

Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 29 anno XII del 28 lug.-3 ago. 2009 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

Dare il massimo per garantire criteri d'equità

di Mario Cecchi *

Fin dalla prima lettura la "direttiva" impone un'attenzione particolare per i forti contenuti che vanno al di là dei singoli punti deliberati di carattere organizzativo, procedurale ed economico. Il riferimento è al sottofondo di equità che, a mio parere, la rende particolarmente intrigante e provocatoria.

Il comune denominatore è il bisogno del cittadino riconosciuto dallo specialista e indicato in una specifica classe di priorità clinica: lista di prenotazione chirurgica in ordine cronologico ma "a parità di gravità" del singolo caso. È provocatorio che in questo Registro la prenotazione sia indipendente dalla modalità ordinaria o in libera professione (intra-moenia) scelta dall'assistito (e concordata con il chirurgo)!

La priorità clinica, cioè la necessità del trattamento per lo specifico bisogno del paziente, è indipendente dalla modalità di erogazione del servizio: in altre parole l'intervento dev'essere eseguito entro il tempo indicato dal chirurgo, sulla base di linee guida condivise. Perché un cittadino, al quale il chirurgo ha confermato la necessità di un intervento e ne ha indicato l'esecuzione in tempi rapidi, non dovrebbe trovare lo spazio per "fare la cosa giusta al momento giusto"? E ancora, perché non la dovrebbe trovare con la garanzia di parità di trattamento sia che avvenga in regime

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

"Tetto" di tre mesi per le aziende sanitarie e risarcimento ai cittadini

Lista unica per la chirurgia

Debutta il registro unificato per gli interventi ordinari e in intramoenia

La Regione Toscana promuove un'immediata, sostanziale e generalizzata riduzione dei tempi di attesa della chirurgia programmata sia in regime di ricovero che ambulatoriale. Un grande passo in avanti portato avanti dalla Giunta che, grazie a un finanziamento di 10 milioni, impegnerà le aziende sanitarie a predisporre progetti esecutivi di potenziamento complessivo del settore chirurgico di loro competenza per assicurare, oltre il tempo programmato nelle specifiche classi di priorità, un tempo massimo di attesa di tre mesi per qualsiasi trattamento chirurgico appropriatamente definito. Entro novembre ciascuna azienda dovrà assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche elettive indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito: un obiettivo perseguito mantenendo fermo il criterio fondamentale della democraticità dell'accesso ai servizi e della appropriatezza tra domanda e offerta.

Un sistema sanitario pubblico basato sulla solidarietà, non può mai derogare da questi due principi anche se qualsiasi Ssr, in Italia, può correre il rischio di legittimare un'organizzazione a due velocità di accesso ai servizi, sia pur nel rispetto di tutta la complessa normativa che attualmente regola il sistema sanitario nazionale. Questa decisione è dunque un passo avanti verso il miglioramento ulteriore della qualità del sistema toscano, in particolare in ambito chirurgico, dove oltre a "fare le cose bene", è necessario "fare la cosa giusta nel tempo giusto".

Per organizzare un contesto professionale nel quale sia concretamente agibile "la cosa giusta nel tempo giusto", è stato messo in gioco anche l'istituto della libera professione intramoenia, attività considerata da sempre parte integrante, e risorsa, del Ssr perché consente una modalità di erogazione per le prestazioni sanitarie richieste dal cittadino con caratteristiche aggiuntive al livello essenziale di appartenenza, sia per la scelta del professionista sia del comfort



PROGETTO DI PARTNERSHIP

Sicurezza alimentare, intesa con la Cina

Patto con la Regione del Guangxi: nasce un centro di ricerca e formazione

Approvata l'intesa con la Regione autonoma del Guangxi (Cina) per la creazione di un Centro di ricerca e formazione sulla sicurezza alimentare. Con la delibera n. 541 del 29/06/2009 si punta a favorire le reciproche conoscenze sulla produzione e il controllo delle produzioni alimentari. I centri - uno in Toscana e uno nel Guangxi - svilupperanno collaborazioni universitarie pre e post laurea grazie a scambi di responsabili, tecnici, docenti e studenti del settore.

