farle diventare un ulteriore livello di burocratizzazione del sistema che si frappone tra servizi e cittadini.

Per quanto riguarda invece l'aspetto dell'assistenza specialistica ambulatoriale e della riduzione dei tempi di attesa, le difficoltà registrate in questi anni dimostrano che la politica settoriale sul contenimento delle liste di attesa necessita di una sensibile correzione di rotta. Le attese toccano infatti trasversalmente gran parte dei settori dell'attività clinica e di indagine diagnostica e questo testimonia che non siamo in presenza di un fenomeno casuale o transitorio, ma di un fenomeno che è un prodotto di questo siste-

ma sanitario. Un serio approccio alle liste di attesa dovrà perciò scavare sui determinanti dell'attesa che possono essere legati al paziente, alla prestazione, agli erogatori, al contesto (struttura della domanda, aspetti sociali, modelli culturali di consumo sanitario e altro).

Sarà questa una delle scommesse del prossimo Piano socio-sanitario che dovrà essere approvato al termine di un processo di elaborazione che dovrà coinvolgere il maggior numero possibile di operatori. Già questo sarebbe il segnale positivo di un metodo nuovo e più efficace rispetto al passato.

* Membro della commissione Sanità del Consiglio regionale

Siamo pronti a raccogliere... (segue dalla prima pagina)

persona. Si parla tanto, giustamente, di paziente al centro del servizio sanitario regionale. Ecco, è necessario passare da un percorso di patologia al percorso fondato sull'individuo, con le sue peculiarità e diversità di tipo sociale, economico, culturale. La sfida è comprendere che diversi individui affrontano in maniera diversa il proprio percorso di salute. Altra parola fondamentale è: integrazione. Integrazione tra sanitario e sociale. Tra ospedale e territorio. Tra i diversi sistemi. Tra i diversi professionisti. Le esperienze e i percorsi della Sanità d'iniziativa ci hanno dato elementi molto utili. E cruciale è il ruolo delle Società della salute.

Mi sembra fondamentale che nel nuovo Piano confluiscono le idee e le proposte di tutti. «Il

Sole 24 Ore Sanità - Toscana», da anni prezioso strumento di comunicazione all'interno del sistema, diventerà ora anche il tramite per partecipare concretamente alla costruzione del nuovo Piano. Chiunque lo vorrà potrà, attraverso questo settimanale e il sito della Regione Toscana, preferibilmente utilizzando la griglia proposta, avanzare idee, suggerimenti, contributi, di cui il gruppo che sta operativamente lavorando al nuovo Piano farà tesoro. Sono certa che i contributi che arriveranno numerosi costituiranno un indubbio arricchimento e un valore aggiunto per il Piano che vedrà la luce entro la fine del 2011.

* Assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Al via la partnership tra l'Aou fiorentina e il The Children's Hospital

Alleanza Meyer-Philadelphia



Confronto su formazione e ricerca - Si parte con le discipline chirurgiche

Un patto nel segno del miglioramento continuo delle cure, coniugate con la più avanzata ricerca scientifica. L'azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze, importante realtà pediatrica del Sistema sanitario toscano, e The Children's Hospital of Philadelphia, leader mondiale nella cura dei bambini, nella formazione e nella ricerca, hanno sottoscritto un accordo di collaborazione negli ambiti dell'assistenza clinica e della ricerca scientifica.

L'intesa, siglata da Tommaso Langiano, direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria Meyer e da Steven Altschuler, direttore generale (Ceo) di The Children's Hospital of Philadelphia, instaura un rapporto di collaborazione a sostegno dell'eccellenza e dello sviluppo dei servizi sanitari pediatrici, della formazione e della ricerca scientifica. In questa fase iniziale della collaborazione particolare attenzione verrà posta alle aree della Chirurgia pediatrica e della Chirurgia endoscopica. Nello specifico è previsto un confronto anche critico tra i due Centri pediatrici, il cui obiettivo principale è il miglioramento delle pratiche assistenziali erogate dal Meyer. Alla firma dell'importante accordo, avvenuta il 21 gennaio scorso, hanno partecipato Daniela Scaramuccia, assessore per il Diritto alla salute della Regione Toscana, Alberto Tesi, rettore dell'Università degli Studi di Firenze e Gian Franco Gensini, preside della facoltà di Medicina

dell'Ateneo fiorentino.

Nei giorni precedenti la firma dell'intesa, tra le due realtà pediatriche sono avvenuti momenti di confronto tra i professionisti delle varie discipline e i ricercatori su argomenti specifici di interesse reciproco legati all'accordo, quali la Chirurgia mini-invasiva e le malformazioni tracheo-bronchiali. «Questa collaborazione è particolarmente importante - dice Tommaso Langiano, direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze - non solo perché rafforza e intensifica lo scambio internazionale di conoscenze cliniche e scientifiche

a vantaggio dei piccoli pazienti, ma punta a sviluppare ulteriormente le discipline chirurgiche e quelle endoscopiche in ambito respiratorio con l'obiettivo di proiettarle nel panorama mondiale della Pediatria. Con soddisfazione

ne e orgoglio annuncio che The Children's Hospital of Philadelphia in qualità di partner paritario di riferimento si aggiunge alla nostra rete di eccellenze internazionali di cui fanno parte, tra l'altro, il Boston Children's Hospital e la rete mondiale Nachri (National association of children's hospitals and related institutions).

«L'accordo che è stato firmato - ha dichiarato Daniela Scaramuccia, assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana - ha per noi un significato molto importante, perché sigla un patto di collaborazione tra due strutture di eccellenza, come l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer e il Chil-

dren's Hospital di Philadelphia, e sottolinea il ruolo internazionale che il Meyer riveste nella cura dei bambini, nella formazione, nella ricerca. Sono ormai numerose le iniziative che il Meyer sta portando avanti in tutto il mondo nel campo della salute dei bambini. Siamo sicuri che questa nuova collaborazione che si avvia con l'accordo appena firmato sarà proficua per i piccoli pazienti, non solo toscani, non solo americani, ma di molti altri Paesi».

«L'investimento sulla formazione e la ricerca scientifica è fatto anche da accordi di collaborazione internazionale - ha dichiarato Alberto Tesi, rettore dell'Università degli Studi di Firenze - Grazie a questa partnership, non solo migliora l'assistenza ai piccoli pazienti ma anche la specializzazione sulle cure e la preparazione dei medici che in un centro ospedaliero-universitario come il Meyer hanno la possibilità di far parte di una comunità scientifica dove l'innovazione diventa patrimonio comune a vantaggio dei cittadini, dei ricercatori e degli studenti».

«A nome di The Children's Hospital of Philadelphia, sono onorato di annunciare questa collaborazione con l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer per promuovere l'assistenza sanitaria pediatrica attraverso la cooperazione nell'ambito accademico e clinico e future collaborazioni nel campo della ricerca», ha detto Steven M. Altschuler, direttore generale dell'ospedale pediatrico di Philadelphia.

A cura di
Roberta Rezoalli
Ufficio stampa Aou Meyer

ANNIVERSARI

Centocenti anni di storia

Centocenti anni. Tanti ne ha compiuti l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer da quel lontano pomeriggio del 1891, quando si aprì alla città e all'Italia. Una celebrazione che è stata ricordata con una festa durata un giorno, che ha visto migliaia di genitori, bambini, famiglie affollare i tanti momenti di cultura, spettacolo, svago creativo, laboratori, proposte editoriali e artistiche come l'anteprima della grande rassegna della Fondazione Palazzo Strozzi su «Picasso, Mirò, Dalì. Giovani e Arrabbiati: la nascita della modernità» e l'installazione interattiva di Centrica «Uffizi Touch». Una festa che il Meyer ha voluto rivolgere a chi ne affianca quotidianamente l'impegno, ovvero i cittadini che con la loro solidarietà sostengono i progetti di ricerca scientifica.

Una ricerca che, come ha sottolineato il direttore generale del Meyer nonché presidente dell'omonima Fondazione Tommaso Langiano, trova compiuto sviluppo nel "poliambulatorio dei bambini" di Firenze, facendosi interprete delle esigenze che nascono dal letto del piccolo paziente. Una ricerca non fine a se stessa, ma che risponde al continuo miglioramento del percorso assistenziale e sanitario. Proprio in questo contesto multidisciplinare e totalmente orientato alla cura del bambino, sono nate intuizioni diventate importanti brevetti scientifici: dal kit per la diagnosi della malattia metabolica Tirosinemia di tipo I, al kit per la diagnosi moleco-

lare della meningite e di forme particolari di immunodeficienze. Risultati che non sono il frutto del caso, ma della costante attenzione e della reale integrazione della ricerca scientifica nella pratica assistenziale.

