

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. 5
anno XV del 7-13 febbraio 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

Avanti tutta
su «Hta»
e concorrenza
di Antonio Panti *

Nel 2012 le risorse disponibili per il Servizio sanitario toscano saranno inferiori a quelle del 2011. Siccome nessuno pensa per ora di gravare sui cittadini, già impoveriti dalla crisi economica, con ulteriori ticket o diminuendo le prestazioni, non resta che aumentare il grado di appropriatezza delle prescrizioni, pur di fronte a una popolazione sempre più anziana e affetta da comorbilità e quindi bisognosa di cure. Inoltre la Sanità costerà ogni anno di più perché gli oneri dell'innovazione tecnologica sono incrementali e tutto ciò che viene immesso nel mercato delle cure costa di più di quel che si usava prima.

Se non hanno torto gli industriali nel sostenere che i tagli alla spesa incidono per lo più sui farmaci, è anche vero che i profitti del settore sono rilevanti o almeno riconducibili a più ragionevoli confini e basti pensare alla spesa per marketing. Però, in una Regione avanzata come la nostra, bisogna agire meglio sul controllo dei dispositivi e introdurre senza timidezze il cosiddetto "health technology assessment". Se possiamo ottenere ulteriori risultati nella razionalizzazione dell'uso dei farmaci, è il settore dei dispositivi medici quello che più risente della scarsa regolamentazione della valutazione e degli acquisti.

In questo quadro così complesso due aspetti sono significativi. Cardine

CONTINUA A PAG. 2

APPROPRIATEZZA Nel 2012 la Regione prevede un risparmio di almeno 110 milioni

Spesa farmaci, trend in calo

Minori uscite con i paletti su medicinali, brevetti scaduti e dispositivi

Nella Regione Toscana la spesa per farmaci e dispositivi medici, nel 2011, è valutabile in circa 1,5 miliardi, oltre il 20% del Fondo sanitario regionale.

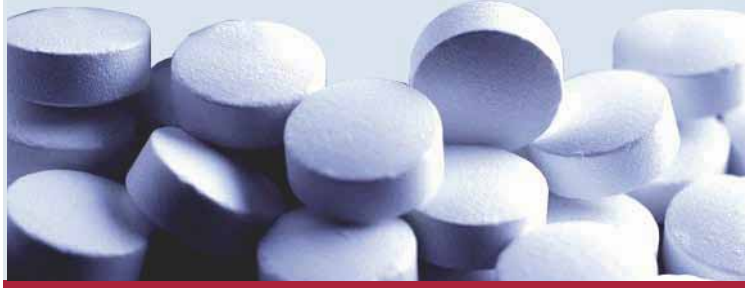
Due anni fa è stata imboccata, con decisione, la via del risparmio. Nel 2010 la legge finanziaria regionale (65/2010), all'articolo 14, impegnava la Giunta ad adottare una serie di provvedimenti con diverse finalità: tenere costantemente informati i medici su caratteristiche e costi dei trattamenti che comportano l'impiego di farmaci e dispositivi medici; individuare, dove possibile, i percorsi assistenziali che conducono a una sovrapposizione dei risultati terapeutici attesi; attivare studi per la valutazione della qualità delle cure sanitarie e per definire le modalità di impiego di medicinali e presidi; ridefinire le procedure relative alla sperimentazione clinica per una riqualificazione della ricerca scientifica; definire, in accordo con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, un percorso che individui ulteriori modalità per l'erogazione sul territorio di farmaci e dispositivi medici acquistati direttamente dal Servizio sanitario regionale.

Nella finanziaria regionale del 2011 (articolo 119) è stato nuovamente affrontato il problema dei farmaci e dei dispositivi medici, prevedendo, al fine di garantire il generale principio di contenimento della spesa e di appropriatezza prescrittiva, una nuova serie di adempimenti:

- specifici budget economici per la farmaceutica ospedaliera e territoriale, nonché per i dispositivi medici;
- specifici requisiti per l'acquisto di dispositivi medici;
- interventi tesi a garantire ricerca, innovazione e sperimentazione dei nuovi prodotti.

Ci aspettiamo che le ricadute di questi interventi associati ad altri fattori – quali la perdita di brevetto di alcuni farmaci del sistema cardiovascolare come statine e sartani, della levofloxacina, l'uso appropriato di inibitori di pompa protonica e degli inibitori

Il risparmio atteso (€) per struttura			
Azienda	Valore	Azienda	Valore
Massa Carrara	6.056.725	Firenze	22.139.326
Lucca	6.052.267	Empoli	4.270.885
Pistoia	8.337.125	Viareggio	4.165.350
Prato	6.814.268	Aou Pisa	4.562.519
Pisa	7.284.164	Aou Siena	3.794.097
Livorno	9.112.944	Aou Careggi	4.936.603
Siena	5.117.232	Aou Meyer	549.871
Arezzo	10.200.349	Fond. Monasterio	808.491
Grosseto	6.547.396	TOTALE	110.749.611



della serotonina nonché la riduzione dei prezzi dei medicinali stabilita per adeguare il prezzo degli "off patent" alla media dei Paesi europei – comportino nel 2012 un risparmio di almeno 110 milioni. Pari a una riduzione del 7% della spesa 2011.

Occorre puntualizzare che quelli previsti per il 2012 sono i risparmi minimi ottenibili derivanti prevalentemente dalla scadenza dei brevetti con conseguente riduzione dei prezzi. Il risparmio complessivo sui farmaci che hanno perso il brevetto salirebbe da 19 a 30 milioni se fosse possibile mettere in atto, da subito, la trasformazione di tutte le prescrizioni di olmesartan e telmisartan in valsartan e losartan. Infatti, per quanto riguarda i farmaci che hanno perso il brevetto a fine 2011, come valsartan e levofloxacina o che perderanno il brevetto durante i primi mesi del 2012, come l'atorvastatina candesartan e ibersartan, il risparmio è stato stimato sulla base del nuovo prezzo (mediamente più basso del 70% rispetto a prima della scadenza brevettuale): ai consumi registrati nel 2011 nelle aziende sanitarie della Toscana è stato applicato il costo medio più basso registrato tra le aziende. A questo proposito va evidenziato il caso dei sartani, per i quali la Commissione terapeutica regionale con una relazione del novembre 2010 ha rilevato che «sulla base di queste premesse, quando il valsartan si affiancherà al losartan, sarà difficile poter giustificare una prescrizione diversa da queste due molecole nell'ambito dell'utilizzo degli AT-1 antagonisti nella terapia dell'ipertensione arteriosa».

Analogo discorso su un maggior risparmio ottenibile con scelte di politica sanitaria differenti vale per le statine: lo shift di metà dei consumi di rosuvastatina verso molecole off patent, porterebbe economie aggiuntive di oltre 6 milioni di euro.

Loredano Giorni
Responsabile del settore
Politiche del farmaco, innovazione
e appropriatezza Regione Toscana

WELFARE&FAMIGLIA

Un sostegno alle coppie che adottano

Accordo per snellire i tempi degli iter nazionali e internazionali

La Regione ha siglato un accordo con i Comuni capofila dei quattro Centri adozioni toscani (Firenze, Prato, Pisa e Siena) e gli enti autorizzati per l'adozione internazionale operanti sul territorio regionale per supportare le coppie che decidono di avviare l'iter di adozione, nazionale e internazionale. L'accordo individua modalità di intervento per assistere le coppie nelle varie fasi dell'iter adottivo, attraverso la creazione di una collaborazione attiva tra i soggetti coinvolti. I centri per l'adozione nascono da un accordo tra Regione Toscana, Comuni e le Asl di tutto il territorio regionale.

La convenzione attiva un fondo da 300mila euro per la copertura degli interessi sui prestiti contratti durante l'iter adottivo. L'accordo cerca in qualche modo di snellire i tempi anche se questi dipendono da altri fattori, come i rapporti bilaterali tra i Paesi. Velocizzare il processo serve a renderlo meno traumatico. In base al monitoraggio annuale delle attività dei Centri adozioni toscani, realizzato dalla Regione attraverso il Centro regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza gestito dall'Istituto degli Innocenti, nel 2010 c'è stato un aumento sia dei corsi di preparazione, da 43 a 58, che delle adesioni (+33,5%). Analoga tendenza per gli incontri con gli enti autorizzati, passati dai 21 del 2009 ai 34 del 2010 e delle coppie partecipanti (+54%).

CONTROCANTO

Servono percorsi condivisi e valutabili
di Simona Dei *

In un contesto di finanza pubblica come quello attuale, la tenuta del sistema sanitario si realizza con un'azione coordinata tra più soggetti, quali la Regione, gli Estav, le aziende sanitarie e ospedaliere e le componenti della medicina generale e specialistica: azione finalizzata a realizzare percorsi farmaceutici condi-

visi e appropriati attraverso una più intensa partecipazione di ciascuno ai processi decisionali. In una parola, appropriatezza: ma quanto gli attuali strumenti di valutazione sono in grado di valutare questa appropriatezza e monitorarla nel tempo nei comporta-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Infrastrutture, assegnate le risorse

La Giunta regionale ha assegnato le risorse finanziarie regionali per l'anno 2011 finalizzate all'esecuzione delle opere infrastrutturali per l'attuazione degli accordi di programma relativi alla realizzazione dei Nuovi presidi ospedalieri delle Apuane, Lucca, Pistoia e Prato e al trasferimento delle attività della Aou Pisana dal Santa Chiara a Cisanello. Verranno messi in campo 7 milioni di euro. Le opere infrastrutturali sono state individuate a seguito del lavoro svolto da specifici tavoli tecnici attivati dalla Regione a cui hanno partecipato rappresentanti di tutti gli enti attuatori. (Delibera n. 1159 del 19/12/2011)

▼ Definiti i nuovi Drg «inappropriati»

La Giunta ha individuato degli standard di riferimento per i Diagnosis related groups (Drg) ad alto rischio di inappropriatezza del Patto per la salute 2010-2012 e della Dgr 252/2006. Sono state aggiornate le determinazioni di cui alle precedenti deliberazioni Gr 859/2002 e 252/2006, integrando l'elenco dei Drg ad alto rischio di inappropriatezza con i nuovi Drg individuati dal Patto per la salute 2010-2012, aggiornandone e determinandone gli standard di riferimento per la verifica delle attività di ricovero. Nei documenti della delibera i Drg medici e i Drg chirurgici ad alto rischio di non appropriatezza in regime di ricovero. (Delibera n.1163 del 19/12/2011)

ALL'INTERNO

Rischio clinico,
Firenze docet

A PAG. 3

Ricerca, patto
Atenei-Aou

DOCUMENTO A PAG. 4-5

«SportHabile»
in 41 centri

A PAG. 6

INTESE

Stipulati gli accordi triennali con la Liguria e l'Emilia Romagna



Fissati i paletti per la mobilità

Scambio di dati trimestrale e monitoraggio tra le Regioni confinanti

La Regione Toscana ha siglato un accordo con le Regioni Emilia Romagna e Liguria per gestire al meglio la mobilità sanitaria. Il fenomeno che porta i pazienti a spostarsi dalla propria regione per usufruire dei servizi sanitari offerti negli altri territori confinanti sarà in qualche modo garantito.