Riferimento per la Regione Toscana sarà il Dipartimento di Patologia animale, profilassi e igiene degli alimenti della facoltà di Medicina veterinaria di Pisa. Il costo del progetto, di quattro anni, è di 200mila euro e sarà finanziato, in misura del 50% ciascuno, dalle due Regioni. Grazie a questa collaborazione si intende riqualificare il sistema di controllo della sicurezza alimentare nel Guangxi, portare a una maggiore conoscenza dei reciproci modelli produttivi e di controllo, creare canali privilegiati per gli scambi commerciali e creare figure professionali (italiane e cinesi) in grado di trovare collocazione nei sistemi ufficiali di controllo, nelle università e nelle imprese alimentari.

alberghiero, in particolare quelle in costanza di ricovero, più funzionale e di maggior garanzia per l'utente rispetto all'esercizio extra-moenia.

L'organizzazione attuale dell'intramoenia soffre di una criticità nell'assicurare il rispetto dei principi di uguaglianza e di equità nell'accesso ai servizi sanitari. Le disposizioni regolamentari in materia libero-professionale, prodotte in questi ultimi anni, non hanno portato all'equilibrio perseguito dal legislatore tra attività istituzionale e attività libero-professionale, almeno nella dimensione del tempo di attesa riscontrato che, insieme al volume delle prestazioni erogate, rappresentano le dimensioni essenziali di questo particolare equilibrio. Questo è particolarmente stridente quando il tempo di attesa correla, sia nel percepito del cittadino sia nell'efficacia dimostrata del trattamento, con la salute possibile.

Ricondurre a un tempo d'attesa eguale nei due diversi regimi, tramite un Registro unico, l'accesso al trattamento chirurgico, è il patto consapevole e maturo tra sistema sanitario, cittadino e professionista: per il sistema sanitario il riconoscimento di un diritto del cittadino e del professionista; per il professionista la responsabilità del governo clinico del trattamento chirurgico; per il cittadino la conferma del senso di appartenenza a un sistema effettivamente equo e solidale.

Una volta definito e raggiunto il tetto massimo dei tre mesi di attesa e del tempo programmato nelle specifiche classi di priorità - con la collaborazione delle direzioni aziendali, professionisti e operatori del sistema -, l'attività libero-professionale potrà svilupparsi senza ulteriori vincoli essendo in questo modo garantito il presupposto dell'uguaglianza della cura a parità del bisogno.

Valter Giovannini
Loris Proserpi
Area coordinamento Sanità
Regione Toscana

ALTRI SERVIZI A PAG. 2 E TESTO A PAG. 4-5

CONTROCANTO

Un "boomerang" per cittadini e medici

di Marco Scatizzi *

Siamo chirurghi impegnati nella quotidiana riduzione delle liste d'attesa, siamo d'accordo a colpire chi specula su queste per indurre l'accesso a interventi in libera professione e concordiamo sul principio di eguaglianza di ogni cittadino rispetto al Ssr.

Il blocco di fatto degli interventi in libera professio-

ne, che indurrà in prima applicazione la delibera regionale, causerà un allungamento delle liste d'attesa.