In questo contesto si inserisce anche il sostegno ai giovani ricercatori. Un progetto che non ha uguali in Italia: tramite la Fondazione Meyer, l'azienda consente ai 15 più promettenti giovani specialisti di fare esperienze nei più autorevoli centri medici e scientifici del mondo e di riportarli al Meyer. Una scelta strategica che consente all'azienda ospedaliero-universitaria fiorentina un virtuoso percorso di miglioramento. Se a questo, si aggiungono gli accordi paritari con le più importanti realtà internazionali come il network degli ospedali pediatrici riuniti nel Nachri, il Children's Hospital di Boston e The Children's Hospital of Philadelphia, si comprendono gli sforzi che il Meyer compie per crescere continuamente in qualità. In questo modo conferma la sua storica vocazione all'innovazione: nel 1891 i migliori fermenti culturali di quell'epoca seppero dare corpo all'attuale e moderna pediatria. Così, come 120 anni fa Firenze seppe realizzare una delle prime strutture dedicate alle sole cure dei bambini, così ora il Meyer è impegnato a integrare l'assistenza clinica e la ricerca scientifica guardando ancora una volta avanti, in quel futuro che è sempre stato il suo orizzonte.

UN CONVEGNO SUI PROFESSIONISTI DEL SORRISO INTEGRATI NELLA TERAPIA DEL DOLORE

Davanti alla sala operatoria il sorriso del clown calma più di un ansiolitico

I clown ospedalieri professionisti riescono a tranquillizzare i piccoli pazienti in attesa dell'intervento chirurgico più dei farmaci ansiolitici. È uno degli aspetti più interessanti emerso durante i lavori del convegno dal titolo «Clown Arte per la Salute» svoltosi il 29 gennaio nell'aula magna dell'Aou Meyer di Firenze.

L'appuntamento, organizzato dalla Fondazione Meyer e da Soccorso Clown grazie al contributo del ministero per le Pari opportunità, ha registrato la forte partecipazione di medici pediatri, specialisti e addetti del settore provenienti da tutte le regioni dell'Italia. Lo staff del Servizio terapia del dolore e cure palliative del Meyer ha infatti presentato l'attuale aggiornamento della ricerca scientifica pubblicata la prima volta su Pediatrics nel 2005, svolta dalla psicologa Laura Vagnoli, dal responsabile del Servizio terapia del dolore Andrea Messeri e dalla psicologa Simona Caprilli.

Nello studio è emerso un elemento significativo: la presenza dei clown ospedalieri professionisti prima dell'intervento chirurgico ha la capacità di ridurre notevolmente l'ansia pre-operatoria. La loro efficacia, misurata in modo scientifico, è tale da battere ai punti l'effetto della somministrazione di un farmaco ansiolitico.

Lo studio ha poi evidenziato un aspetto che resta così fondamentale da essere divenuto



ta, nel tempo, una prassi fondamentale in ambito pediatrico: la presenza del genitore accanto al bambino nella fase pre-chirurgica è una fonte di grande tranquillità, a tal punto da risultare quella maggiormente efficace per il piccolo paziente.

Presso l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze i clown non sono una semplice presenza colorata e divertente, ma - come

dimostra lo studio scientifico - si affiancano agli specialisti della Terapia del dolore nella cura del bambino, riuscendo a ridurre l'ansia, la paura e il dolore fisico. E sempre al Meyer l'efficacia del loro intervento sui bambini e i loro genitori viene costantemente misurata. Le ricerche scientifiche effettuate in questo contesto dallo staff del Meyer sono le poche realizzate a livello internazionale. Al Meyer i clown

professionisti, che seguono una rigorosa formazione che trasforma gli artisti in clown ospedalieri professionisti, sono presenti dal 1995. In questo lasso di tempo il servizio è stato istituzionalizzato e integrato nel Servizio terapia del dolore e cure palliative.

Il convegno ha dato spazio a una serie di interventi volti a illustrare il percorso formativo dei clown professionisti, evidenziando la metodologia e i contenuti della loro formazione. Sono seguite le testimonianze dei medici e degli infermieri del Meyer che hanno raccontato quelle storie spesso silenziose di bambini e operatori che hanno ricevuto beneficio dal lavoro dei clown professionisti. Anche i professionisti di Soccorso Clown hanno esposto le esperienze fatte a contatto con i bambini, le famiglie e gli operatori, mentre i partecipanti hanno approfondito numerosi aspetti nel pubblico dibattito che ha concluso l'appuntamento. Un confronto ampio e approfondito da cui sono scaturite le problematiche presenti in altri centri del nostro Paese, dove spesso la presenza colorata dei clown è legato a un volontariato generoso ma non adeguatamente formato.

Al termine del convegno sono stati consegnati riconoscimenti per i 10 anni di Soccorso Clown ai professionisti che ogni giorno, in modo programmato, distraggono e leniscono la paura che ogni ricovero provoca al bambino e alla sua famiglia.

DOCUMENTI Accordo di collaborazione con l'Organizzazione mondiale della Sanità per un confronto con l'Europa



Strategie per la salute modello Oms

Investiti 300mila euro in due anni - In cantiere conferenze, seminari e corsi internazionali

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito il testo della delibera della Giunta regionale n. 61 del 7 febbraio 2011 «Approvazione schema di accordo quadro di collaborazione tra l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della Sanità e la Regione Toscana - biennio 2011-2012»

LA GIUNTA REGIONALE

Visto lo Statuto della Regione Toscana che individua il diritto alla salute come una delle principali finalità della propria azione di governo, in attuazione del principio costituzionale riconosciuto ai singoli e alla collettività;

Vista la Lr 40/2005 "Disciplina del servizio sanitario regionale" che all'art. 7 impegna la Regione Toscana a promuovere «negli assistiti la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro», comprendendo fra i livelli essenziali di assistenza le conseguenti azioni informative ed educative volte ad accrescere tale consapevolezza fra i cittadini;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010 il quale stabilisce specifici indirizzi in materia di promozione della salute, oltre a indicazioni operative sui processi di valutazione delle politiche sanitarie regionali, in sintonia e coerenza con i principi e le finalità proclamate dall'Organizzazione mondiale della Sanità sulle tematiche in oggetto;

Dato atto che il sopracitato Piano sanitario regionale e il Piano integrato sociale regionale vigenti restano in vigore, ai sensi dell'art. 142-bis della Lr 24 febbraio 2005 n. 40 e dell'art. 104, comma 1 della Lr 29 dicembre 2010, n. 65, fino al 31/12/2011;

Dato atto che la Regione Toscana ha sottoscritto, nel gennaio 2004, un accordo quadro di collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Oms avente come finalità l'incremento delle capacità del Sst di formulare, implementare e monitorare le strategie di investimento per la salute e lo sviluppo dei cittadini, accordo che ha rappresentato il consolidamento di un rapporto pluriennale di interscambio

avviato sin dal 2001;

Vista la deliberazione di Gr n. 28 del 21 gennaio 2008 che rinnova l'accordo quadro sopra detto per il triennio 2008-2010;

Considerati gli importanti e significativi i risultati ottenuti in virtù delle collaborazioni attivate grazie al citato accordo quadro e alle conseguenti positive ricadute sulla politica sanitaria regionale;

- il rafforzamento dei rapporti con l'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della Sanità visto che la Regione Toscana è diventata partner privilegiato dell'Oms per l'adozione di politiche sanitarie a livello sub-nazionale. L'accordo del 2004 è stato infatti il primo esempio di protocollo di collaborazione a livello di Regioni europee e ha contribuito a implementare la partecipazione delle medesime Regioni alle politiche sanitarie dell'Oms;

- l'adozione di indirizzi operativi a livello di politica sanitaria regionale e aziendale per la promozione della salute, in particolare a seguito dell'indagine Hbsc (Health behaviour school children) che ha fornito dati sui comportamenti dei giovani toscani relativi ai loro stili di vita;

- il ricorso ai determinanti sociali, economici e ambientali della salute indicati nei programmi dell'Oms (Network regions for health);

Giudicato quindi opportuno, per le ragioni indicate in precedenza, proseguire la collaborazione con l'Ufficio europeo dell'Oms per implementare e migliorare la politica sanitaria toscana in materia di promozione della salute;

Preso visione del nuovo schema di accordo quadro di durata biennale (Allegato A) che disciplina in modo organico i rapporti di cooperazione e reciproco interscambio in materia di attività di ricerca, formazione, sperimentazione, realizzazione e diffusione di modelli valutativi e buone pratiche di promozione della salute derivati dalla programmazione della Regione Toscana in tema di tutela della salute;

Considerato che il suddetto accordo quadro è finalizzato a:

- aumentare la capacità della Regione Toscana di formulare, implementare, monitorare e valutare l'efficacia delle strategie di investimento per la salute elaborate per intervenire sui determinanti sociali della salute e per combattere le disuguaglianze di salute;

- organizzare scambi di know-how specifici sul tema nonché di formazione dei policy-makers e professionisti che lavorano a livello principalmente sub-nazionale;

- mettere l'esperienza accumulata dalla Regione Toscana a disposizione e al servizio delle comunità, dei Paesi e delle Regioni europee;

- utilizzare tale esperienza per rafforzare e rilanciare la rete europea Oms delle Regioni che promuovono la salute e il ruolo dell'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo all'interno del processo ora in atto all'interno dell'Oms Ufficio regionale per l'Europa che porterà nel 2012 all'adozione di una nuova politica europea per la salute da parte degli Stati

membri della Regione europea dell'Oms.