Accordo con la Liguria. L'accordo firmato tra Toscana e Liguria, che resterà in vigore per tre anni e si intenderà rinnovato a meno di esplicita disdetta da parte di una delle due Regioni, prevede l'attivazione di un monitoraggio trimestrale dei flussi di mobilità reciproca, e la promozione di azioni di verifica e controllo diretto reciproco, in modo da favorire il governo dell'appropriatezza delle prescrizioni secondo la medicina basata sulle prove di efficacia. «In questo modo - si precisa nell'accordo - vengono superate le preoccupazioni di chi vede nel fenomeno della "fuga" o dell'"attrazione" un'indebita interferenza, sul proprio servizio sanitario regionale, delle legittime

scelte effettuate dalle Regioni adiacenti». Inoltre sarà messo a punto un sistema di condivisione e confronto dei dati e delle prestazioni fornite dal Meyer di Firenze e dal Gaslini di Genova, due strutture nel campo della specialistica pediatrica, per consentire uno scambio costante di informazioni e il miglioramento del servizio offerto. Tra le linee di sviluppo dell'accordo anche la valutazione delle opportunità connesse alla realizzazione di un sistema funzionalmente integrato di servizi, l'individuazione di modalità di informazione/cooperazione tra aziende sanitarie locali confinanti e il monitoraggio degli eventuali fenomeni derivanti da attività di attrazione non legati a reali bisogni di salute.

Accordo con l'Emilia Romagna. In base all'accordo con l'Emilia Romagna, anche questo con validità triennale a partire dal 2012, ciascuna Regione si impegna a garantire un accurato monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Come

nel precedente accordo con la Regione Liguria, in particolare saranno oggetto di monitoraggio la mobilità ospedaliera e la mobilità specialistica ambulatoriale. Trimestralmente Toscana ed Emilia Romagna si scambieranno i dati di attività relativi e i tecnici delle due Regioni si incontreranno con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione. Nell'accordo si legge che «ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logisticamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi». Le linee di sviluppo su cui le due Regioni collaboreranno riguarderanno: la programmazione di tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate; eventuali misure di penalizzazione degli effetti distortivi; definizione di livelli essenziali di assistenza comuni (concordanza dell'esclusione di peculiari prestazioni e

condivisione dei criteri di accesso).

Il Nuovo Patto per la salute 2010-2012 siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 3 dicembre 2009 indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare, per qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e al tempo stesso un maggior controllo della spesa; e invita le Regioni confinanti a stipulare accordi per disciplinare la mobilità sanitaria. Grazie a questi due accordi quindi la Regione Toscana intende prima di tutto garantire la libera scelta del cittadino, con particolare riferimento a quelli che abitano nelle zone di confine tra le due regioni e anche vigilare sui livelli di appropriatezza delle prestazioni fornite, uniformando la qualità dell'assistenza sia ospedaliera che specialistica, e annullando eventuali differenze tariffarie.

Roberto Tatulli

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO
DIREZIONE REGIONALE PER LA TOSCANA

LA SALUTE DEI LAVORATORI IN TOSCANA: INFORTUNI IN CALO

Le elaborazioni statistiche che seguono rappresentano la produzione ormai stabilizzata di dati da parte dell'Osservatorio congiunto Inail regionale e Regione Toscana, attraverso il CeRIMP che opera ormai da qualche tempo. **Infurtuni mortali 2000-2010-primo semestre 2011.** Il trend 2000-2011 primo semestre mostra una indiscutibile tendenza alla riduzione del fenomeno, passando dai 51 casi del primo semestre del 2000 ai 23 del primo semestre del 2011. Per molti motivi i confronti temporali, indispensabili per estrarre dai dati grezzi l'informazione sull'andamento del fenomeno, sono problematici. Nel caso degli infurtuni mortali, l'evento infortunio è facilmente enumerabile nel suo accadimento (tempo e luogo), ma si trasforma in un processo, talvolta lungo e complesso, quando lo si voglia attribuire a causa lavorativa, denotandolo nei suoi caratteri essenziali (cause, posizione contributiva, riconoscimento e diritto a un indennizzo ecc...). Dall'entrata in vigore della legge che ha previsto un fondo di solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro sino a oggi sono pervenute 175 domande delle quali 36 riferite a infurtuni mortali avvenuti nel 2011. I

provvedimenti di diniego sono stati complessivamente nel triennio 37 mentre l'ammontare complessivo dei contributi concessi o ancora in fase di istruttoria ammonta a poco più di 3 milioni di euro.

Infurtuni denunciati all'Inail. Nella figura viene mostrato il trend del complesso degli infurtuni denunciati all'Inail dal primo trimestre del 2004 al quarto trimestre del 2011. È bene sottolineare che i dati dell'ultimo anno sono ancora provvisori. Come per gli infurtuni mortali anche quelli denunciati risultano in costante diminuzione. È da notare che in corrispondenza del secondo e terzo trimestre del 2009, apice di una crisi produttiva nell'industria manifatturiera, si assiste a una sorta di «decapitazione» del consueto picco ciclico. Il dato dovrebbe essere confrontato con il corrispondente andamento degli indici di produzione industriale. Complessivamente nelle tre gestioni in cui sono distribuiti gli infurtuni da parte dell'Inail (agricoltura, industria & servizi, per conto Stato) si passa dai 18.487 casi del primo trimestre 2004 ai 13.855 del quarto trimestre del 2011 con un decremento del 33 per cento.

Il fenomeno degli infurtuni sul lavoro in Toscana si è progressivamente ridimensionato nel corso dell'ultimo decennio senza che ciò possa essere in tutto o in parte attribuito a una preci-

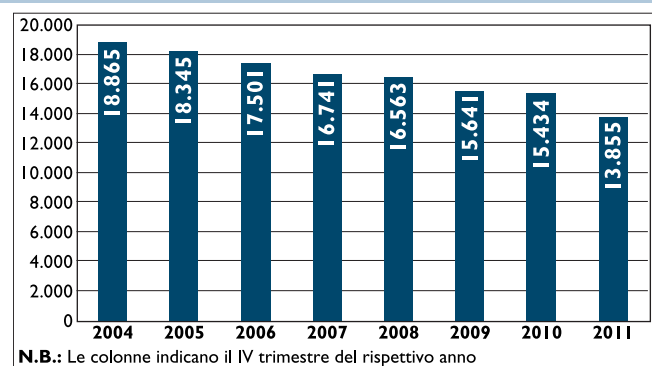
sa causa. Tra le possibili spiegazioni c'è sia la modifica del quadro produttivo regionale, con la diminuzione di addetti a settori a maggior rischio infortunistico, sia l'adozione di interventi di prevenzione da parte di aziende e operatori interessati anche su stimolo delle autorità sanitarie preposte alla vigilanza della sicurezza nei luoghi di lavoro.

È necessario sottolineare che solo il corretto incrocio di più fonti informative, ognuna con le sue caratteristiche di copertura del problema e di organizzazione dell'informazione, può garantire di avere a disposizione un quadro valido della situazione, soprattutto a fini di programmazione e verifica del lavoro della pubblica amministra-

zione e dei suoi settori preposti alla prevenzione di questi eventi. Per quanto riguarda gli infurtuni mortali le fonti informative usate, tra le numerose a disposizione, sono quelle dei flussi Inail-Regioni, costituite dai dati stabilizzati dell'Istituto assicurativo, inviati ogni anno alle Asl, integrati per il periodo più recente da quelli del nuovo flusso instaurato tra sede regionale dell'Inail e CeRIMP, al fine di avere a disposizione i dati più aggiornati.

A cura di
Alberto Baldasseroni
CeRIMP, Regione Toscana
e **Paolo Guidelli**
Inail, direzione regionale
della Toscana

Il trend degli incidenti



CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

menti di tutti gli attori interessati? Appropriata come uso di farmaci correlato al bisogno clinico: la spesa farmaceutica pro-capite è misurata basandosi sull'età, anche se la complessità di una patologia, e quindi della sua terapia farmacologica, non sempre è legata all'avanzare dell'età. In un'epoca in cui i dati sono codificabili e codificati, perché non standardizzare i dati di prescrizione sulla base delle patologie?

Appropriatezza significa anche uso di farmaci di cui è decaduta la tutela brevettuale, quando non esistono differenze rispetto a quelli simili non coperti da brevetto. Sarebbe quindi dirimente conoscere la quota di pazienti che assumono regolarmente un farmaco "in patent" e che in seguito alla sua

scadenza brevettuale sono "shiftati" a terapie con farmaci a brevetto non scaduto: cosa possibile, ma non ancora realizzata di norma.

Per ogni terapia vi è un'appropriata durata, indispensabile per l'efficacia della stessa, a esempio nel caso dei farmaci ad alto costo utilizzati nelle patologie croniche. Sia il tasso di abbandono della terapia sia l'uso "on demand" corrispondono a uno spreco di risorse senza alcun beneficio clinico: un dato da osservare con attenzione, leggibile ma non sempre analizzato.