Ricordo che gli interventi in libera professione sono meno del 2% e sono realizzati fuori dall'orario di servizio. Aumenterà la burocrazia causa dell'istituzione del-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Farmacie, nuovi presidi periferici

La Giunta ha approvato l'istituzione di nuove proiezioni delle farmacie nei comuni di Asciano, Castelnuovo Berardenga e Monteroni d'Arbia (Si), Campagnatico e Roccastrada (Gr), Montecarlo (Lu), Reggello - nella frazione di Vaggio e nella frazione di Donnini - e Greve in Chianti (Fi), Massa e Cozzile (Pt). (Delibere n. 430, 431, 432 del 25/05/2009)

Linee sull'"attività fisica adattata"

Approvate le linee di indirizzo per il percorso Afa (Attività fisica adattata) e lo schema di accordo tra Regione, sindacati

confederali, dei pensionati del lavoro autonomo ed enti di promozione sportiva. Le linee riguardano la tipologia dei programmi Afa, il ruolo delle aziende sanitarie e delle Sds e l'istituzione di uno strumento di coordinamento in ogni azienda. (Delibera n. 459 del 03/06/2009)

Corsi per operatori socio-sanitari

La Giunta ha autorizzato l'attivazione, per il 2009, di 31 corsi per operatore socio-sanitario per 930 posti complessivi presso le aziende sanitarie della Toscana. Il percorso per conseguire la qualifica di Oss dura mille ore. (Delibera n. 551 del 29/06/2009)

ALL'INTERNO

Danni cerebrali, percorsi ad hoc

A PAG. 3

Empoli: edilizia «sostenibile»

A PAG. 6

Il prossimo numero de "Il Sole 24Ore Sanità Toscana" sarà di nuovo in distribuzione da martedì 8 settembre.

Buone vacanze ai lettori.

MODELLI

Stanziate 2,5 milioni per ridurre le attese in ambito specialistico



Visite, giro di vite sui tempi

Si parte con chirurgia e urologia: tetto di 15 giorni e bonum-malum

Abbattere le liste d'attesa per le visite specialistiche con tempi più brevi, definiti e omogenei sul territorio regionale. È questo l'obiettivo della Regione Toscana che, grazie all'approvazione della delibera n. 578 del 6 luglio 2009, impegna i servizi sanitari definendo i tempi massimi di attesa da rispettare. Un'operazione finanziata con 2,5 milioni, da destinare all'acquisizione di competenze tecnologiche e professionali e iniziative di adeguamento funzionale e tecnologico, che punta a migliorare la gestione delle liste, uno dei problemi più spinosi.

Nel primo punto del provvedimento viene stabilito che, a decorrere dal 30 ottobre prossimo, anche le visite specialistiche di chirurgia e di urologia debbano essere effettuate entro il tempo massimo di quindici giorni. Nel caso in cui l'azienda sanitaria di residenza non riuscisse a fornire la prestazione entro questa scadenza - almeno in uno dei suoi presidi, pubblico o del privato accreditato -, il cittadino ha diritto di essere indennizzato con 25 euro.

Il meccanismo, comprensivo di bonum-malum, è analogo a quello introdotto nel febbraio 2006 - Dgr n. 143 - per le sette principali visite specialistiche (cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica e otorinolaringoiatria) ed esteso nel novembre dello stesso anno, grazie alla Dgr n. 867, con l'obbligo di rispettare il tempo massimo di 30 giorni per 120 prestazioni di radiologia scheletrica e diretta d'organo, di radiologia tradizionale e di ecografia.

Ma il ventaglio è destinato ad allargarsi ancora. A partire dal primo gennaio 2010 infatti il primo accesso entro 30 giorni dovrà essere assicurato dalle aziende sanitarie locali anche per le visite specialistiche di allergologia, reumatologia, endocrinologia e pneumologia. Per

ottenere questo risultato i Comitati di Area vasta, che svolgono compiti di programmazione e coordinamento delle prestazioni e dell'organizzazione sanitaria, sono tenuti a presentare progetti per incrementare le competenze specialistiche necessarie per raggiungere l'obiettivo.