Evidenziato che le modalità di gestione del citato accordo quadro prevedono l'elaborazione di un programma annuale di attività da parte di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell'Ufficio europeo dell'Oms e della Regione Toscana, su coordinamento organizzativo della stessa Regione Toscana;

Stabilito che gli oneri di gestione del presente accordo quadro sono sostenuti dall'Organizzazione mondiale della Sanità, che mette a disposizione i servizi e la professionalità dei propri esperti tecnici, e dalla Regione Toscana, tramite risorse finanziarie per un importo pari a complessivi € 300.000,00 per il biennio 2011-2012;

Vista la Lr n. 66 del 29/12/2010 "Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2011 e bilancio pluriennale 2011-2013";

Vista la Dgr n. 5 del 10/01/2011 "Approvazione bilancio gestionale 2011 e pluriennale 2011-2013";

a voti unanimi

DELIBERA

1. Di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, lo schema di accordo quadro di collaborazione (Allegato A) fra l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della Sanità e la Regione Toscana per il biennio 2011-2012;

2. Di incaricare il presidente o suo delegato alla sottoscrizione del presente accordo;

3. Di sostenere gli oneri finanziari del presente accordo quadro di collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della Sanità per il biennio 2011-2012, secondo la seguente articolazione:

- euro 150.000,00 per l'anno 2011 sul capitolo 24107 del bilancio 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

- euro 150.000,00 per l'anno 2012 sul capitolo 24017 del bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, condizionando l'efficacia della prenotazione all'inserimento delle attività previste nell'accordo quadro di collaborazione (Allegato A) all'interno del nuovo "Piano sanitario e sociale integrato regionale" come previsto dalle Lr 40/2005 e 41/2005;

Scambi di know-how: l'esperienza della Regione fa da guida

praticato accordo quadro di collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della Sanità per il biennio 2011-2012, secondo la seguente articolazione:

- euro 150.000,00 per l'anno 2011 sul capitolo 24107 del bilancio 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

- euro 150.000,00 per l'anno 2012 sul capitolo 24017 del bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, condizionando l'efficacia della prenotazione all'inserimento delle attività previste nell'accordo quadro di collaborazione (Allegato A) all'interno del nuovo "Piano sanitario e sociale integrato regionale" come previsto dalle Lr 40/2005 e 41/2005;

ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, UFFICIO EUROPEO PER GLI INVESTIMENTI PER LA SALUTE E LO SVILUPPO E LA REGIONE TOSCANA, ITALIA 2011-2012

Premesse

1. L'amministrazione regionale toscana (d'ora in avanti la "Regione Toscana") ha sviluppato una consistente e

significativa tradizione culturale e operativa nel campo della promozione della salute e dei suoi determinanti sociali in piena sintonia e coerenza con i principi e le finalità proclamate e sostenute dall'Organizzazione mondiale della Sanità (d'ora in avanti "Oms"). In linea con questa tradizione, la gestione della Sanità è intesa come il progressivo raggiungimento di "obiettivi di salute" della popolazione. Coerentemente con questa visione strategica della promozione della salute, la Regione Toscana e l'Oms Ufficio regionale per l'Europa, attraverso l'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo, intendono rafforzare la loro collaborazione per condividere esperienze e rafforzare la salute nell'intera Regione europea dell'Oms.

2. La Regione Toscana è membro della rete europea Oms delle Regioni che promuovono la salute (Who regions for health network) e lavora con l'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo dell'Oms - che coordina la suddetta rete - per ampliare e rafforzare la sua attività con particolare riguardo all'aumento della capacità a livello regionale di operare sui determinanti sociali della salute e sulle disuguaglianze a essi collegati.

3. Negli anni scorsi la Regione Toscana ha già fornito un supporto concreto all'azione dell'Oms sostenendo l'organizzazione degli eventi qui di seguito elencati e in generale dando ampia dimostrazione di fattiva collaborazione e unità di intenti.

- nel 1999 la Regione Toscana ha ospitato il Comitato regionale europeo Oms (all'epoca 51 Paesi);

- nel 2001 l'assessorato regionale al Diritto alla salute ha costituito la Rete toscana degli ospedali per la promozione della salute, con l'adesione di tutte le 16 aziende sanitarie pubbliche;

- dal 2001 la Regione Toscana mantiene rapporti sistematici di interscambio informativo con gli uffici dell'Oms con sede in Italia;

- nel novembre 2001 la Regione Toscana ha ospitato a Firenze un seminario di studio dell'Executive board dell'Oms, composto dal direttore generale dr. G.H. Brundtland, i direttori del suo cabinet e i direttori regionali;

- nel 2002 la Regione Toscana ha co-finanziato, insieme alla Regione Veneto, il workshop scientifico sul ruolo del "purchasing" nelle riforme sanitarie in Europa;

- la Regione Toscana ha inoltre siglato un accordo quadro con l'Oms Ufficio regionale per l'Europa per il periodo 2003-2007 e un'estensione di tale accordo per il periodo 2008-2010.

Si noti che il presente accordo si rifa a specifici elementi dell'accordo sopra menzionato (e sua relativa estensione). All'interno dell'accordo del 2003-2007 la Regione Toscana ha richiesto all'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo dell'Oms di effettuare un'analisi congiunta della capacità potenziale della Toscana di massimizzare il proprio capitale sociale, economico e umano al fine di promuovere lo stato di salute e ridurre le disuguaglianze di salute.

Il risultato di tale lavoro è stato pubblicato nel 2005 con il titolo "Concetti e principi strategici per gli investimenti per la salute. Sfide e opportunità della Regione Toscana" ed è

stato utilizzato dalla Regione Toscana nel processo di istituzione delle "Società della salute" e altre iniziative come la "Health behaviour in school-age children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare 11-15" nonché un'ampia serie di iniziative di promozione della salute a cui l'Oms ha fornito assistenza principalmente attraverso il suo Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo.

Scopo dell'accordo

Attraverso l'assistenza tecnica fornita dall'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo dell'Oms, si intende ampliare ed estendere le potenzialità e le capacità dei Paesi e delle Regioni (intese come il primo livello sub-nazionale di governance) di formulare, implementare, valutare e modulare strategie atte a intervenire sui determinanti sociali della salute e sulle iniquità a essi collegati.

Come tale, il presente accordo servirà a rafforzare la rete europea Oms delle Regioni che promuovono la salute e il programma tecnico che l'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo dell'Oms sta sviluppando in quest'area.

La fattiva implementazione di tale accordo sarà pertanto a carico di:

- Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo dell'Organizzazione mondiale della Sanità Ufficio regionale per l'Europa;

- Uffici e servizi facenti capo all'assessorato Diritto alla salute della Regione Toscana.

Finalità generali

Il presente accordo si propone le seguenti finalità generali:

- a) aumentare a un livello di governance nazionale e sub-nazionale la capacità di formulare, implementare, monitorare e valutare l'efficacia delle strategie di investimento per la salute elaborate per intervenire sui determinanti sociali della salute e per combattere le disuguaglianze di salute;
- b) in quest'area disciplinare complessiva, valutare e sviluppare know-how che sia di supporto alle Regioni nonché identificare modalità efficaci di creazione di sinergie nella promozione della salute della popolazione, salute intesa come risorsa unica e speciale di uno sviluppo economico, sociale e umano che sia caratterizzato da sostenibilità ed equità;
- c) organizzare scambi di know-how specifici sul tema nonché di formazione dei policy-makers e professionisti che lavorano a livello principalmente sub-nazionale - tale attività sarà complementare alla realizzazione dei punti a) e b) sopra esposti;
- d) mettere l'esperienza accumulata dalla Regione Toscana a disposizione e al servizio delle comunità, dei Paesi e delle Regioni europee;
- e) utilizzare tale esperienza per rafforzare e rilanciare la rete europea Oms delle Regioni che promuovono la salute e il ruolo dell'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo all'interno del processo ora in atto all'interno dell'Oms Ufficio regionale per l'Europa che porterà nel 2012 all'adozione di una nuova politica europea per la salute da parte degli Stati

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

per la salute da parte degli Stati membri della Regione europea dell'Oms.