E pure quando i professionisti e le aziende sanitarie abbiano svolto il loro ruolo con appropriatezza, è indispensabile che gli Estav individuino percorsi di acquisto

centralizzato più efficienti ed efficaci, diversi da quelli attuali legati solo alla massa critica che stanno mettendo in crisi l'approvvigionamento di farmaci in alcune realtà territoriali.

Ma tutte queste azioni, se pur importanti, rischiano di essere vane se non accompagnate da un più incisivo intervento della Regione sull'attività regolatoria dell'Aifa sia sui prezzi che sulla registrazione di medicinali immessi in commercio, non sempre così innovativi come presentati: ruolo che la Regione può svolgere intensificando l'utilizzo dei registri e degli strumenti di rimborso condizionato all'esito della terapia. A ciascuno il suo: e forse ce la faremo.

* Direttore sanitario Asl 5

Avanti tutta su «Hta» e... (segue dalla prima pagina)

di ogni mercato è la concorrenza, unica difesa del cittadino di fronte alla mancanza di regole del capitalismo finanziario. In questo senso le difese del sistema pubblico sono labili. Il prezzo dei farmaci non è mai concorrenziale ed è protetto meglio di ogni altra tecnologia.

La Toscana sta tentando di mettere in concorrenza le aziende farmaceutiche nel settore dei massimi costi innovativi, quello dei farmaci biologici. Se una commissione di esperti, quale la Commissione terapeutica regionale, definisce l'uguaglianza terapeutica di due o più farmaci biologici, perché non metterli a gara?

Le agenzie regolatorie non stabiliscono in questo settore l'equivalenza farmacologica come per i generici. Ma se la clinica mostra

gli stessi risultati terapeutici, allora i farmaci sono confrontabili. Finora il Tar ha dato ragione alla Toscana. Insomma, speriamo di evitare che, come al solito, si privatizzino i profitti e socializzino le perdite.

L'altra questione riguarda i medici, che possono sentirsi limitati nella loro libertà prescrittiva. In realtà il codice deontologico impone al medico di tener conto sia dell'efficacia delle cure che dell'uso corretto delle risorse. Insomma la sostenibilità delle cure, cioè la possibilità di garantire a chiunque ne abbia bisogno universalità del diritto e uguaglianza dell'accesso alle prestazioni, è anche compito etico del medico.

* Vicepresidente
Commissione terapeutica regionale

SSR AI RAGGI X L'esperienza dell'Asl 10 di Firenze per la formazione anti-sbagli

A scuola di risk management



Cruciale diffondere la cultura del rischio e dell'errore umano in medicina

Il problema degli eventi avversi in ambito sanitario legato all'incidentalità dell'errore umano è diventato tema di notevole rilievo non solo mediatico ma anche istituzionale. La criticità maggiore che le organizzazioni sanitarie si trovano ad affrontare è il delicato rapporto tra le responsabilità soggettive dei singoli operatori sanitari - medici, infermieri, tecnici - e la responsabilità oggettiva che ricade sul management aziendale in tutte le sue declinazioni, la cosiddetta responsabilità organizzativa.

La tematica del risk management in ambito sanitario, definito appunto clinical risk management, è al centro di molti obiettivi strategici delle organizzazioni sanitarie, pubbliche e private. La diffusione delle metodologie di analisi e di approccio alla gestione del rischio clinico è obiettivo fondamentale degli amministratori delle aziende sanitarie e ospedaliere ma deve essere attentamente valutata e preposta attraverso un percorso formativo dedicato che possa fornire ai professionisti gli strumenti e i metodi idonei per prevenire e prevedere gli eventi avversi utilizzando un approccio sistemico.

La formazione in ambito della gestione del rischio clinico prevede la costruzione di una rete aziendale al cui centro vi è la figura del clinical risk manager - un professionista di area medica, infermieristica e/o amministrativa-dirigenziale - e un "network" di operatori appositamente formati alla figura del facilitatore. Il percorso formativo sul clinical risk management prevede la conoscenza dell'entità del fenomeno degli errori in ambito sanitario, quindi una conoscenza epidemiologica e statistica degli eventi avversi con e senza danno; l'utilizzazione del sistema di segnalazione degli eventi avversi da parte degli operatori sanitari, sistema di incident reporting e la diffusione degli strumenti di analisi degli eventi avversi quali l'audit clinico e le morbidity and mortality reviews. La formazione del risk manager e della rete dei facilitatori non può non prevedere anche la conoscenza della sinistrosità e del contenzioso medico-legale della propria realtà lavorativa e a

livello nazionale al fine di attivare politiche e azioni di implementazione delle azioni correttive volte al contenimento del rischio e degli errori.

L'obiettivo essenziale e prioritario in ambito non solo formativo ma nel consolidamento della rete e del sistema di clinical risk management è creare e diffondere una cultura del rischio e dell'errore umano in medicina. È questa la sfida maggiore che i corsi e gli incontri formativi si trovano ad affrontare: porre enfasi sull'implementazione di una cultura dell'errore favorendo un approccio di tipo sistemico e non della colpa. Diffondere questo tema, quindi favorire la creazione di questa "cultura organizzativa" è la difficoltà maggiore che le strutture sanitarie si trovano come primo ostacolo. È proprio l'adeguatezza degli strumenti formativi quali le modalità didattiche di trasmissione delle informazioni tecniche e non tecniche sul tema, l'interazione dei partecipanti tra loro, la possibilità di discutere casi reali e svolgere attività di simulazioni e role-playing sugli audit clinici e rassegne di mortalità e morbilità sono sostanzialmente le modalità formative più utilizzate e che riscontrano maggiore compliance.

La gestione del rischio clinico affronta un argomento molto delicato e spesso la ricerca della colpa e del colpevole occupa l'interesse maggiore; è importante la ricerca delle responsabilità ma non è l'obiettivo del risk manager e della sua rete di facilitatori; le competenze del risk management si esplicano nella ricerca delle cause e delle modalità che hanno portato all'evento avverso. Si sposta quindi l'obiettivo verso la ricerca delle criticità organizzative, umane e cognitive che hanno favorito l'evento avverso piuttosto che sulle responsabilità professionali in tema di imperizia, imprudenza e negligenza. Il percorso formativo pone molta enfasi sull'approccio sistemico e rende ragione della metodologia di approccio multi e interdisciplinare nell'utilizzare gli strumenti quali l'audit clinico e le morbidity and mortality reviews.

Il percorso formativo sulla figura del clinical risk manager è iniziato a livello

regionale nel 2005 con il primo master di Alta formazione presso la Scuola di studi superiore S. Anna di Pisa che ha visto formarsi 18 clinical risk managers. Nello specifico poi nell'azienda sanitaria di Firenze - di cui sono il clinical risk manager -, sono stati attivati diversi percorsi formativi di 1° e 2° livello nel corso degli ultimi anni, e precisamente:

- corsi di formazione di 1° livello (per tutti gli operatori): ore 8 complessive per medici, infermieri, tecnici e amministrativi, ha visto la formazione dal 2006 al 2008 di circa 400 operatori;

- corso di 2° livello focalizzato alla formazione della figura del facilitatore di reparto (1 medico e 1 infermiere e/o 1 tecnico): ha visto un percorso per area specialistica (chirurgia, emergenza-urgenza, terapia intensiva, cardiologia ecc.) dal 2006 al 2010 di ben 335 facilitatori.

La formazione sul tema del risk management prevede anche il coinvolgimento di altre figure professionali appartenenti ad altro sistema lavorativo: aeronautica, trasporto ferroviario, chimico-farmaceutico, piattaforme petrolifere ecc... Questi sistemi sono i cosiddetti sistemi ad alta affidabilità e ultrasicuri a cui le organizzazioni sanitarie devono avvicinarsi. In questi sistemi l'errore umano genera un effetto definito "catastrofe"; il sistema di gestione del rischio in queste organizzazioni prevede l'analisi proattiva del rischio sulla base delle segnalazioni degli eventi definiti "near miss" o "quasi incidenti", quegli eventi che per varie motivazioni non hanno portato a un evento grave ma è stato evitato.

In conclusione, la rete aziendale di clinical risk management vede un'organizzazione piramidale la cui base è rappresentata dai facilitatori distribuiti nelle singole unità operative e dai referenti dipartimentali per la gestione del rischio a loro volta coordinati dal risk manager aziendale. Tutte le figure della rete devono seguire un percorso formativo specifico e quindi acquisire le competenze e le abilità tipiche per la gestione degli eventi avversi e la comunicazione sia con i pazienti che con gli altri operatori.

Francesco Venneri
Clinical risk manager
Asl 10 di Firenze

DA FINE 2010 L'AZIENDA È PROVIDER

Corsi Ecm aperti all'esterno

L'azienda sanitaria di Firenze, dal 2006 già certificata Uni En Iso 9001, attraverso un ulteriore percorso di miglioramento dei propri processi formativi, è diventata alla fine del 2010 provider Ecm, cioè è stata riconosciuta dalla Regione Toscana competente ad attribuire i crediti Ecm ai propri eventi formativi. Questo vuol dire che è ora un soggetto qualificato nel campo della formazione continua in Sanità, competente a verificare la qualità dei percorsi formativi. Essere provider rappresenta per l'azienda una grande occasione di crescita, sia per lo sviluppo dell'attività formativa sia per il miglioramento delle competenze dei propri professionisti. La questione della qualità riguarda infatti i contenuti, i docenti, i modi attraverso i quali si fa formazione, il confronto tra il prima e il dopo-formazione, per assicurarsi che veramente l'impegno, in energie e risorse, sia servito a raggiungere gli obiettivi di miglioramento nella professione, ma anche nel modo di lavorare in squadra con altre professioni e con altre discipline.

La novità oggi è data dal fatto che questo requisito è oggetto di attenzione da parte del mondo delle strutture sanitarie private che, inserite anch'esse nel sistema regionale, hanno come obiettivo quello di migliorare le proprie prestazioni attraverso una formazione di livello qualitativamente elevato. È iniziata così un'interessante collaborazione con case di cura, laboratori, istituti di riabilitazione, Ordini professionali, società scientifiche, Cittadinanza attiva, che ha portato alla conclusione di accordi con i quali l'azienda mette a disposizione le proprie capacità per la verifica di qualità dei percorsi formativi e apre all'esterno il proprio sistema di formazione.