Il provvedimento interviene infine con grande energia sul problema della diagnostica strumentale, per assicurare ai cittadini un accesso in tempi più rapidi e tempestivi alle prestazioni di risonanza magnetica, Tc e Ecocolor-doppler. Una decisione che deriva dalle richieste sempre più frequenti, sia da parte di singoli cittadini che dalle varie associazioni degli utenti, di prevedere modalità di accesso semplificate nel percorso o nei tempi di attesa. Per questo ogni Area vasta dovrà disporre a partire dal primo settembre 2009 di almeno un polo radiologico ad alta produttività, che disponga di tecnologia di risonanza magnetica ad alta e bassa intensità di campo, attivo tutto l'anno, giorni festivi compresi, oltre le 12 ore giornaliere e di norma dalle 7 del mattino alle 23.

I contributi per la realizzazione dei progetti verranno assegnati alle singole aziende sanitarie secondo gli importi specifici previsti nei progetti presentati dal comitato di Area vasta. La responsabilità dell'attuazione, monitoraggio e verifica dei progetti viene assegnata alla Dg dell'Ausl 10 di Firenze - per l'Area vasta Centro - a quella della Ausl 5 di Pisa - per l'Area vasta Nord-Ovest - e a quella dell'Ausl 8 di Arezzo per l'Area vasta Sud-Est. Grazie alle azioni da realizzare in queste tre aree di intervento non solo viene assicurato l'accesso dei cittadini, entro tempi definiti a ulteriori visite specialistiche, ma si punta a consolidare i risultati raggiunti.

S.C.

Rimborso di 25 euro per il cittadino non accontentato

CODE DA SMALTIRE

Prelievi, nuovi orari in laboratorio

Dall'inizio di luglio le Asl locali della Toscana prolungano l'orario di apertura di uno più punti prelievo del sangue almeno fino alle 11 del mattino. Lo ha deciso la Giunta, con l'obiettivo di smaltire in tempi brevi una richiesta sempre più massiccia da parte degli utenti.

I prelievi dovranno essere garantiti a tutti i cittadini che si presenteranno entro l'orario, indipendentemente dal numero di accessi che si sarà generato nel corso della mattinata. In questi anni la diagnostica di laboratorio ha subito anche nella nostra Regione un forte sviluppo, in forza della crescente complessità delle pratiche mediche che hanno reso necessario un ricorso frequente a questo tipo di esami. La maggior parte degli esami possono però venire effettuati anche su persone non a digiuno o a distanza di poche ore da una colazione

ne leggera e quindi gli accessi possono essere diversificati nel tempo. Nei casi in cui, per condizioni particolari, contingenti o per scarso numero di accessi non venisse adottato il nuovo orario le aziende sono tenute a darne informazione motivata alla Dg per il diritto alla salute.

Ciascuna azienda, a partire dal giorno 30 luglio 2009, dovrà provvedere a fornire idonea comunicazione agli utenti, in ordine all'orario di aperture dei punti prelievo. Grazie a questo provvedimento i punti prelievo potranno esprimere una maggiore produttività, tenendo il passo con la crescita della domanda e dando risposte alla pressione molto forte esercitata dagli utenti sui punti prelievo, che in molti casi vengono affollati da un gran numero di persone.

S.C.

Prelievi di specialistica ambulatoriale nelle aziende

Anno	Sangue venoso	Sangue capillare	Sangue arterioso	Totale
2006	3.182.767	85.747	39.415	3.307.929
2007	3.145.567	73.972	41.288	3.260.827
2008	3.618.078	73.522	38.117	3.729.717

LE MISURE PER SOSTENERE L'INNOVAZIONE

Sprint alla ricerca e accordo sui brevetti

La Regione Toscana ha approvato, con decreto dirigenziale n. 3242 del 30 giugno 2009, un bando da 14,4 milioni per promuovere la ricerca, lo sviluppo e l'innovazione in materia di salute sul territorio toscano.

Il bando, secondo le indicazioni dell'Advisory board per la Ricerca sulla salute istituito con deliberazione della Giunta n. 889 del 3/11/2008, intende finanziare progetti di alta qualità con l'obiettivo di valorizzare e consolidare le eccellenze della ricerca; promuovere lo sviluppo di ricerche che producano risultati brevettabili; favorire l'attrazione di idee innovative da parte di ricercatori d'eccellenza anche provenienti da altri Paesi, ma disponibili a realizzare il loro progetto nelle strutture toscane.