Ulteriori finalità

L'accordo intende produrre benefici aggiuntivi sia per l'Oms che per la Regione Toscana, tra questi:

- promuovere attività di ricerca, formazione e sviluppo di politiche nel campo dei determinanti economici e sociali della salute con un'attenzione specifica al livello di governance sub-nazionale/regionale;
- mettere a disposizione le conoscenze, le esperienze e i risultati acquisiti o generati nella Regione Toscana col fine di promuovere la salute e diffonderne la relativa conoscenza in altre parti d'Europa e viceversa;
- ospitare in Toscana conferenze internazionali dell'Oms, seminari scientifici e tecnici e altri eventi atti a favorire la circolazione di informazioni ed esperienze tra diversi Paesi, professionisti e discipline scientifiche.

Gestione dell'accordo

L'accordo si realizza e viene valutato su base annua da entrambi i soggetti firmatari, per quanto concerne l'Oms da parte dell'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo e da parte della Regione Toscana attraverso l'assessorato Diritto alla salute.

Le iniziative oggetto del presente accordo verranno stabilite di comune accordo entro la fine dell'anno solare precedente, e attuate nell'anno a seguire. Il programma annuale si baserà sul piano strategico a medio termine dell'Oms in vigore per il periodo 2008-2013 (Who medium term strategic programme 2008-2013) e sull'obiettivo strategico 7 (So7) e pertanto contribuirà al raggiungimento degli obiettivi dell'Oms prefissati a livello regionale e globale.

In casi particolari e per ragioni di comune interesse, nel programma dei lavori così come concordato potranno essere coinvolti altri partner europei e globali a beneficio di un efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Contributo dell'Oms

L'Oms metterà a disposizione i servizi e la professionalità dei propri esperti tecnici, principalmente ma non esclusivamente di coloro che sono assegnati alla sede dell'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo e che abbiano competenza nelle aree tematiche oggetto delle attività di questo accordo; contribuirà inoltre col supporto amministrativo necessario al coordinamento e alla messa in atto di tale collaborazione.

Utilizzo dei fondi elargiti in base al presente accordo

I fondi elargiti dalla Rt potranno essere utilizzati per lo svolgimento delle attività nonché per coprire il costo del personale dell'Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo direttamente coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi e del programma di lavoro concordato attraverso il presente accordo.

Importo totale: euro 300.000,00 (Psc incluso);
Arco temporale: gennaio 2011-31 dicembre 2012.

COMPLETAMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE

«Vita indipendente»: integrate le risorse per i progetti di domiciliarità dei disabili

Alle iniziative delle zone-distretto valutate positivamente sono assegnati ulteriori 2,516 milioni

Pubblichiamo la delibera sull'integrazione risorse finanziarie ai beneficiari delle zone-distretto per i progetti della fase pilota di Vita indipendente ex Dgrt 1166/2009»

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Piano sanitario regionale 2008/2010 approvato con delibera del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008 che al punto 5.6.2.3 prevede il completamento e verifica della sperimentazione nella Vita indipendente progettandone una regolamentazione specifica;

Visto il Piano integrato sociale regionale Pstr 2007-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007 che prevede, tra gli interventi di settore, al punto 7.8.2 in particolare di sostenere l'indipendenza delle persone con disabilità grave, sulla base della sperimentazione di progetti di Vita indipendente, in situazione di autonomia di vita o di convivenza familiare o comunitaria;

Visto che con la delibera della Grt n. 977 del 06/10/2003 Pstr 2002-2004 "Aggiornamento 2003. Programmi di iniziativa regionale integrazione socio-sanitaria" è stato approvato il "Progetto speciale disabilità" che individuava una specifica azione denominata "Sperimentazione del progetto Vita indipendente", prevedendo l'attivazione di una prima sperimentazione dei progetti di Vita indipendente;

Visto che con deliberazione della Grt n. 794 del 2/08/2004 venivano approvate le linee guida per il progetto di sperimentazione dell'assistenza personale finalizzata alla Vita indipendente e autodeterminata;

Considerato che con le ulteriori seguenti delibere della Grt 937/2006, 625/2007, 254/2008 e 279/2009 si è provveduto a dare continuità ai progetti di Vita indipendente;

Visto che con delibera Grt n. 923 del 19/10/2009 si è definitivamente conclusa la fase di sperimentazione del servizio di Vita indipendente e che l'ArS (Agenzia regionale di Sanità) ha valutato gli esiti della sperimentazione stessa;

Visto l'art. 1 comma 3, lettera c) della Lr 66/2008 che «favorisce percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità»; per dare su tutto il territorio regionale risposte nell'area della disabilità;

Visto che con Dgrt n. 1166 del 14 dicembre 2009, si è provveduto ad approvare le "Linee guida per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente" per:

- fornire indicazioni per la presentazione dei progetti e l'individuazione dei beneficiari del contributo, previo accertamento della sussistenza delle condizioni;
- dare avvio alla "fase pilota" del progetto per la

durata di un anno, necessaria alla verifica e al monitoraggio dell'andamento dei percorsi;

- costituire una cabina di pilotaggio con la partecipazione di rappresentanti del mondo della disabilità individuati con decreto dirigenziale, prima di inserire la Vita indipendente nella rete ordinaria dei servizi territoriali;

Considerato che la medesima Dgrt 1166/2009 ha assegnato alla zone-distretto un primo stanziamento di 2.000.000,00 di euro per l'attuazione delle linee guida della Vita indipendente, riservandosi l'individuazione delle eventuali ulteriori risorse necessarie alle zone-distretto a seguito dell'attivazione e del completamento della fase pilota;

Dato che con decreto dirigenziale n. 609 del 9/02/2010, le risorse suddette sono state assegnate alle zone-distretto individuando in ciascuna zona l'ente beneficiario secondo i seguenti parametri:

- a) alle Società della salute, laddove costituite;
- b) all'ente gestore del fondo per la non autosufficienza nelle zone dove sono state attivate formalmente le procedure per la costituzione della Società della salute, ai sensi dell'art. 71-bis della Lr 40/2005 e successive modifiche, con il vincolo di destinare le risorse alla Società della salute al momento che sarà operativa;
- c) alle aziende Usl, competenti per territorio, nelle zone dove non è stata costituita la Società della salute, ai sensi dell'art. 71-bis della Lr 40/2005 e successive modifiche;

Visto che successivamente all'approvazione della Dgrt 1166/2009 e del decreto dirigenziale 609/2010 ognuna delle 34 zone-distretto della Toscana, ha attivato la fase pilota emettendo avvisi pubblici con l'indicazione delle modalità e dei tempi di attuazione a favore degli aventi diritto, per la presentazione delle domande di contributo per il progetto di Vita indipendente;

Preso atto che dopo la chiusura degli avvisi di cui sopra, le unità di valutazione multidisciplinari territoriali (Uvm) di ogni zona, opportunamente integrate dalle figure professionali necessarie, hanno valutato, sulla base delle indicazioni contenute nelle linee guida di cui alla Dgrt 1166/2009, i relativi progetti di Vita indipendente redigendo per ognuna delle 34 zone-distretto del territorio le relative graduatorie di coloro che sono risultati idonei, con l'indicazione del contributo da erogare;

Valutato che, a seguito delle risultanze del processo valutativo delle Uvm, occorre integrare il primo stanziamento regionale di 2.000.000,00 di euro previsto dalla citata Dgrt 1166/2009, a favore delle 31 zone sul totale delle 34 zone coinvolte, in relazione alla necessità di assicurare la copertura totale delle dodici mensilità della fase pilota a favore dei richiedenti risultati idonei nelle medesime zone;

Ritenuto per quanto sopra, di dover assumere prenotazione specifica a favore dei soggetti beneficiari, secondo la tabella Allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto, un ulteriore stanziamento complessivo di € 2.516.578,29 sul capitolo 23026, "Interventi diretti della Regione in Sanità - Trasferimenti correnti a enti pubblici" che presenta la necessaria disponibilità;

- € 1.865.819,29 sul capitolo 23026, "Fondo per la non autosufficienza - Spese correnti" a valere sulla prenotazione n. 1 assunta a fronte della citata Dcr 113/2007;

- € 249.120,86 sul capitolo 26006, "Fnps - Risorse per l'integrazione socio-sanitaria - Trasferimento a enti pubblici" che presenta la necessaria disponibilità;

- € 401.638,14 sul capitolo 24047, "Interventi diretti della Regione in Sanità - Trasferimenti correnti a enti pubblici" che presenta la necessaria disponibilità;

- € 1.865.819,29 sul capitolo 23026, "Fondo per la non autosufficienza - Spese correnti" a valere sulla prenotazione n. 1 assunta a fronte della citata Dcr 113/2007;

3. Di dare atto che per la quota di € 401.638,14 a valere sul capitolo 24047 del bilancio 2010 verrà predisposta apposita variazione di bilancio con storno dell'anticipo di avanzo dello stesso importo dal capitolo 24047 al capitolo 23029.