L'azienda sanitaria di Firenze organizza interi percorsi formativi per enti esterni e apre i propri eventi alla partecipazione dei professionisti del mondo privato, ottenendo così uno scambio proficuo di esperienze e competenze professionali e organizzative tra il mondo pubblico e il privato accreditato, per offrire al cittadino servizi sempre migliori. Altro importante risultato di questa collaborazione con gli enti esterni è quello di contribuire alla formulazione dei piani formativi delle strutture private accreditate. Infine si contribuisce in questo modo alla realizzazione del dossier formativo di tutti i professionisti del servizio sanitario nazionale.

Giulietta Torretta
Benedetta Ninci

Ss Formazione delle risorse umane
dell'azienda sanitaria Firenze

LEZIONI DI EMPATIA PER I MEDICI

«Così aiutiamo a migliorare la comunicazione col paziente»

Costruire un nuovo rapporto medico-paziente è la nuova strada per uno sviluppo capace di mettere sullo stesso piano i protagonisti del proprio sistema. Proprio per creare queste condizioni, ovvero mettere in atto il concetto che pone il cittadino al centro del sistema, è diventata fondamentale l'attenzione alla comunicazione in tutti i suoi aspetti, con particolare rilievo a quella tra medico e paziente.

La relazione
deve basarsi
sulla fiducia

In questo nuovo contesto il "formare" e il far "crescere" la propria squadra diventa l'elemento essenziale di differenziazione, sviluppo ed eccellenza. Non

a caso la Regione Toscana ha posto l'accento su questo concetto, stabilendo che i medici dell'azienda sanitaria ricevano crediti Ecm seguendo un corso formativo proposto dall'azienda stessa, inerente alla «Comunicazione medico-paziente».

Il corso è finalizzato alla formazione di una figura del medico che, oltre a essere operativo nell'organizzazione e gestione delle risorse sanitarie, possa acquisire una serie di competenze relative alla comunicazione con il proprio paziente, improntate a una maggiore empatia, chiarezza ed efficacia.

La formazione, intesa pertanto come risposta mirata alle reali esigenze della mission e indirizzata a professionalizzare settori operativi del mondo sanitario finora non tenuti presenti. Viceversa in riferimento a quanto detto sappiamo per esempio che una delle principali cause del contenzioso nelle aziende sanitarie risale a una comunicazione inadeguata: infatti i cittadini che hanno subito un evento avverso sono meno propensi ad avviare un'azione legale se vengono coinvolti in un approccio di condivisione nella ricerca della soluzione attraverso il dialogo, e affinché questo avvenga è necessario instaurare un equilibrato rapporto medico/paziente che si basi su una relazione

di fiducia e stima reciproca. Il cittadino oggi non affida più ciecamente la propria salute e il proprio benessere al "dottore" che ne diventa il solo depositario pur non dando adeguate spiegazioni e mostrando scarso interesse alla persona nella sua interezza. Adesso si affida all'esperto a patto che lo stesso sia all'altezza di condividere le sue strategie, i suoi obiettivi e le sue emozioni ricercando riflessioni sinergiche attraverso un dialogo costruttivo. Affinché tutto questo possa mantenersi di alto profilo è necessario tener saldo e di alto livello l'informazione e la comunicazione. Rendere partecipe il paziente, aumentarne la competenza e consapevolezza del sé, evita soggezione e

diffidenza promuovendo invece capacità di responsabilizzazione.

È evidente come tutto ciò vada a beneficio anche del medico stesso che si troverà davanti un cittadino più disponibile alla cura e meno sospettoso. In prima battuta per gestire al meglio tale rapporto è necessario che il professionista sanitario acquisisca tre competenze fondamentali: l'ascolto, interpretare cioè al di là di ciò che il paziente racconta verbalizzando la gestualità, le espressioni mimiche e i silenzi; restare neutrale non mostrando di ave-

Il camice bianco
è chiamato
ad ascoltare

alcun pregiudizio nei confronti degli stili di vita dei pazienti; saper comunicare. Questi tre aspetti daranno vitalità e alimenteranno tutti gli altri fenomeni che concorrono a un'appropriata comunicazione. In questo contesto emerge il ruolo strategico della comunicazione che per la propria natura trasversale si fa strumento di condivisione delle informazioni e degli obiettivi aziendali tra soggetti afferenti a settori professionali diversi.

Simonetta Pedone
Sc Comunicazione
e sviluppo risorse umane
dell'azienda sanitaria di Firenze

DOCUMENTI Siglato accordo tra Regione e Università di Firenze, Siena e Pisa per l'attività scientifica nelle aziende ospedaliere-universitarie

Ricerca e formazione, un patto con gli Atenei

Stanziati 28,5 milioni per il 2011 - Saranno i Dipartimenti integrati interistituzionali a coordinare le partnership

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 1186 del 19 dicembre che contiene l'accordo fra la Regione Toscana, le Università degli studi di Firenze, Pisa e Siena e le aziende ospedaliere-universitarie toscane per l'implementazione delle attività di ricerca e didattica all'interno delle Aou.

LA GIUNTA REGIONALE

Premessi:

- il Programma regionale di Sviluppo 2011-2015, adottato con risoluzione del Consiglio regionale n. 49 del 29 giugno 2011;
- il Dpef 2012 adottato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 56 del 27 luglio 2011;
- l'informativa preliminare del Piano sanitario e sociale integrato regionale, approvata con decisione n. 27 della Giunta regionale in data 4 luglio 2011;
- l'informativa preliminare del Piano sanitario e sociale integrato regionale, approvata con decisione n. 27 della Giunta regionale in data 4 luglio 2011;
- l'informativa preliminare del Piano sanitario e sociale integrato regionale, approvata con decisione n. 27 della Giunta regionale in data 4 luglio 2011;
- l'informativa preliminare del Piano sanitario e sociale integrato regionale, approvata con decisione n. 27 della Giunta regionale in data 4 luglio 2011;
- l'informativa preliminare del Piano sanitario e sociale integrato regionale, approvata con decisione n. 27 della Giunta regionale in data 4 luglio 2011;

collo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

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

Premessi inoltre - il Protocollo d'intesa, fra la Regione Toscana e le Università della Toscana, approvato con Dgr n. 1020 dell'11/12/2008, e in particolare l'articolo 4, comma 6, che prevede che la Regione e le Università al fine di promuovere le attività di ricerca e di innovazione, procedono alla regolamentazione della titolarità del diritto di proprietà, delle modalità di sfruttamento economico e dell'equo utilizzo dei risultati prodotti dalla ricerca a favore delle finalità istituzionali del Ssr;

la delibera n. 52 del 26/01/2009, con la quale è stato approvato lo schema di Protocollo di intesa tra Regione Toscana, Università e Aziende ospedaliere-universitarie per l'implementazione delle attività di ricerca e di didattica all'interno delle Aou;

il Protocollo, sottoscritto in data 26/01/2009, che prevede che tra le Aou e le Università siano stipulati appositi atti convenzionali finalizzati all'attuazione del Protocollo stesso, con la definizione di un progetto per la costituzione di un Dipartimento amministrativo integrato interistituzionale (Dai), con la quantificazione delle risorse necessarie e la determinazione del contingente del personale universitario messo a disposizione;

la delibera n. 530 del 22/06/2009 che fornisce i necessari indirizzi per la predisposizione delle convenzioni e provvede all'assegnazione di risorse alle aziende ospedaliere di Careggi, Pisa e Siena per l'anno 2009 e la successiva Delibera n. 1274 del 28/12/2009 che assegna all'Aou di Careggi le risorse necessarie per l'implementazione delle attività di ricerca e didattica all'interno dell'Aou Meyer;

la delibera n. 525 del 17/05/2010 relativa al proseguimento delle attività di implementazione delle attività di ricerca e didattica all'interno delle Aou per l'anno 2010;

Richiamato inoltre l'Atto di indirizzo pluriennale in materia di ricerca e innovazione 2011-2015, approvato con Delibera del Consiglio regionale n. 46 del 6/07/2011, che individua il Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Università e Aziende ospedaliere-universitarie per l'implementazione delle attività di ricerca e di didattica all'interno delle Aou, assistenza, in una logica di complementarità di offerta fra Atenei e Sistema sanitario;

Preso atto dell'avvio della prima fase di realizzazione del progetto che ha visto la stipula delle convenzioni tra le Aou e le Università e la costituzione dei Dipartimenti integrati interistituzionali per l'implementazione delle attività di ricerca e didattica (Dipint) presso le Aou di Careggi, Pisa e Siena;

Dato atto del confronto avviato tra la Regione stessa, gli Atenei e le Aziende ospedaliere-universitarie della Toscana, al fine di implementare, migliorare e consolidare il processo di integrazione delle funzioni oggetto del presente atto;

Ribadita pertanto l'importanza di rinnovare, anche per l'anno 2011, l'impe-

gno comune alla collaborazione e all'integrazione nei settori della didattica, ricerca e assistenza in campo sanitario, nell'ottica condivisa di accrescere i livelli complessivi di eccellenza, attrazione e qualità della formazione e dell'assistenza al cittadino;

Stabilito che, ferma restando l'autonomia della ricerca universitaria, i Dipint assumono il ruolo di struttura di supporto organizzativo e amministrativo per il raggiungimento degli obiettivi strategici elaborati dalla Regione Toscana in materia di ricerca scientifica, formazione di eccellenza e trasferimento tecnologico nel settore biomedico e farmaceutico, al fine di concorrere alla realizzazione di un insieme coordinato di azioni declinate nell'Accordo, allegato A al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

Visto lo schema di Accordo, allegato A al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

Considerato di destinare, per l'attuazione di quanto previsto dal presente Accordo, relativamente all'anno 2011, la somma massima di euro 28.500.000,00 secondo la seguente articolazione:

- Azienda ospedaliere-universitaria di Careggi euro 12.500.000,00 (di cui 9.000.000,00 per l'attività dell'Aou di Careggi ed euro 3.500.000,00 per l'attività dell'Aou Meyer);
- Azienda ospedaliere-universitaria di Siena euro 8.000.000,00;
- Azienda ospedaliere-universitaria di Pisa euro 8.000.000,00;