I progetti andranno svolti presso

strutture di ricerca pubbliche o private (escluse le imprese) qualificate a svolgere ricerca e/o assistenza nel campo della salute o di interesse sanitario che abbiano sede legale o sede operativa nel territorio della Regione.

I progetti potranno essere presentati da ricercatori con posizioni sia a tempo indeterminato che determinato (compresi i titolari di assegni di ricerca e borse di studio) nelle strutture di ricerca pubbliche o private qualificate. Potranno presentare progetti anche ricercatori provenienti da fuori Regione che ritengano di poter svolgere la ricerca proposta.

Il termine per la presentazione dei progetti è fissato a 60 giorni dalla

data della pubblicazione del bando sul Burt, prevista entro il mese di luglio. Per informazioni e chiarimenti è possibile contattare l'indirizzo di posta uvar@regione.toscana.it.

Un provvedimento importante in un momento in cui la crisi produttiva rischia di causare al sistema della ricerca italiana un nuovo, pesante e inesorabile ridimensionamento. È un dato di fatto che il sistema della ricerca in Italia sia caratterizzato da notevoli difficoltà e distorsioni: gli investimenti pubblici dedicati alla ricerca, a esempio, sono solo lo 0,9% del nostro Pil, di fronte all'obiettivo del 3% fissato dall'Ue a Lisbona nel 2000 e alla percentuale di Paesi leader come

la Svezia o Israele, che già supera il 4 per cento. Soprattutto nel campo biomedico, la ricerca è in realtà una funzione fondamentale, costitutiva e pervasiva nella nostra società, poiché alimenta lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e operative e la conseguente messa a punto di processi e prodotti innovativi, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia.

La Regione si è mossa anche per proteggere i risultati scientifici della ricerca e valorizzarli nel trasferimento tecnologico promuovendo un protocollo - destinato a dare un impulso determinante al settore dei brevetti e del trasferimento tecnologico in cam-

po biomedico, farmaceutico e in generale in quello delle scienze della vita - con le tre Università e le quattro Aou. L'accordo è stato approvato dalla Giunta (delibera n. 52 del 26/01/2009). Nella stessa direzione va anche la scelta di sfruttare appieno le opportunità offerte dai fondi strutturali europei. Azioni importanti perché l'investimento in ricerca consolida la fiducia che i cittadini ripongono nei servizi, ed è motore di reti e rapporti di collaborazione strategica tra i diversi soggetti che, a vario titolo, contribuiscono al sistema salute.

Marco Masi

Dirigente Settore Ricerca, Sviluppo e Tutela nel lavoro
Dg Diritto alla Salute
e di Politiche Solidarietà

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

L'Ufficio per la programmazione chirurgica, con l'obbligo per il paziente di presentarsi in ospedale per l'iscrizione in lista d'attesa, con un percorso che è contrario alla semplificazione.

Si parla di tre mesi massimi d'attesa per ogni intervento, quando la delibera 649 del 30 giugno 2003 regola le priorità degli interventi, modulandoli correttamente in categorie (A, B, C, D) con tempi ritenuti congrui fra 30 gg per gli oncologici (A) e oltre 6 mesi per i piccoli interventi marginali (D).

Gli investimenti previsti, senza un piano regionale, non serviranno ad aumentare la capacità produttiva del sistema chirurgico toscano, sottodimensionato da anni di trascuratezza della programmazione e,

dal 2007, depotenziato dall'assessore con il taglio degli abbattimenti di lista aggiuntivi.

Ne trarranno vantaggio l'ospedalità privata, che accoglierà chi non potrà essere soddisfatto nel Ssr, i dirigenti Ssr che possono scegliere l'extramoenia e chi anticiperà la pensione per far concorrenza da fuori. Perderanno gli onesti, i chirurghi che si impegnano professionalmente, attraendo i pazienti nel Ssr, attraverso le buone pratiche che si sentiranno ancora una volta considerati dall'assessore approfittatori da controllare.