DELIBERA

Ritenuto opportuno di dare atto che per la quota di € 401.638,14 a valere sul capitolo 24047 del bilancio 2010 verrà predisposta apposita variazione di bilancio con storno dell'anticipo di avanzo dello stesso importo dal capitolo 24047 al capitolo 23029;

Vista la legge regionale 23 dicembre 2009 n. 78, "Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2010 e bilancio pluriennale 2010/2012";

Vista la deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2009 n. 1298, con la quale è stato approvato il bilancio gestionale 2010 e il pluriennale 2010/2012;

a voti unanimi

1. Di assegnare, per le motivazioni espresse in narrativa, alle 31 zone-distretto, come indicato nella tabella Allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto, un ulteriore stanziamento complessivo di € 2.516.578,29 per garantire la copertura finanziaria delle 12 mensilità del contributo dei progetti della fase pilota di Vita indipendente, valutati positivamente dalle Uvm secondo quanto previsto dalle linee guida della Dgrt n. 1166 del 14 dicembre 2009;

2. Di assumere prenotazione specifica a favore dei soggetti beneficiari, secondo la tabella Allegato 1), per l'importo complessivo di € 2.516.578,29 sui capitoli del bilancio di previsione 2010, di seguito indicati e nello specifico:

- € 249.120,86 sul capitolo 26006, "Fnps - Risorse per l'integrazione socio-sanitaria - Trasferimento a enti pubblici" che presenta la necessaria disponibilità;
- € 401.638,14 sul capitolo 24047, "Interventi diretti della Regione in Sanità - Trasferimenti correnti a enti pubblici" che presenta la necessaria disponibilità;
- € 1.865.819,29 sul capitolo 23026, "Fondo per la non autosufficienza - Spese correnti" a valere sulla prenotazione n. 1 assunta a fronte della citata Dcr 113/2007;

3. Di dare atto che per la quota di € 401.638,14 a valere sul capitolo 24047 del bilancio 2010 verrà predisposta apposita variazione di bilancio con storno dell'anticipo di avanzo dello stesso importo dal capitolo 24047 al capitolo 23029.

ALLEGATO 1

Tabella di riparto delle risorse finanziarie integrative per la Fase Pilota della progettualità della Vita Indipendente				Zona-distretto	Beneficiario	Importo	Capitolo
Zona-distretto	Beneficiario	Importo	Capitolo				
	Senese			Comune di Siena		€ 62.592,13	23026
	Casentino			Società della salute del Casentino		€ 10.000,00	23026
	Valdarno			Az. Usl 8 di Arezzo		€ 42.462,00	23026
	Val di Chiana			Az. Usl 8 di Arezzo		€ 32.000,00	23026
	Aretina			Az. Usl 8 di Arezzo		€ 37.000,00	23026
	Colline Metallifere			Società della salute, Colline metallifere		€ 21.269,10	23026
	Colline dell'Albegna			Az. Usl 9 di Grosseto		€ 7.757,62	23026
	Amiata Grossetana			Società della salute, Amiata Grossetana		€ 33.337,04	23026
	Grossetana			Società della salute, Grosseto CoeSo		€ 38.600,30	23026
	Fiorentina			Società della salute di Firenze		€ 383.733,34	23026
	Fiorentina Nord-Ovest			Società della salute, Fiorentina Nord-Ovest		€ 112.652,00	23026
	Fiorentina Sud-Est			Società della salute, Fiorentina Sud-Est		€ 300.006,94	23026
	Mugello			Società della salute, Mugello		€ 89.016,34	23026
	Empolese (+ Comune di Fucecchio)			Az. Usl 11 di Empoli		€ 36.000,00	23026
	Valdarno Inferiore (- Comune di Fucecchio)			Az. Usl 11 di Empoli		€ 18.000,00	23026
	Versilia			Società della salute della Versilia		€ 93.399,57	23026
	Totale generale					€ 2.516.578,29	

DOCUMENTI Finanziati i progetti di sorveglianza su medicinali e dispositivi medici



Fondi alla farmacovigilanza

I 900mila euro andranno ripartiti tra aziende sanitarie a Aree vaste

Pubblichiamo la delibera n. 74 del 14 febbraio scorso sul "Sistema di farmacovigilanza sui farmaci e dispositivi medici: fondi biennio 2008-09 - prima tranche acconto 30%".

LA GIUNTA REGIONALE

Delibera

1. Sulla base di quanto in premessa specificato, di approvare il documento tecnico sul "Sistema di Farmacovigilanza sui farmaci e dispositivi medici della Regione Toscana: Fondi biennio 2008-2009 - prima tranche acconto 30% - parte integrante e sostanziale del presente atto (Allegato A);

2. Di dare atto che la somma di 907.472,29 euro, rappresentante l'onere complessivo derivante dall'applicazione del documento tecnico di cui al precedente punto 1 relativamente al biennio 2008-2009, sarà ripartita tra le Aziende sanitarie e i Centri di Area vasta così come dettagliatamente specificato nello stesso documento;

3. Di prenotare pertanto l'importo di euro 907.472,29 sul capitolo 26043 del bilancio gestionale 2011 a favore dei Centri di Area vasta, Aziende sanitarie e ospedaliere come dettagliatamente specificato nel piano finanziario contenuto nell'allegato A del presente atto.

ALLEGATO A

SISTEMA DI FARMACOVIGILANZA SUI FARMACI E SUI DISPOSITIVI MEDICI DELLA REGIONE TOSCANA FONDI BIENNIO 2008-2009 - PRIMA TRANCHE ACCONTO 30%

Paragrafo 1 Introduzione

(...omissis...)

Struttura del sistema

La struttura del sistema è organizzata su tre livelli.

Il primo livello è rappresentato dalle Aziende sanitarie (vedi paragrafo 2).

Il secondo livello è rappresentato da tre Centri di Area vasta (vedi paragrafo 3).

Il terzo livello è rappresentato dal Centro regionale di farmacovigilanza, che ha lo scopo di coordinare le attività e di stabilire un indirizzo comune da seguire su tutto il territorio regionale per le attività di Farmacovigilanza (vedi paragrafo 4).

Funzioni del sistema

Il sistema di Farmacovigilanza toscano è programmato per svolgere le seguenti funzioni:

- provvedere agli adempimenti di cui al Dlgs n. 44/97, al Dlgs n. 46/97 e al Decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 95 e successive modificazioni e integrazioni;
- raccogliere e analizzare scientificamente informazioni utili per la sorveglianza dei medicinali (compresi i vaccini);

- raccogliere e analizzare informazioni utili per la sorveglianza e la prevenzione di incidenti che coinvolgono i dispositivi medici;

- promuovere e coordinare studi e ricerche attraverso l'interpretazione dei dati ottenuti e su farmaci di recente immissione e dispositivi medici ad alto contenuto tecnologico e/o ad alto rischio per il paziente;
- adottare le necessarie iniziative atte a promuovere le segnalazioni spontanee da parte degli operatori sanitari;

- mantenere i necessari rapporti con analoghi Centri regionali di farmacovigilanza e con il ministero della Salute;
- fornire alla Direzione generale per la Valutazione dei medicinali del ministero della Salute elementi di conoscenza e valutazione a integrazione dei dati che pervengono alla struttura centrale di competenza;

- provvedere alla diffusione delle informazioni al personale sanitario e alla formazione degli operatori nel campo della farmacovigilanza;
- vigilare, nell'ambito delle proprie competenze, che le imprese farmaceutiche situate nella regione osservino gli adempimenti previsti dalla normativa vigente nel campo della farmacovigilanza;

- provvedere alla raccolta delle reazioni avverse che si verificano durante la sperimentazione clinica dei farmaci;
- provvedere alla raccolta, all'analisi e alla diffusione delle informazioni ottenute dalle segnalazioni di reazione avversa connesse all'uso dei dispositivi medici, integratori alimentari, fitoterapici, prodotti omeopatici, prodotti e trattamenti non convenzionali, farmaci veterinari;

- evidenziare e adottare le opportune iniziative per approfondire la conoscenza delle interazioni farmaco/farmaci, farmaci/alimenti, farmaci/test diagnostici, e interazioni di altro tipo;

- realizzare studi conoscitivi sui vari fenomeni che investono il profilo di sicurezza dei farmaci.