Considerato inoltre di prenotare, allo scopo, la somma totale occorrente pari a euro 28.500.000,00 con prenotazione specifica sul capitolo 24156 del bilancio d'esercizio 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

Stabilito che il finanziamento assegnato per l'anno 2011, venga erogato secondo le seguenti modalità:

- 20% all'atto della firma dell'Accordo allegato in schema;
- ulteriore 30% all'atto dell'acquisizione delle convenzioni attuative, regolamenti e definitiva evidenza della strutturazione di Dipint all'interno delle Aziende;
- finale 50% a rendicontazione delle spese;

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo;

Visto il parere positivo del Ctd; Vista la Lr 29 dicembre 2010 n. 66, relativa al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e pluriennale 2011/2013;

Vista la delibera della Giunta regionale n. 5 del 10 gennaio 2011 relativa all'approvazione del bilancio gestionale 2011 e pluriennale 2011/2013;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare lo schema di Accor-

do tra la Regione Toscana, le Università degli studi di Firenze, Pisa e Siena e le Aziende ospedaliere-universitarie, contenuto nell'Allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, inerente all'implementazione delle attività di ricerca e didattica all'interno delle Aou;

2. di dare mandato al presidente della Giunta regionale, o suo delegato, di sottoscrivere l'Accordo suddetto;

3. di destinare, per l'attuazione di quanto previsto dal presente Accordo, relativamente all'anno 2011, la somma massima di euro 28.500.000,00 secondo la seguente articolazione:

- azienda ospedaliere-universitaria di Careggi euro 12.500.000,00 (di cui 9.000.000,00 per l'attività dell'Aou di Careggi ed euro 3.500.000,00 per l'attività dell'Aou Meyer);
- azienda ospedaliere-universitaria di Siena euro 8.000.000,00;
- azienda ospedaliere-universitaria di Pisa euro 8.000.000,00;

4. di prenotare, allo scopo, la somma occorrente totale pari a euro 28.500.000,00 con prenotazione specifica sul capitolo 24156 del bilancio d'esercizio 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

5. di stabilire che il finanziamento assegnato per l'anno 2011, venga erogato secondo le seguenti modalità:

- 20% all'atto della firma dell'Accordo allegato in schema;
- ulteriore 30% all'atto dell'acquisizione delle convenzioni attuative, regolamenti e definitiva evidenza della strutturazione di Dipint all'interno delle aziende;
- finale 50% a rendicontazione delle spese;

6. di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

6. di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito che il finanziamento assegnato per l'anno 2011, venga erogato secondo le seguenti modalità:

- 20% all'atto della firma dell'Accordo allegato in schema;
- ulteriore 30% all'atto dell'acquisizione delle convenzioni attuative, regolamenti e definitiva evidenza della strutturazione di Dipint all'interno delle Aziende;
- finale 50% a rendicontazione delle spese;

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

Stabilito inoltre di provvedere con un successivo proprio atto all'emanazione di specifici indirizzi in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle Aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

vizio sanitario nazionale e Università, a norma dell'articolo 6 della legge delegata n. 419 del 30 novembre 1998;

la Legge regionale n. 40 del 24/02/2005, e successive modifiche, recante «Disciplina del servizio sanitario nazionale» e in particolare l'articolo 13 inerente alle Università che prevede l'elaborazione di Protocolli di intesa tra Regione e Università e l'articolo 33, inerente alle aziende ospedaliere-universitarie, che prevede, fra le specifiche funzioni istituzionali delle Aou, le attività di ricerca clinica e preclinica;

il Piano sanitario regionale 2008/2010 che, all'Allegato 5 (Protocollo di intesa tra la Regione Toscana e le Università degli studi di Firenze, Pisa e Siena), conferma i principi già contenuti nel Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

l'Atto di indirizzo pluriennale in materia di ricerca e innovazione 2011-2015, approvato con delibera del Consiglio regionale n. 46 del 6/07/2011, che individua il Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Università e Aziende ospedaliere-universitarie per l'implementazione delle attività di ricerca e di didattica all'interno delle Aou», quale strumento prioritario per il perseguimento dell'integrazione e la realizzazione di sinergie fra funzioni di ricerca, didattica e assistenza, in una logica di complementarità di offerta fra Atenei e sistema sanitario;

il Protocollo d'intesa, fra la Regione Toscana e le Università della Toscana, approvato con Dgr n. 1020 dell'11/12/2008, e in particolare l'articolo 4, comma 6, che prevede che la Regione e le Università al fine di promuovere le attività di ricerca e di innovazione, procedano alla regolamentazione della titolarità del diritto di proprietà, delle modalità di sfruttamento economico e dell'equo utilizzo dei risultati prodotti dalla ricerca a favore delle finalità istituzionali del Ssr;

la Delibera della Giunta regionale n. 52 del 26/01/2009, con la quale è stato approvato lo schema di Protocollo di intesa tra Regione Toscana, Università e Aziende ospedaliere-universitarie per l'implementazione delle attività di ricerca e di didattica all'interno delle Aou, assistenza, in una logica di complementarità di offerta fra Atenei e Sistema sanitario;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

il Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

(segue da pagina 4)

530 del 22/06/2009 che fornisce i necessari indirizzi per la predisposizione delle convenzioni e provvede all'assegnazione risorse alle aziende ospedaliere di Careggi, Pisa e Siena per l'anno 2009 e la successiva delibera Gr n. 1274 del 28/12/2009 che assegna all'Aou di Careggi le risorse necessarie per l'implementazione delle attività di ricerca e didattica all'interno dell'Aou Meyer;

la delibera della Giunta regionale n. 525 del 17/05/2010 relativa al proseguimento delle attività di implementazione delle attività di ricerca e didattica all'interno delle Aou per l'anno 2010;

l'avvio della prima fase di realizzazione del progetto che ha visto la stipula delle convenzioni tra le Aou e le Università e la costituzione dei tre Dipartimenti integrati interistituzionali per l'implementazione delle attività di ricerca e didattica all'interno dell'Aou di Careggi, Pisa e Siena;

il Dipint costituito presso l'Aou di Careggi svolge la sua attività per l'implementazione delle attività di ricerca e didattica all'interno dell'Aou Careggi e dell'Aou Meyer, a norma della delibera della Giunta regionale n. 1274 del 28/12/2009;

presso le Università toscane è attualmente in corso l'adozione dei nuovi statuti, in applicazione della Legge 240/2010, nella quale è prevista la logica di complementarità di offerta e integrazione fra Atenei e Sistema sanitario nelle funzioni di ricerca, didattica e assistenza;

il Dipint risultano tutti costituiti e sono ritenuti oggetto di nuove implementazioni.

Tutto quanto premesso le parti convengono quanto segue:

1. **La Regione**

La Regione Toscana partecipa alla programmazione delle attività di ricerca nel settore biomedico e farmaceutico e alla definizione degli obiettivi strategici del settore, assumendo specifici impegni per la crescita e per l'innovazione complessiva del sistema e condive con l'Università l'interesse applicativo e la titolarità delle relative funzioni operative, già realizzate in forma di integrazione funzionale attraverso l'operatività delle Aziende ospedaliere-universitarie.

La Regione Toscana, in accordo con le parti istituzionali coinvolte, emanerà specifiche linee guida in materia di gestione dei diritti di proprietà intellettuale delle Università e delle aziende ospedaliere-universitarie, che possano determinare un interesse in campo biomedico e farmaceutico, al fine di garantire adeguato sviluppo in base al presente Accordo.

La Regione Toscana, rappresentata dal presidente della Giunta regionale; Le Università degli studi di Firenze, Pisa e Siena, rappresentate dai rispettivi Magnifici Rettori;

Le aziende ospedaliere-universitarie di Firenze, Pisa e Siena e l'Azienda ospedaliere-universitaria A. Meyer, rappresentate dai rispettivi direttori generali,

RICHIAMATO

il Dlgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni, inerente al riordino della disciplina in materia sanitaria;

il Dlgs n. 517 del 21 dicembre 1999, recante «Disciplina dei rapporti fra Ser-

vizio sanitario nazionale e Università, a norma dell'articolo 6 della legge delegata n. 419 del 30 novembre 1998;

la Legge regionale n. 40 del 24/02/2005, e successive modifiche, recante «Disciplina del servizio sanitario nazionale» e in particolare l'articolo 13 inerente alle Università che prevede l'elaborazione di Protocolli di intesa tra Regione e Università e l'articolo 33, inerente alle aziende ospedaliere-universitarie, che prevede, fra le specifiche funzioni istituzionali delle Aou, le attività di ricerca clinica e preclinica;

il Piano sanitario regionale 2008/2010 che, all'Allegato 5 (Protocollo di intesa tra la Regione Toscana e le Università degli studi di Firenze, Pisa e Siena), conferma i principi già contenuti nel Protocollo d'intesa approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 481/2005, in attuazione del Piano sanitario regionale 2005/2007, prevedendo la definizione di un nuovo Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Università di Firenze;

l'Atto di indirizzo pluriennale in materia di ricerca e innovazione 2011-2015, approvato con delibera del Consiglio regionale n. 46 del 6/07/2011, che individua il Protocollo d'intesa tra Regione Toscana, Università e Aziende ospedaliere-universitarie per l'implementazione delle attività di ricerca e di didattica all'interno delle Aou», quale strumento prioritario per il perseguimento dell'integrazione e la realizzazione di sinergie fra funzioni di ricerca, didattica e assistenza, in una logica di complementarità di offerta fra Atenei e sistema sanitario;

di un insieme coordinato di azioni volte a:

- promuovere la qualità e la quantità delle relazioni internazionali, in modo da favorire l'inserimento nei circuiti scientifici di frontiera e promuovere la crescita qualitativa della produzione scientifica regionale;
- accrescere l'attrattività dell'offerta formativa e di ricerca del sistema regionale per raggiungere più elevati risultati anche in termini di progetti di ricerca congiunti - sia con altre Università che con imprese locali e non - di processi di diffusione della conoscenza e di trasferimento dei risultati della ricerca, anche tramite progetti di frontiera con le imprese;
- promuovere la valorizzazione dei risultati dell'attività di ricerca, sia attraverso forme di protezione della proprietà intellettuale, sia promuovendo la nascita di imprese spin-off attraverso l'offerta di spazi adeguati e di servizi di supporto manageriale. A tal fine sarà incoraggiata la partecipazione delle Università e dei centri di ricerca a parchi scientifici e tecnologici, incubatori, poli di innovazione e distretti tecnologici. Con particolare riferimento alla protezione della proprietà intellettuale, alla gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca e al supporto per l'avvio di nuove imprese, incoraggiando l'offerta di ricerca, di servizi innovativi e di piattaforme tecnologiche da parte delle Università e dei centri di ricerca pubblici e supportando la creazione di laboratori congiunti Università-impresa e altre modalità di stabile collaborazione;
- consolidare e strutturare le relazioni fra Atenei, organismi di ricerca e destinatari finali dei risultati dell'attività di ricerca siano essi amministrazioni pubbliche, strutture ospedaliere, enti e agenzie, associazioni, imprese pubbliche o private.
- Dipint, pertanto, integrano in una struttura tecnico-amministrativa unitaria, i processi di formazione e di ricerca connessi con le attività del Ssr. Essi hanno come obiettivi operativi quelli di:

gestire i processi tecnico-amministrativi connessi con la formazione e con la ricerca, anche attraverso la promozione di nuovi strumenti gestionali e l'individuazione di soluzioni innovative, nel pieno rispetto della tipicità degli ordinamenti afferenti;

supportare in termini gestionali, operativi e amministrativi, per quanto di competenza, le strutture e i dipartimenti Unì e le strutture delle Aou, nonché di ulteriori agenzie regionali, preposte alle attività di ricerca e formazione;

garantire la gestione sistemica e integrata delle attività, secondo criteri di efficacia ed efficienza e sulla base dei più elevati standard di qualità;

ottimizzare la gestione dei progetti e delle attività e adottare modalità di ac-

cquisto/reperimento di fattori produttivi secondo criteri di efficacia, efficienza, flessibilità, rapidità e trasparenza.

Il Dipint opera attraverso le seguenti linee di attività che garantiscono l'unità del sistema:

Servizi alla ricerca

attività di supporto per favorire l'incremento qualitativo dei progetti di ricerca sviluppati sia da ricercatori dell'Università che dalle aziende;

stimolo all'incremento qualitativo delle sperimentazioni cliniche, anche attraverso il reperimento di risorse da destinare a studi clinici non profit;

valorizzazione, attraverso la diffusione dell'informazione e la facilitazione delle interazioni tra ricercatori e mondo della produzione, dei risultati della ricerca e gestione delle procedure relative ai diritti di proprietà intellettuale di ambito biomedico.

Servizi alla formazione

supporto allo sviluppo di percorsi formativi integrati;

supporto alla progettazione dei percorsi formativi e rapporti con le strutture di formazione regionale;

supporto alla pianificazione della formazione;

supporto al monitoraggio dei processi formativi anche in funzione delle procedure di accreditamento definite dall'Anvur e dalla Regione.

Servizi all'integrazione

supporto alla programmazione generale del "fabbisogno" di risorse umane, logistiche e finanziarie

supporto allo sviluppo delle competenze e delle capacità delle risorse umane;

gestione degli spazi, delle infrastrutture e degli eventi;

sviluppo degli strumenti informatici e armonizzazione con i sistemi adottati dalle Università;

programmazione e valorizzazione delle risorse integrate per il sistema bibliotecario dei singoli Atenei.

3. **Sistema di governance integrata**

I regolamenti di funzionamento dei Dipint e le convenzioni attuative fra Università e aziende ospedaliere disciplinano, nel rispetto delle prerogative degli organi aziendali e universitari, le modalità di erogazione delle attività e dei servizi integrati proprie del Dipint quale macro struttura tecnico-amministrativa sulla base degli input espressi da apposite strutture di indirizzo.

In particolare, sovrintendono all'attività del Dipint quale struttura integrata:

l'organo di indirizzo come definito negli atti aziendali, oppure il Comitato di indirizzo nel caso di pluralità di aziende ospedaliere coinvolte;

un Comitato tecnico-scientifico la cui composizione è definita nei regolamenti di funzionamento del Dipint. Il Cts è un organo che si rende interprete delle linee di indirizzo generale e le traduce in piani e progetti operativi,

Come saranno divisi i finanziamenti

Azienda Ospedaliere Universitaria	Migliaia di euro
CAREGGI di cui: 9.000 per l'attività della Aou di Careggi 3.500 per l'attività della Aou Meyer	12.500.000
SIENA	8.000.000
PISA	8.000.000



questo/reperimento di fattori produttivi secondo criteri di efficacia, efficienza, flessibilità, rapidità e trasparenza.

Il Dipint opera attraverso le seguenti linee di attività che garantiscono l'unità del sistema:

<

DISABILITÀ

Compie due anni il progetto avviato con il Coni e il comitato paralimpico



«SportHabile» fa modello

Affiliati 41 centri - Atleti in gara ai giochi di Londra di fine agosto

Ha compiuto due anni pochi giorni fa. E in questi due anni ha permesso a tanti disabili sportivi, agonisti o amatori, di allenarsi. Tanti altri, grazie a lui, si sono avvicinati allo sport, hanno conosciuto quello più adatto alle proprie caratteristiche e attitudini, si sono divertiti. «SportHabile» è il progetto, unico del genere in Italia, creato da Regione, Comitato italiano paralimpico e Coni toscano per consentire ai disabili che vogliono iniziare o proseguire la pratica di una disciplina, di poterlo fare in centri con strutture, attrezzature e personale qualificato.

«La Toscana con SportHabile - dice Massimo Porciani, presidente del Cip toscano e uno degli ideatori del progetto - è in una situazione di vantaggio rispetto al resto del Paese. Un'iniziativa del genere, per come è organizzata e strutturata, non esiste altrove. In due anni siamo riusciti ad affiliare 41 centri a «SportHabile». Adesso stiamo vagliando altrettante domande di centri che chiedono l'affiliazione. In tempi brevi dovremmo istituire l'albo e consegnare le prime targhe che certificano l'adesione. Prima però, insieme a Regione e Coni, dobbiamo individuare il soggetto che dovrà verificare ciò che viene effettivamente fatto nei centri».

«SportHabile» è il frutto di una grande collaborazione fra istituzioni e associazioni. «Per la prima volta - continua Porciani - siamo riusciti a riunire allo stesso tavolo le istituzioni (Regione, Coni e Cip) e le associazioni che operano nel mondo della disabilità, riunite sotto le sigle di Fand e Fish». L'inclusione effettiva è l'altro grande punto di forza. «I centri - spiega ancora il presidente del Cip toscano - non sono luoghi solo per disabili ma sono società sportive già esistenti che hanno deciso di aderire al progetto adeguando l'accessibilità delle loro strutture e

I centri per la pratica sportiva dei disabili per sedi e disciplina			
Provincia	Centri	Disciplina	Tipo disabilità
Arezzo	2	Bocce	Motoria e intellettiva
Firenze	16	Baseball, scherma, canottaggio, tennis, minibasket, bocce, tiro con l'arco, tennistavolo, vela, attività ludico-motoria, calcio a 5, nuoto	Relazionale, sensoriale, motoria e intellettiva
Grosseto	1	Bocce	Motoria e intellettiva
Livorno	3	Bocce, vela	Motoria e intellettiva
Lucca	5	Vela, bocce, corsa, nuoto, scherma	Relazionale, sensoriale, motoria e intellettiva
Massa Carrara	1	Vela	Intellettiva
Pisa	3	Vela, scherma, torball, judo	Motoria e sensoriale
Pistoia	5	Sci, tennis, bocce, tennistavolo	Motoria e intellettiva
Prato	-	-	-
Siena	4	Scherma, danza sportiva, tennis, nuoto	Motoria e sensoriale

Inoltre l'Unione italiana ciechi e ipovedenti mette a disposizione, a rotazione, le proprie sedi toscane per la pratica del ciclismo in tandem. Indirizzi e contatti su <http://toscana.comitatoparalimpico.it/>

L'identikit dell'iniziativa

Il progetto SportHabile è stato inaugurato all'inizio del 2009 grazie alla collaborazione tra Regione, Cip e Coni toscano e alle associazioni dei disabili raggruppate nella Fand (Federazione tra le associazioni nazionali dei disabili) e nella Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap). Lo scopo è creare una rete di centri, dove sia possibile praticare una o più discipline sportive, dotati di strutture accessibili (parcheggi, servizi igienici, spogliatoi, strutture ricreative), attrezzature e ausili adeguati, personale qualificato e possibilità di fare lezioni di prova gratuite. Baseball, canottaggio, scherma, sci, tennis, vela, minibasket in carrozzina, bocce, danza sportiva, arco, corsa, tennistavolo, calcio a 5, torball, judo, nuoto, ciclismo in tandem. Sono queste le discipline praticabili nei 41 centri SportHabile accreditati da Regione, Cip e Coni e sparsi in tutta la regione. Indirizzi e contatti sul sito del Cip toscano, <http://toscana.comitatoparalimpico.it>.

dotandosi di attrezzature e personale in grado di accogliere il disabile. Il quale, voglio ribadirlo, fa sport insieme ai normodotati. Questa è la vera peculiarità e forza del progetto. I

centri operano a stretto contatto con associazioni impegnate nell'inserimento sportivo di disabili, ma accanto a queste ci sono anche federazioni, Coni e gruppi sportivi che hanno

apprezzato la novità e deciso di ampliare la propria attività». Inserire il disabile in contesti frequentati da atleti normodotati. «A Montecatini la Bocciofila ospita un centro: sono sta-

ti creati una rampa di accesso e un parcheggio facilitato, c'è un istruttore a disposizione. Il disabile può fare una lezione di prova gratuita per capire se può essere la disciplina giusta per lui. Questo come in tutti gli altri centri, per qualsiasi disciplina». Lo sport diventa così un elemento indispensabile per il reinserimento. «Ve lo posso confermare per esperienza diretta», sottolinea Porciani. «Il recupero fisico viene fatto divertendosi, piuttosto che sottoponendosi esclusivamente a lunghe sedute di riabilitazione. Con gli stessi risultati, se non addirittura migliori. Il recupero psicologico è agevolato dal fatto di essere protagonisti e non semplici spettatori. Il recupero sociale, infine, si realizza più facilmente inserendo il disabile in un ambiente in cui viene coinvolto, accettato con serenità e reso partecipe delle attività. Il beneficio è anche per i normodotati che imparano a capire che la diversità non esiste, ad agire senza diffidenza o, peggio ancora, pietismo. La società civile scopre che il disabile è una risorsa e non un peso».