Non so se il cittadino, che attende oggi l'intervento più del dovuto, sarà contento di attenderlo un po' di più, confortato dal fatto che finalmente, anche chi paga, per equità,

non potrà essere soddisfatto nel Ssr.

Vi è inoltre l'aspetto giuridico che parla - dal Dpcm 27/03/2000 in poi, in tutti gli atti nazionali e regionali - di istituire spazi e percorsi separati e distinti, non di unificazione delle liste, di rapporto tra volumi istituzionali e in libera professione, con la funzione di quest'ultima di ridurre le liste d'attesa.

Infine la libera scelta del chirurgo è un diritto del cittadino e la libera professione è un diritto contrattuale del chirurgo. Riteniamo di doverci opporre con tutti i mezzi a una delibera dannosa per il cittadino e per il Ssr.

* Direttore

Uo Chirurgia gen. Ospedale di Prato
Delegato regionale Fesmed

Dare il massimo... (segue dalla prima pagina)

istituzionale che in regime libero-professionale?

Questa direttiva obbliga tutti gli attori coinvolti nel complesso sistema assistenziale a porsi la domanda e a trovare le risposte, ripensando criticamente alle modalità organizzative in ciascuna azienda sanitaria della Toscana. Come chirurgo ho ben chiaro il duro confronto quotidiano con le risorse a disposizione, ma ho anche ben chiaro che è assolutamente inaccettabile da parte del cittadino che lo stesso chirurgo dichiari che l'intervento nei tempi indicati sia possibile solo se eseguito in regime libero-professionale.

Abbiamo un'occasione eccezionale per dimostrare che stiamo lavorando al meglio nella specifica mission che ci è stata assegnata:

"dare il massimo delle risposte appropriate possibili con le risorse assegnate". Nella "direttiva" sono indicati i tempi e gli stanziamenti economici per l'attivazione di «progetti specifici per assicurare un incremento della produzione chirurgica e per la promozione per un'ulteriore qualificazione del processo chirurgico». La sfida da raccogliere è che i chirurghi siano in prima fila per portare il loro contributo di esperienza e di conoscenza per l'ottimizzazione delle risorse assegnate e per lo sviluppo dei progetti di miglioramento, nel rispetto dell'etica e nell'interesse primario del cittadino-utente-paziente che si affida alle nostre mani.