La segnalazione delle ADR in fase post-marketing dovrebbe essere attivamente incoraggiata e dovrebbe coinvolgere tutte le persone interessate (es. medici, farmacisti, infermieri, ostetriche, operatori sanitari e pazienti).

La farmacovigilanza dovrebbe far parte del percorso formativo del personale sanitario.

Le istituzioni alle quali vengono inviate le segnalazioni di ADR dovrebbero trasmettere una informazione di ritorno relativamente ai dati registrati e ad altre segnalazioni di sospette ADR. (fonte *Isdb Eu: Dichiarazione di Berlino sulla Farmacovigilanza* <http://www.isdbweb.space.it/pag/publications.htm>).

La segnalazione delle ADR dovrebbe essere attivamente incoraggiata e dovrebbe coinvolgere tutte le persone interessate (es. medici, farmacisti, infermieri, ostetriche, operatori sanitari e pazienti).

La farmacovigilanza dovrebbe far parte del percorso formativo del personale sanitario.

Le istituzioni alle quali vengono inviate le segnalazioni di ADR dovrebbero trasmettere una informazione di ritorno relativamente ai dati registrati e ad altre segnalazioni di sospette ADR. (fonte *Isdb Eu: Dichiarazione di Berlino sulla Farmacovigilanza* <http://www.isdbweb.space.it/pag/publications.htm>).

Paragrafo 2
Servizi di Farmacovigilanza delle Aziende Sanitarie ospedaliere e territoriali (primo livello)
Strutture e funzioni

- Presso ciascuna Azienda sanitaria opera il responsabile della farmacovigilanza di cui al Dl 44/97 e il responsabile della vigilanza sui dispositivi medici secondo circolare ministeriale del luglio 2004, che dovranno provvedere agli obblighi di legge, alle direttive regionali in materia, nonché agli adempimenti concordati in seno al sistema regionale di farmacovigilanza;

- Ciascuna Azienda sanitaria dovrà prevedere personale dedicato alla realizzazione di un servizio di farmacovigilanza;

- Ciascuna Azienda sanitaria dovrà prevedere un apporto multidisciplinare in seno al servizio di farmacovigilanza, nelle forme e nei modi ritenuti più opportuni;

- Il servizio di farmacovigilanza dell'Azienda sanitaria collabora con le altre componenti del sistema regionale di farmacovigilanza, per quanto di propria competenza, per le funzioni di cui al paragrafo 1;

- Gli operatori delle Aziende sanitarie avranno accesso a banche dati medicoscientifiche e alla banca dati regionale.

- Ciascuna Azienda sanitaria potrà mantenere, se già esistente, oppure attivare un proprio numero telefonico per le richieste di consulenza sul corretto uso dei farmaci e dei dispositivi medici. Per la realizzazione di questo servizio esse potranno avvalersi della collaborazione dei Centri di Area vasta.

Paragrafo 3
Centri di Area vasta per la farmacovigilanza (secondo livello)

- I Direttori generali delle Aziende ospedaliere di Firenze, Pisa e Siena costituiscono n. 3 Centri di Area vasta per la farmacovigilanza;

- I Centri di Area vasta non hanno personale proprio. Alla costituzione di tali centri partecipano strutture operative già esistenti, di norma: le Uo di Farmacologia e Farmaceutica ospedaliera delle tre Aziende ospedaliere, le Uo Farmaceutica territoriale delle Aziende Usl n. 10, 5, 7;

- I Centri di Area vasta, nei modi e nelle forme ritenute più opportune, garantiscono una partecipazione multidisciplinare al sistema di farmacovigilanza.

Di norma sono presenti almeno le seguenti professionalità: farmacologo, farmacista ospedaliero e territoriale, clinico, medico di medicina generale, integrate da specifiche professionalità su temi specifici;

- Per ogni Centro di Area vasta è indicato un coordinatore. Il coordinatore garantirà l'unicità dell'informazione e la collaborazione tra le varie strutture che compongono il sistema. Per la figura del coordinatore non è prevedibile alcun compenso specifico gravante sui fondi per la farmacovigilanza.

- I Centri di Area vasta sono dotati del personale, delle attrezzature e materiali necessari per lo svolgimento delle loro funzioni, compreso l'accesso alle principali fonti di informazione sulla farmacovigilanza: banche dati, siti Internet specializzati, riviste ecc.;

- I Centri di Area vasta collaborano con il servizio di Farmacovigilanza regionale, si coordinano tra di loro, indirizzano e promuovono i servizi di Farmacovigilanza delle Aziende sanitarie, per quanto di propria competenza, per le funzioni di cui al paragrafo 1;

- I Centri di Area vasta realizzano un Servizio di consulenza sui problemi inerenti la Farmacovigilanza e il corretto uso dei farmaci e altri prodotti a disposizione di medici, farmacisti e cittadini tramite telefono (numero verde), fax, posta elettronica;

- I Centri di Area vasta provvedono in particolare: a) al monitoraggio continuo, tramite la rete Internet, delle comunicazioni diffuse e dei provvedimenti adottati dalle maggiori agenzie internazionali di farmacovigilanza; b) al monitoraggio delle principali riviste scientifiche che si occupano delle reazioni avverse ai

farmaci e di farmacovigilanza; c) alla valutazione ed elaborazione dei dati raccolti (con la partecipazione di esperti nelle varie discipline medico-scientifiche) in forma di articolo, nota informativa ecc. da sottoporre all'Ufficio regionale di farmacovigilanza (III livello) allo scopo di pubblicare note informative di farmacovigilanza sul sito regionale o su bollettini informativi. Realizzazione di "informazione di ritorno" ai segnalatori, sulla base dei dati raccolti nelle banche dati regionale nazionale e internazionali; d) a elaborare proposte su corsi di formazione continua rivolti a medici, farmacisti e operatori sanitari, nonché iniziative di informazione ed educazione sanitaria rivolte a operatori e cittadini al fine di "stimolare" la segnalazione e per la crescita complessiva del sistema.

Paragrafo 4
Livello 3: Centro regionale per la farmacovigilanza.

Struttura e funzioni

Il Centro regionale per la farmacovigilanza è composto:

- Un Ufficio regionale per la farmacovigilanza, presso una articolazione organizzativa della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, con le seguenti funzioni: 1. adempimenti connessi al Dlgs n. 44/97, al Dlgs n. 46/97 e successive modificazioni e integrazioni e attuazione di direttive regionali; 2. adempimenti connessi al Portale della Regione Toscana, per la parte relativa alla farmacovigilanza; 3. gestione dei contatti con le istituzioni. L'Ufficio regionale gestisce i contatti con le altre istituzioni (Regioni, ministero della Salute ecc.) e istituzioni internazionali in materia di farmacovigilanza (iniziative, proposte e richieste di collaborazione ecc.). L'Ufficio Regionale si occupa di coordinare queste attività tra la Commissione terapeutica regionale e i Centri di Area vasta; 4. gestione dei rapporti con i Responsabili della farmacovigilanza delle Aziende sanitarie; 5. garantire l'uniformità dell'informazione e il coordinamento tra le varie parti che costituiscono il Sistema regionale per la farmacovigilanza; 6. supporto per il corretto funzionamento della Commissione terapeutica regionale. L'Ufficio regionale è fornito di personale e mezzi adeguati. Ha accesso a tutta l'informazione presente nel sistema regionale di farmacovigilanza. Elabora analisi e studi propri, anche su indicazione della Commissione terapeutica regionale.

- La Commissione Terapeutica Regionale, istituita con Lr n.40 del 24 febbraio 2005.