Ai giochi paralimpici di Londra, tra pochi mesi, la Toscana si presenterà con alcuni dei suoi migliori atleti. «Uno di questi - spiega Porciani - è senza dubbio Matteo Betti, senese, schermidore. Ce ne sono altri nel nuoto, nel tennistavolo, dove dovrebbe esserci l'innosabile Marisa Nardelli alla sua sesta olimpiade, nel canottaggio. Nei prossimi mesi il quadro sarà più chiaro, con il completamento delle qualificazioni. Le medaglie sono sempre difficili da ottenere ma a livello di partecipazione saremo in prima fila. Sotto questo profilo sono convinto che «SportHabile» darà frutti importanti in vista dell'appuntamento del 2016».

pagina a cura di
Federico Taverniti
Agenzia Toscana Notizie

PARLANO PRESIDENTE E COORDINATORE DEL GRUPPO SPORTIVO UNITÀ SPINALE ONLUS

Tennis e canottaggio puntando ai tornei internazionali

«Quando vedi vogare insieme un canottiere «adaptive» e uno normodotato oppure quando assisti a un doppio di tennis con tre atleti che giocano in piedi e uno in carrozzina, allora comprendi quanto lo sport possa veramente aiutare a integrare». Massimiliano Banci, 39 anni, fiorentino di nascita ma pistoiese d'adozione, è dal 2008 presidente del Gruppo sportivo Unità spinale Onlus. Dal 2005, dopo un pauroso incidente stradale, è costretto su una carrozzina a causa di una lesione midollare. Cosa che non gli ha impedito di continuare a coltivare la sua passione più grande, lo sport. «Ne ho sempre fatto tanto, soprattutto calcio e arti marziali. Dopo il trauma lo sport mi ha aiutato tantissimo. Ho provato varie discipline ma ho scelto il tennis, che pratico a livello agonistico da quasi due anni. Mi alleno 5 volte alla settimana, circa 7-8 ore di allenamento e 3 di preparazione atletica. Un impegno notevole ma necessario se vuoi ottenere buoni risultati».

Lo sport per il disabile: riabilitazione fisica ma soprattutto psichica. «All'inizio - aggiunge Banci - il lavoro più importante è a livello mentale. Poi arriva quello fisico, perché per stare in carrozzina occorre una preparazione fisica migliore rispetto a un normodotato. La spinta per iniziare può arrivare in vari modi. Assistendo a partite o esibizioni ti rendi conto che anche tu puoi farcela, che anche dopo un trauma la vita può continuare, anche in modo piacevole. Lo sport può aiutare a riconquistare spazi e relazioni che uno temeva di aver perso. Individuare il proprio percorso dipende da vari fattori: motivazioni, tempo a disposizione, volontà. Si può iniziare anche solo per mantenersi in forma fino ad arrivare a grandi livelli, come puntare

alle paralimpiadi, il mio sogno nel cassetto».

Il Gruppo sportivo Unità spinale nasce nel 2003. «Abbiamo iniziato col tennis - spiega Banci - a livello amatoriale. Poi, gradualmente, ci siamo potenziati e ingranditi e abbiamo sviluppato questa disciplina che è diventata quella principale». L'organizzazione si svolge in tre fasi: avviamento dei principianti, attraverso convenzioni con circoli e maestri Fit; attività per coloro che vogliono mantenersi in forma o partecipare a iniziative extra sportive ricreative; quindi la terza, più rilevante e impegnativa, quella agonistica, che richiede uno sforzo diverso, sia in termini economici che organizzativi. Sforzo ripagato da risultati ben oltre le attese. «Marco Innocenti, pluricampione italiano, è il nostro fiore all'occhiello e ha già un piede e mezzo a Londra».

Soddisfazioni anche dal canottaggio. «In un solo anno - spiega Piero Amati, coordinatore delle attività - siamo riusciti a mandare due ragazzi in Nazionale. E uno ha buone probabilità di andare a Londra. Il Gruppo sportivo non tesserava gli atleti ma crea progetti con le società. Li avviamo alle discipline e successivamente li indirizziamo verso le società, dove si allenano. Inoltre compartecipiamo alle spese per il personale tecnico, per l'acquisto degli ausili. Siamo il punto di partenza per chi decide di iniziare a praticare una disciplina, in base alle proprie attitudini e motivazioni».

«SportHabile» è la nuova frontiera dello sport per disabili. «Non vogliamo - conclude Amati - creare società sportive di e per disabili. Questo è un passaggio fondamentale perché i disabili devono poter fare sport insieme ai normodotati. Questa è la nuova filosofia, del Cip ma anche della Regione che ha investito risorse importanti nel progetto».

PARLA L'ATLETA SENESE MATTEO BETTI

Sfida di fioretto coi normodotati

Sarà uno degli atleti di punta della spedizione azzurra ai giochi paralimpici di Londra. Il pass lo ha conquistato lo scorso ottobre, con l'argento a squadre nel fioretto ai recenti mondiali di Catania.

Matteo Betti, senese, classe '85, si presenterà a Londra con l'etichetta di favorito. «Medaglie? A Pechino, 4 anni fa, ho pagato lo scotto dell'esordio. Il quinto posto nel fioretto è stato un gran risultato, ma resta un pizzico di rammarico. Quest'anno ho chiuso la coppa del mondo al secondo posto, nel fioretto e nella spada. A Londra sarò tra i favoriti, è inutile nascondersi».

La passione per la scherma sboccia quando Matteo ha cinque anni. «Fino al 2005 ho tirato in piedi. Poi ho conosciuto la versione in carrozzina ed è iniziata la mia nuova carriera. Ai campionati italiani, nel 2005, ho vinto subito, contro ogni pronostico: oro e argento. Quindi sono arrivate le convocazioni in Nazionale, agli europei, sempre nel 2005, e ai mondiali, l'anno dopo. Sono arrivate varie medaglie e la prima paralimpiade, a Pechino. La passione inizia-

le si è trasformata in qualcosa di più serio quando ho visto i risultati».

Tesserato per le Fiamme Azzurre, Matteo vive e si allena a Roma. «Ma quando posso torno a Siena e mi alleno nella mia palestra. Un momento fondamentale della preparazione è l'allenamento con atleti normodotati. Non è soltanto una questione di pari dignità ma anche tecnica».

A livello sportivo a che punto siamo in Italia nel processo di inclusione degli atleti disabili? «Ho viaggiato tanto grazie allo sport - dice ancora - e ho potuto constatare che la differenza non è tanto tra l'Italia e altri Paesi più avanzati sotto questo profilo, quanto piuttosto tra la scherma e gli altri sport: la Fis è stata la prima federazione ad arrivare all'integrazione completa, già a partire dai mondiali 2006 di Torino». «Lo sport - conclude - può servire per abbattere le porte dell'indifferenza e consentire a tante persone di riappropriarsi di una propria vita autonoma. Ma il vero obiettivo è arrivare all'integrazione totale, e non solo in campo sportivo».

AREZZO Ospedale S. Donato: dopo un ventennio cambiano faccia i servizi di emergenza

Pronto soccorso, cure hi tech



Rete tecnologica per la centralità del paziente - Triage con percorsi autonomi

Aventi anni dalla sua realizzazione (1992), si profila una nuova vita per il Pronto soccorso del San Donato, frutto di una metamorfosi compiuta negli ultimi 17 mesi. L'intervento radicale a cui è stato sottoposto, con un impegno economico che supera i 9 milioni (quasi interamente finanziati dalla Regione), è collegato a una revisione generale dei servizi del San Donato avviata in questi ultimi anni e che, nel giro di altri 12/24 mesi, porterà alla completa "riscrittura" organizzativa del nosoco-

mio cittadino secondo la nuova concezione di "ospedale per intensità di cure". Il Pronto soccorso, collegato alla sua area di degenza d'emergenza rappresenta il modello più avanzato oggi esistente nella Regione. Tecnicamente all'avanguardia, è studiato per rispondere in modo differenziato alle esigenze e ai bisogni di coloro che vi accedono.

L'area dedicata al nuovo Pronto soccorso risulta oggi di 3.650 metri quadrati, quasi mille in più rispetto al passato. Obiettivo è stato il miglioramento e po-

tenziamento dei servizi di emergenza/urgenza, integrando gli aspetti sanitario, organizzativo, strutturale e tecnologico, in un sistema a rete, esteso all'intero territorio dell'azienda e dell'Area vasta sud-est.

Tra i risultati attesi dal nuovo assetto spazio-funzionale, frutto di un progetto preliminare sviluppato dall'area tecnica interna, ci sono una più netta distinzione dei percorsi interni, resi lineari e autonomi gli uni dagli altri (in particolare per i codici rossi) in integrazione con una

nuova zona per la radiagnostica; rafforzamento e ottimizzazione degli spazi per il trattamento dei pazienti critici, per gli ambulatori specialistici e le attività del personale, che gravitano attorno a una nuova area triage, oggi posta in posizione centrale, di fronte alla camera calda, in modo da separare il percorso dei codici gialli dai restanti; l'ampliamento e la differenziazione delle aree di attesa, tra cui una riservata ai pazienti pediatrici.

«Il nuovo Pronto soccorso - sottoli-

nea il direttore generale Enrico Desideri - è una struttura orientata alla centralità dei pazienti, pensata e progettata con una forte attenzione agli aspetti dell'accoglienza e dell'umanizzazione, oltre che a quelli dell'innovazione organizzativa e tecnologica. Ma allo stesso tempo, la sua realizzazione modifica nel profondo l'assetto strutturale e organizzativo di tutto l'ospedale».