* Osservatorio Regionale sull'Ospedale per intensità di cure

STRATEGIE

Definiti dalla Giunta i percorsi per le gravi cerebrolesioni acquisite

Cerebrolesi, cure integrate

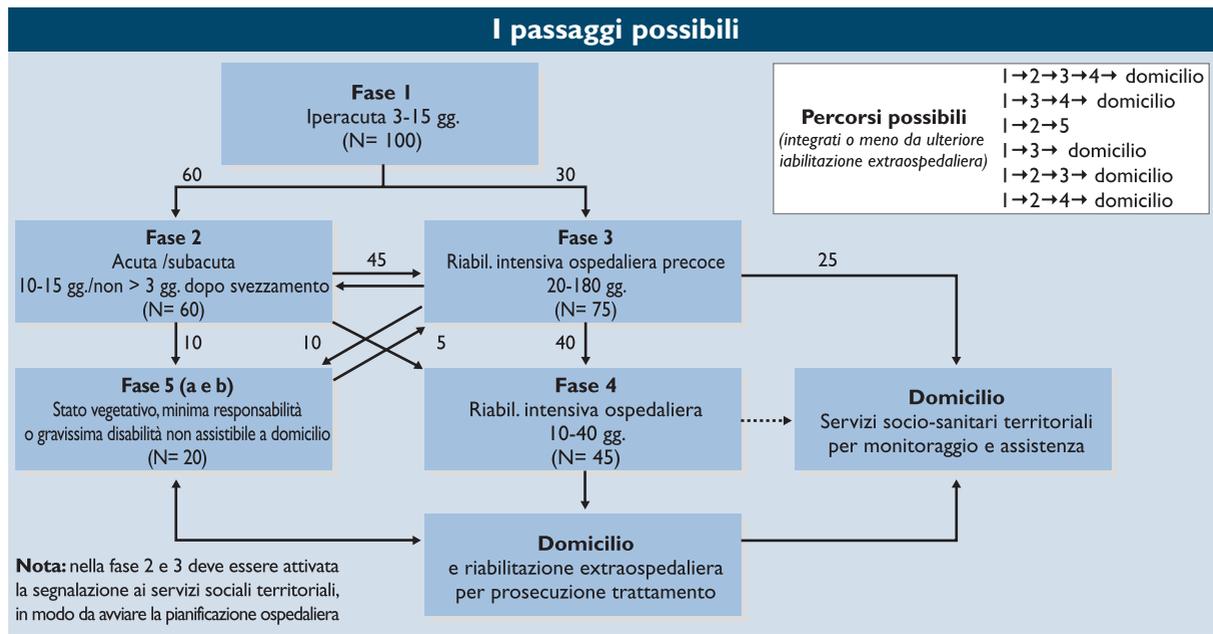


Iter assistenziale diviso in cinque fasi, dall'acuzie alla domiciliarità

Le gravi cerebrolesioni acquisite (Gcla) - un danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto, e menomazioni senso-motorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave - rappresentano un problema rilevante per l'assistenza sanitaria e sociale. Nel 2000 e nel 2005 due Conferenze di consenso in Italia hanno prodotto raccomandazioni per il miglioramento delle cure ai pazienti e del sostegno alle famiglie, incoraggiando una migliore conoscenza epidemiologica del fenomeno.

La continuità e l'integrazione assistenziale sono sfide importanti nell'assistenza a questi pazienti che, nel corso della loro esperienza di malattia, possono attraversare setting assistenziali differenziati, con ripetuti passaggi tra ospedale e territorio, contatti con numerosi specialisti e accessi a servizi e prestazioni di diversa complessità.

Per rispondere a queste sfide, la Giunta regionale ha approvato - con delibera n. 599 del 7 luglio - un percorso assistenziale standard per i pazienti con Gcla diagnosticati. Il documento tecnico, sottoposto al parere delle società scientifiche e approvato dal Consiglio sanitario regionale, è stato elaborato da



un gruppo di lavoro multidisciplinare nel periodo marzo-ottobre 2008 in accordo alle indicazioni del Psr della Toscana 2008-2010 e a seguito di precedenti iniziative di discussione e approfondimento.

Vengono così identificate le fasi fondamentali del percorso assistenziale, le caratteristiche distintive - sul piano clinico - di ciascuna fase, i principali criteri di "trasferibilità" da una fase all'altra e i principali sottogrup-

pi di pazienti che sperimentano diversi percorsi - derivanti dalle diverse combinazioni delle fasi fondamentali.

Il modello di assistenza prevede un percorso in 5 fasi che, partendo dalla fase acuta, segue il paziente fino alle fasi più tarde dove la gestione è prevalentemente domiciliare o in strutture di assistenza.

La caratteristica di questo modello è quella di non prevedere passaggi in una sola dire-

zione, ma possibili rientri in fasi precedenti oppure passaggi in fasi successive saltando parte del percorso. Si costituisce così una sorta di circolarità con passaggi da fasi prettamente sanitarie (fase 1, 2, 3, 4) a fasi a maggior intervento sociale (fase 5a-5b) e viceversa.

Questo modello si propone di ridurre i tempi di degenza nella fase più acuta (rianimazione), ottimizzare le degenze nelle altre fasi e incrementare l'ap-

proprietezza dei ricoveri.