La Commissione svolge le seguenti funzioni: 1. coordinamento delle attività dei Centri regionali di Area vasta e delle altre Aziende sanitarie, per quanto di propria competenza; 2. valutazione e approvazione delle informazioni da inserire nel sito regionale indirizzate al personale sanitario; 3. valutazione e approvazione di contenuti informativo-educativi sul corretto uso di sostanze farmacologicamente attive (farmaci tradizionali, fitoterapici e supplementi dietetici ecc.) e di dispositivi medici da pubblicare su un'apposita sezione del Portale regionale rivolta al cittadino. Lo scopo di una sezione dedicata a un pubblico di non-professionisti della Sanità è quello di prevenire effetti/eventi avversi da farmaci, specialmente nei casi di poli-terapia e di poli-patologia; 4. valutazione e approvazione di informazioni e comunicazioni prodotte in seno al sistema regionale di Farmacovigilanza, da trasmettere tramite altri mezzi: newsletters, bollettini di informazione, quaderni, collane ecc.; 5. indicazioni e proposte per la costituzione del database regionale, controllo di qualità dei dati e gestione dei dati raccolti con garanzia della privacy e controllo del corretto uso delle informazioni; 6. progettazione e approvazione di studi di farmacovigilanza in base a proposte del-

le varie parti del sistema o della Regione stessa; 7. proposta di affidamento degli studi a gruppi di lavoro specifici; 8. proposte per l'attivazione di corsi di formazione per Medici, Farmacisti e altri operatori sanitari; 9. proposte di iniziative di informazione/educazione rivolte agli operatori e ai cittadini su temi inerenti la Farmacovigilanza, il corretto uso del farmaco, del dispositivo medico e di altri prodotti; 10. collaborazione per un sistema efficace di Pubbliche relazioni con le istituzioni che si occupano di farmacovigilanza: ministero della Salute, altre Regioni italiane, altre nazioni, Umc-Who; 11. ogni altro adempimento connesso con le funzioni di cui al paragrafo 1.

Piano finanziario

Il Sistema regionale di farmacovigilanza viene finanziato nell'anno 2008-2009 in base all'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulla proposta del ministero della Salute, concernente la definizione e gli indirizzi per la realizzazione di un programma di farmacovigilanza attiva, attraverso la stipula di convenzioni tra l'Aifa e le singole Regioni per l'utilizzazione delle risorse di cui all'articolo 36, comma 14 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, per gli anni 2008-2009, sancito in data 28 ottobre 2010.

In accordo con le modalità di erogazione stabilite nell'accordo (all'articolo 4), l'Aifa ha già provveduto a erogare alla Regione Toscana per l'anno 2008 un finanziamento di euro 437.791,04 e per l'anno 2009 un finanziamento di euro 469.681,25, per un totale di euro 907.472,29, al fine di garantire la continuità delle attività di farmacovigilanza sul territorio.

Detto finanziamento viene così suddiviso tra le Aziende sanitarie toscane e i Centri di Area vasta (vedi tabelle).

Le tre Unità componenti ciascuna Area vasta ricevono un finanziamento adeguato alle necessità che sarà utilizzato per: 1. istituzione di borse di studio e contratti di lavoro per il personale impiegato nell'attività di Farmacovigilanza; 2. acquisto di materiali e strumenti adeguati all'attività di raccolta e gestione delle schede di reazione avversa ai farmaci; 3. attività di promozione della segnalazione di reazioni avverse ai farmaci su tutto il territorio toscano; 4. altre necessità che potranno presentarsi di volta in volta.

Erogazione

I finanziamenti erogati devono essere utilizzati per la farmacovigilanza e l'utilizzazione deve essere attivata preventivamente con la validazione del responsabile di farmacovigilanza delle Aziende Sanitarie e/o del coordinatore di Area vasta.

La Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale armonizza e temporeizza le varie fasi.

L'erogazione delle quote destinate all'intero sistema regionale, è concordata con la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Banche dati on line e accessi alla rete telematica e formazione in farmacovigilanza. L'accesso a banche dati on line avviene attraverso la rete regionale.

Il Centro di Area vasta di Firenze, tramite apposito finanziamento, provvede agli adempimenti necessari per l'accesso di tutti gli attori del sistema alla rete telematica regionale (sito web, software, licenze d'uso ecc.), in accordo con le iniziative di livello regionale e/o di Area vasta sui centri di documentazione (acquisto materiale bibliografico, accesso a banche dati, modalità di consultazione).

Il Centro di Area vasta di Firenze, tramite apposito finanziamento, provvede anche alla organizzazione e alla gestione amministrativa del Master Toscano di farmacovigilanza.

Centri di Area vasta per la farmacovigilanza (II livello)

Area vasta	Anno 2008	Anno 2009
Area vasta Centro Firenze		
Az. Osp. Carreggi per la rete Fv II° livello	€ 39.263,68	€ 49.893,75
Area vasta Nord-Ovest Pisa		
Az. Osp. Pisa per la rete Fv II° livello	€ 39.263,68	€ 49.893,75
Area vasta Sud-Est Siena		
Az. Osp. Siena per la rete Fv II° livello	€ 39.263,68	€ 49.893,75

Servizi di farmacovigilanza delle aziende (I livello)

40.000 € per gli anni 2008-2009 a tutte le seguenti aziende:

Az. Usl n. 1 Massa; Az. Usl n. 2 Lucca; Az. Usl n. 3 Pistoia; Az. Usl n. 4 Prato; Az. Usl n. 5 Pisa; Az. Usl n. 6 Livorno; Az. Usl n. 7 Siena; Az. Usl n. 8 Arezzo; Az. Usl n. 9 Grosseto; Az. Usl n. 10 Firenze; Az. Usl n. 11 Empoli; Az. Usl n. 12 Viareggio; Az. Osp. Meyer; Az. Osp. Senese; Az. Osp. Pisana; Az. Osp. Careggi

LIVORNO

Inaugurato a Piombino il nuovo ospedale di comunità dotato di hospice

Debutta il country hospital



Tre dei 15 posti letto destinati ai malati terminali - Il Mmg farà da filtro

Taglio del nastro per il nuovo ospedale di comunità con hospice della zona Val di Cornia. «Con l'inaugurazione di questa nuova struttura abbiamo aggiunto un nuovo tassello alla rete di offerta sanitaria territoriale - spiega Monica Calamai, Dg dell'Asl 6 - rivolta ai cittadini della Val di Cornia e a tutta l'azienda. L'ospedale di comunità rappresenta una nuova opportunità assistenziale volta a dare risposte sempre più appropriate ai bisogni dei cittadini e che si colloca a metà strada tra quanto viene tradizionalmente erogato a livello ospedaliero e quanto gestito attraverso le cure domiciliari. Un percorso volto a rendere

omogenea l'offerta su tutto il territorio aziendale, che è stato avviato nel dicembre scorso con l'apertura di una struttura simile a Livorno, e che porterà, nei prossimi mesi, a una nuova apertura anche a Portoferraio e all'ampliamento dei posti letto nella struttura già esistente a Cecina».

Il nuovo centro offrirà, per adesso, 15 posti letto, tra i quali 3 saranno riservati alla funzione di hospice per malati terminali, ma ben presto i letti cresceranno fino ad arrivare a 18 per venire incontro al fabbisogno espresso dal territorio e intercettato grazie al fondamentale ruolo dei medici di famiglia. L'ospedale di comunità, nel presidio

ospedaliero di Piombino, offre assistenza domiciliare nei casi in cui questa non sia possibile per mancanza di un supporto familiare o per il bisogno di un'assistenza continuativa. «Anche se collocata all'interno dell'ospedale, è un'offerta della Sanità territoriale - spiega Neda Caroti, responsabile della zona distretto Val di Cornia - resa possibile grazie alla presenza assicurata dal medico di famiglia di ciascun paziente. Risponde alle nuove esigenze di cure richieste da una popolazione che sta invecchiando e che ha sempre maggior bisogno di strutture a bassa intensità assistenziale».

La struttura è dotata di sette camere di degenza

delle quali cinque con tre letti, una a due letti e una singola. Possono essere ricoverati pazienti, senza limiti di età, autosufficienti o meno, anche temporaneamente come nel caso di persone con malattie croniche in fase di riacutizzazione che non presentino il bisogno di un ricovero ospedaliero, ma abbiano comunque la necessità di essere assistiti in un ambiente protetto. L'ingresso alla struttura è regolamentato dal medico di base, cui spetta la pratica per la richiesta di accesso.

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

LUCCA

La Casa della salute di Marlia adotta nella diagnostica il sistema Ris-Pacs

È stato attivato il nuovo sistema digitalizzato della radiologia di Marlia, che migliora la qualità delle prestazioni, nell'ambito del processo di introduzione del Ris-Pacs (Radiology information system e Picture archiving and communication system) che è stato avviato all'interno delle strutture aziendali, dove già da alcuni mesi è possibile la valutazione delle immagini diagnostiche acquisite in altra sede.

Con l'intervento effettuato in queste ultime settimane nella sede della Casa della salute di Marlia è stata realizzata una sala radiologica diretta, per la digitalizzazione

da. Adesso quindi "viaggiano" le immagini e non più i pazienti, che possono beneficiare in tempo reale della massima qualità del servizio.

La massiccia introduzione di nuove tecnologie consente di migliorare il processo diagnostico e il grado di appropriatezza delle prestazioni, di introdurre il teleconsulto, la telemedicina e la tediagnosi, di ottimizzare le risorse umane e tecnologiche e i costi di gestione.