Pierluigi Amorini

Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

EMPOLI

Valdarno, record di affidamenti: 60 bambini e 18 famiglie coinvolte

AFirenze a 10 anni dall'approvazione della legge 149/2001 (dicembre scorso), si è svolto un convegno regionale sull'affidamento familiare promosso dalla Regione Toscana e dall'Istituto degli Innocenti per tracciare un bilancio relativo a «tappe, temi e prospettive di sviluppo per l'attuazione del diritto di ogni bambino a una famiglia», titolo dell'iniziativa. Nell'occasione sono stati resi noti i risultati del lavoro di raccolta dati che il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza ha effettuato tra il 2008 e il 2010. I servizi sociali in Toscana si muovono in un'ottica che privilegia

Terzo posto in Italia dopo Piemonte e Valle d'Aosta

può certamente affermare che in questo territorio è stato scelto di privilegiare nettamente l'istituto dell'affidamento familiare. Il Centro affidi del Valdarno Inferiore è uno dei primi nati in Toscana (1996) e, quindi ha accumulato esperienza e professionalità necessarie per intervenire in situazioni delicate e complesse.

Qualche numero per comprendere meglio, e più nel dettaglio, gli interventi del Centro affidi: 60 bambini in affidamento (18 di Santa Croce sull'Arno, 12 di San Miniato, 11 di Fucecchio, 8 di Castelfranco di Sotto e 8 di Montopoli in Val d'Arno; 3 provenienti da fuori Regione) di cui 9 minori

stranieri non accompagnati; 18 famiglie coinvolte (14 attive e 4 disponibili all'affido); 10 bambini in attesa di affidamento.

«Voglio cogliere l'occasione - ha detto il presidente della Sds del Valdarno Inferiore, Vittorio Gabbani - per invitare a riflettere sull'affidamento familiare e a prendere contatto con il Centro affidi della Società della salute per informazioni, materiale e documentazione».

Maria Antonietta Cruciatà
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

LUCCA

Capannori, salute sul lavoro al check: aumentano le malattie professionali

La salute sul lavoro: vecchi rischi, nuova attenzione è stato il tema del seminario che si è svolto a fine gennaio nell'auditorium del Centro sanitario di Capannori. Il seminario, realizzato dall'unità funzionale Prevenzione igiene sicurezza nei luoghi di lavoro dell'Asl 2 nell'ambito delle iniziative della rete regionale Rls, è un'occasione annuale di incontro tra operatori Asl e figure della prevenzione delle aziende, con particolare riferimento ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

L'argomento di quest'anno erano le malattie professionali e i loro fattori di rischio e scaturisce dal numero elevato di denunce di malattia professionale nella provincia: 1.422 nel 2010, 1.580 nei primi 10 mesi del 2011 (un terzo del totale regionale di 4.921 denunce). Questo dato, il più alto della Toscana, deriva da un lavoro capillare svolto dai patronati, con conseguenze elevate notificate di malattie professionali nella nostra provincia e viceversa da un'ampia "sottonotifica" nelle altre province.

All'incontro si è parlato del tema delle malattie da movimenti ripetitivi dell'arto superiore, i

I rischi maggiori: mesoteliomi e movimentazioni

fattori di rischio e le soluzioni, con riferimento alle principali esposizioni del territorio. Si tratta di una patologia molto diffusa e poco considerata nelle valutazioni dei rischi delle aziende, ma che può essere molto invalidante e limitare in maniera considerevole le capacità lavorative degli interessati. Successivamente sono stati illustrati i principali fattori di rischio dei tumori professionali sul territorio dell'Asl 2, che sono rappresentati per il 50% circa da mesoteliomi dovuti alla pregressa esposizione ad amianto. Un altro fattore di rischio frequente sul territorio lucchese è la polvere di legno e quella di cuoio,

che provocano tumori del naso e dei seni paranasali, sui quali è in procinto di partire uno specifico intervento nel prossimo triennio 2012-2014.

Infine l'attenzione si è focalizzata sui rischi da radiazioni Uv solari a cui è esposto chi lavora all'aperto. Un rischio vecchio ma spesso sottovalutato, e può essere causa di invecchiamento precoce della pelle e di tumori cutanei.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

SIENA

Chirurgia dell'occhio alle Scotte: in funzione la tecnica a doppio laser

Tecnologia innovativa per la chirurgia dell'occhio al Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena: è operativo il nuovo fentolaser, strumento che ha dato forte impulso allo sviluppo della chirurgia corneale e refrattiva negli ultimi anni.

«Abbiamo effettuato un grosso investimento - spiega Paolo Morello, direttore generale Aou senese - per garantire ai pazienti il meglio della tecnologia disponibile, che permette agli oculisti di potenziare le possibilità diagnostiche e terapeutiche». Lo strumento è già operativo ed è utilizzato sia dall'oculistica, diretta da Aldo Caporossi, che dall'oftalmologia, diretta da Edoardo

Motolese. «Si tratta del primo laser - spiega Caporossi - che con un'azione fotoablativa riesce a produrre piani di taglio sul tessuto corneale con precisione e profondità, consentendo una fotoablazione con il laser a eccimeri per la correzione dei difetti della vista. Con ablazione più profonda si possono preparare piani di taglio per una chirurgia lamellare anteriore, dove il tessuto rimosso è sostituito con tessuto da donatore e consente un vero trapianto lamellare per esiti di cicatrici o per cheratocono».

Nuove frontiere per i trapianti con il «fentolaser»

La procedura refrattiva che prende il nome di tecnica a doppio laser, il "J lasik", favorisce un recupero molto più rapido della tecnica di superficie, senza sintomi dolorosi. «Il fentolaser - prosegue Caporossi - ha cambiato la tecnica chirurgica del trapianto perforante sostituendosi al trapianto manuale e migliorando la metodica, producendo un profilo a incastro che consente una maggiore precisione chirurgica, una più rapida guarigione e sicurezza del decorso post-operatorio, con minore presenza di astigmatismo chirurgico post-intervento».

È il primo fentolaser disponibile in una struttura universitaria toscana. «In un'unica sala operatoria - conclude Morello - abbiamo la potenzialità di un laser a eccimeri per la chirurgia dei difetti di vista di ultima generazione, il nuovo fentolaser per la tecnica refrattiva con doppio laser per i trapianti lamellari e perforanti e una postazione chirurgica con microscopio operatorio per l'immediato passaggio dal tempo laser al tempo chirurgico».

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou Siena

IN BREVE

AREZZO

Migliorano in Valtiberina le prestazioni di assistenza alle donne in stato di gravidanza. Dal 19 di gennaio è in funzione un ecografo di ultimissima generazione (Esate Mylab 50 Gold), nei locali del consultorio familiare a Sansepolcro dove saranno svolte tutte le sedute ecografiche, finora svolte presso i poliambulatori ospedalieri. Il nuovo ecografo è dotato di un programma più avanzato e sofisticato. «Le ecografie ostetriche - ricorda Patrizia Castellucci, direttore della Zona Distretto - hanno bisogno di un apparecchio ecografico all'avanguardia, come il Mylab 50, che dia l'opportunità di poter individuare, e quindi diagnosticare, situazioni fetali a rischio di patologie. E ogni anno ne vengono eseguite oltre settecento».

EMPOLI

L'Asl 11, le Società della salute di Empoli e Valdarno Inferiore, l'Agenzia per la formazione e l'Associazione Autismo Toscana sono i promotori della II edizione del convegno dedicato all'autismo dedicato al tema «Autismo tra adolescenza ed età adulta», in programma il 29, il 30 e il 31 marzo al Centro studi "I Cappuccini" a San Miniato di Pisa. Il convegno è aperto a 110 partecipanti tra medici, pediatri, neuropsichiatri infantili, psichiatri, psicologi, terapisti, educatori, assistenti sociali, infermieri, insegnanti e genitori. Per iscriversi c'è tempo fino al 17 marzo. Durante il convegno verrà dato spazio a varie tematiche come insegnamenti funzionali per l'inclusione sociale e lavorativa dei giovani affetti da autismo e la terapia farmacologica.

PISTOIA

Compie 10 anni la Residenza sanitaria assistenziale di Cantagrillo, nel comune di Serravalle Pistoiese. Per l'occasione lunedì 30 gennaio è stata organizzata una vera e propria festa. Gli operatori sono: 4 infermieri, 14 operatori socio-sanitari della Asl pistoiese e 10 operatori socio-sanitari della Cooperativa sociale "Gli Altri", due fisioterapisti, un'animatrice e altri 10 operatori dei servizi generali della Cooperativa. All'interno della struttura le persone sono assistite, curate e stimolate all'autonomia fisica e psicologica. Particolare attenzione è rivolta alla socializzazione e all'integrazione, oltre che alle relazioni interpersonali che sono incoraggiate dagli operatori con iniziative di vario tipo comprese quelle ludiche e laboratoriali.

CALENDARIO



MASSA E CARRARA

«La prevenzione del suicidio in ospedale»: è il convegno organizzato dall'Asl 1 per sensibilizzare il personale sanitario sui rischi di comportamenti suicidari dei ricoverati in ospedale e le loro dinamiche psicologiche e psicopatologiche. Info: 0585657516, formazione@asl1.toscana.it.



GROSSETO

«La psicofarmacologia dell'età evolutiva: limiti e prospettive nella pratica ambulatoriale delle Ufsmia» è l'incontro presso la Sala della Biblioteca del Dsm Villa Pizzetti a Grosseto. Obiettivo è informare e aggiornare i medici delle Ufsmia e delle Ufsmia sull'uso delle molecole psicotropiche più efficaci in età evolutiva. Info: 0564483713, m.camuffo@asl9.toscana.it.



FIRENZE

Si terrà al Centro formazione Il Fuligno il convegno internazionale di Medicina narrativa «Name 2. Ora è tutta un'altra storia». Si parlerà della malattia tra narrazione e rappresentazione, dei colloqui paziente-medico con storie video-riprese e di spunti per un cambiamento nella pratica clinica. Info: 0556938421, silvio.dulivo@asf.toscana.it.

CHI DONA SANGUE HA CUORE.

In Toscana migliaia di
persone vivono grazie
alla donazione di sangue,
plasma e piastrine.



NUMERO VERDE
800 556060

www.regione.toscana.it/donareilsangue



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana



AVIS



FRATRES
DONATORI DI SANGUE