L'archiviazione digitale centralizzata delle immagini, collegata con le altre strutture ospedaliere e territoriali consente a ogni operatore, in qualunque punto dell'azienda,

di interfacciarsi a distanza e comunicare in tempo reale.

Si tratta in pratica di un'unica unità virtuale di radiologia attraverso la quale sarà sempre possibile disporre e consultare in ogni momento, attraverso il web, tutta la documentazione diagnostica attuale e precedente di un paziente. È inoltre possibile raggiungere, senza alcuna limitazione, specialisti esterni alle strutture dell'Asl 2.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Usl 2 di Lucca

Referti consultabili a distanza da tutti i medici

PISA

Riabilitazione post-terapia intensiva, a Volterra il punto su etica e cure

Il 18 febbraio a Volterra si è svolto un importante convegno di medici, fisioterapisti e infermieri che operano nell'area critica, nella riabilitazione respiratoria e nell'assistenza domiciliare. L'incontro, dal titolo «Problematiche clinico-gestionali del paziente post-critico», ha avuto per tema le problematiche cliniche e assistenziali dei pazienti sottoposti a prolungate cure in reparti di terapia intensiva.

La giornata è stata promossa dall'Unità di svezzamento e riabilitazione respiratoria del centro clinico multispecialistico Auxilium Vitae Volterra, Nicolino Ambrosino, che da alcuni anni costituisce un punto di riferimento regionale per la riabilitazione di pazienti dipendenti dalla ventilazione meccanica. Sono state affrontate le tematiche dello svezzamento dalla ventilazione meccanica prolungata, la riabilitazione precoce e l'assistenza a lungo termine.

La presenza di esperti provenienti da realtà italiane ed europee d'eccellenza ha permesso inoltre di confrontare diversi modelli organizzativi e di analizzare gli aspetti etici e organizzativi sempre più attuali e rilevanti. Lo sviluppo delle tecniche di

supporto vitale avanzato spingono sempre più in avanti le possibilità di successo terapeutico della fase acuta, tuttavia i miglioramenti nella sopravvivenza complessiva, ottenuti con interventi terapeutici sempre più invasivi e tecnologici, si accompagnano spesso a prolungate degenze in terapia intensiva, e allo sviluppo di patologie secondarie che possono prolungare la dipendenza del paziente dalle misure di supporto vitale, con limitato recupero dell'autonomia. L'obiettivo è quindi un intervento terapeutico complesso a fortissima caratterizzazione riabilitativa. In questa fase si deve valutare attentamente l'impatto

dei trattamenti sull'individuo e la sostenibilità dell'assistenza da parte delle famiglie, con l'ausilio delle risorse attivabili dai servizi territoriali. L'evoluzione della tecnologia (e-health, telemedicina) potrebbe favorire lo sviluppo di modelli di assistenza a lungo termine sempre più umanizzati per il paziente e il caregiver, e consentire il precoce ritorno del paziente nel proprio ambiente di vita.

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 di Pisa

Esperti a confronto su best practice e management

AREZZO

Da Sert e volontariato mano tesa a chi soffre di dipendenza da gioco

Di gioco ci si ammala, fino a diventarne dipendenti. Un concetto che finalmente è stato acquisito da tutti, ma il fenomeno continua a provocare danni seri alle persone e alle loro famiglie. È per questo che il Sert di Arezzo del dipartimento delle Dipendenze della Ausl 8 in collaborazione con l'associazione di volontariato Mirimmettoingiochi ha organizzato due nuovi incontri di sensibilizzazione aperti alla popolazione sul gioco d'azzardo e le altre dipendenze comportamentali (shopping compulsivo, dipendenza da internet ecc.).

Nella sola zona aretina sono oltre duecento le persone con problematiche di gioco d'azzardo e altre dipendenze comportamentali, che si sono rivolte al Sert dal 2004 (anno di apertura dell'ambulatorio) a oggi. Centoventisette le famiglie prese in carico, con un percorso integrato psico-socio-sanitario che si articola in trattamenti individuali e/o familiari e/o di gruppo. Il 91% delle persone che si rivolgono al Sert chiede aiuto per gioco d'azzardo patologico, il 6% per shopping compulsivo e il 3% per dipendenza da internet. Tra i giocatori, il 75% è giocatore di slot machine; il

13% di gratta-e-vinci, il 10% di scommesse sportive e il 2% di lotto. L'età media di accesso al servizio è di 46 anni.

Solitamente, intervengono i medici di famiglia o i servizi comunali per attivare il contatto con il Sert, ma negli ultimi anni sono sempre più i giocatori e familiari che si rivolgono direttamente al servizio per propria scelta. Molti di loro sono venuti a conoscenza dell'ambulatorio grazie agli incontri di sensibilizzazione promossi dal Sert o grazie alle locandine informative che i gestori di gioco leciti hanno messo nei loro esercizi, accettando la "scommessa" di trasformare i luoghi di gioco in luoghi di prevenzione.

Un risultato, quindi, che premia le azioni di sensibilizzazione e di informazione messe in atto dalla rete territoriale per il gioco d'azzardo, che vede riuniti dipartimento delle Dipendenze della Asl, enti locali, prefettura, Guardia di finanza, Caritas, Misericordia, associazioni di categoria e associazione Mirimmettoingiochi.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 di Arezzo

Sotto la lente tutte le "manie" compulsive

IN BREVE

SIENA

Qual è il ruolo del servizio trasfusionale? Come viene assegnato il sangue donato? A questi interrogativi è stata data risposta al meeting, organizzato dal direttore dell'Immunoematologia e medicina trasfusionale del policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, che si è tenuto il 16 febbraio. «È la prima volta in Toscana - spiega **Vittorio Fossumbroni** - che viene realizzato un report sull'attività del sistema trasfusionale. La funzione clinica più importante, in questo settore, è l'assegnazione al paziente degli emocomponenti necessari per la sua terapia». Il laboratorio di Immunoematologia riveste particolare importanza per l'assegnazione del sangue, perché permette di definire la compatibilità tra il paziente e l'emocomponente generato dal donatore.

PISA

Al via i seminari di approfondimento di «Donne e Salute», organizzati dalla SdS dell'Alta Val di Cecina in collaborazione con la cooperativa sociale Agape. Gli incontri, che si svolgeranno a Volterra presso la «Casa Torre Toscano», affrontano le tematiche: quali esami per la salute, alimentazione e salute delle donne, la menopausa; per Pomarance: cuore di donna - tumore al seno. I seminari sono finalizzati a orientare alla rete delle opportunità e dei servizi territoriali e sui temi della salute delle donne. Le prime destinatarie sono le donne immigrate. Alle partecipanti saranno consegnate preziose dispense, tradotte in varie lingue, relative agli argomenti trattati.

EMPOLI

Gli studenti degli istituti superiori «Virgilio» e «Il Pontorno» di Empoli e «F. Enriques» di Castelfiorentino hanno realizzato 134 elaborati per il concorso «OspedArte», indetto dal circondario empoiese Valdelsa e dall'Asl 11 di Empoli. Pittura, scultura, architettura, grafica e fotografia sono le discipline in cui gli studenti hanno dato prova del loro talento. I lavori saranno esaminati dalla commissione giudicatrice che dovrà scegliere tra i bozzetti pervenuti quelli che diverranno opere da esporre all'interno dell'ospedale «Santa Verdiana» di Castelfiorentino. Il progetto è finalizzato a rendere più piacevole l'ambiente ospedaliero e la permanenza dei degenti, affidandosi anche all'esposizione delle opere realizzate dai ragazzi.

CALENDARIO



3
marzo
2011

PISA
«Lo screening per il tumore al polmone: stato dell'arte» è il meeting che si svolgerà presso l'Aou pisana nell'aula dipartimentale del dipartimento Cardiotoracico e vascolare. Per info: progetto.polmone@ao-pisa.toscana.it, 050502031, preca.2003@virgilio.it2t.



8
marzo
2011

FIRENZE
Presso il pediatrico Meyer convegno dal titolo «I primi 40 anni della banca del latte dell'ospedale Meyer e i primi passi della rete regionale toscana delle banche del latte». Si parlerà dell'esperienza dell'allattamento al seno e della donazione di latte. Per info: 0555662555, lguidotti@meyer.itor.



10
marzo
2011

ROMA
Il ministero della Salute, l'Asl di Siena, le Regioni Toscana, F.V. Giulia, Veneto, Lazio e Campania con l'Ars Toscana e il Ccm organizzano a Roma un workshop sul progetto relativo a un sistema di accesso unico alla rete dei servizi socio-sanitari integrati (Pua) dei disabili (v.bastregghi@usl7.toscana.itom).

Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

GIOR
NALI
E
RIVISTE

INTER
NET
PER
TUTTI

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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