Un percorso fondamentale visto che in Toscana vengono stimati, partendo da stime nazionali, 350-525 nuovi casi all'anno e che secondo stime dirette condotte dall'Agenzia regionale di Sanità, a partire dalle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) e dagli archivi informatizzati della riabilitazione (Spr) e delle prestazioni ambulatoriali (Spa), l'entità del fenomeno si attesta tra i 460 e i

760 nuovi casi all'anno.

L'idea forte che ha guidato la definizione di questo modello è stata quella di delineare le concrete e specifiche necessità di cura per le varie fasi del percorso, evitando un doppio errore di progettazione piuttosto comune in tutti i sistemi sanitari: da un lato il tardivo avvio della riabilitazione e dall'altro l'inutile assorbimento, in stadi successivi della malattia, di risorse tecnologiche e professionali che dovrebbero essere invece dedicate esclusivamente alla fase acuta.

La proposta delinea dunque nuovi criteri e standard assistenziali che potranno produrre un lieve alleggerimento delle terapie intensive e un contemporaneo parallelo modesto e ragionevole incremento del fabbisogno di letti da dedicare alla riabilitazione intensiva ospedaliera di alta specialità.

Enrico Desideri

Direttore generale

Diretto alla salute

Regione Toscana

Federico Posteraro

Uovo Riabilitazione neurologica

e gravi cerebrolesioni acquisite

Auxilium Vitae - Volterra

Stefania Rodella

Ars Toscana

Osservatorio qualità ed equità

Gruppo di lavoro regionale

LA FEDERAZIONE DEI COLLEGI LANCIÀ L'ALLARME

«A rischio i corsi di laurea degli infermieri»

Nel panorama sanitario l'insieme degli infermieri (368mila) rappresenta un mondo vivace e variegato che, nell'ultimo quindicennio, ha letteralmente ribaltato il suo status formativo e giuridico percorrendo un rilevante percorso di professionalizzazione. Questo si basa su una formazione svolta completamente in ambito universitario, ma in questi ultimi mesi il rapporto tra infermieri e università ha evidenziato diversi contrasti al punto che, durante la terza Conferenza sulle politiche della professione infermieristica (Bologna, 16 giugno 2009), sono stati resi pubblici, malessere, criticità e tensioni.

Il ministero dell'Università e il ministro Gelmini ritengono ineludibile la trasformazione delle Università italiane e una profonda razionalizzazione dell'offerta formativa, ed è pensiero condiviso la necessità di una profonda riforma. In tale logica è stata prevista la revisione, l'accorpamento e la soppressione dei settori scientifico disciplinari (Ssd): l'azione trova consenso anche tra gli infermieri, i quali però trovano ingiusta l'ipotesi di accorpamento l'unico settore scientifico disciplinare infermieristico (Med 45 - Infermieristica generale clinica e pediatrica).

Così facendo questo settore verrebbe accorpato in un'area costituita da branche mediche oppure in una specie di area "tecnica" che vedrebbe al suo interno una miscelanea formativa indistinta a cui afferirebbero tutte le professioni sanitarie cosiddette "non mediche".

Questa ipotesi risulta inaccettabile per tutti gli infermieri: sia per la riconosciuta specificità e unicità - anche a livello internazionale - della disciplina infermieristica, sia per la peculiarità delle funzioni che l'infermiere quotidianamente svolge nell'ambito dell'intero sistema salute del Paese, sia per il percorso a ritroso che ne deriverebbe per il mantenimento delle peculiari aree di autonoma assunzione di responsabilità. Non è un caso che nei viginti ordina-

menti didattici inerenti il corso di laurea in infermieristica, il settore scientifico-disciplinare Med. 45 copre ben il 25% di tutti gli insegnamenti previsti.

Il criterio che verrebbe utilizzato per mantenere, sopprimere o accorpate i settori scientifico-disciplinari sarebbe quello basato sul numero di professori che vi afferiscono. Se così fosse la disciplina infermieristica sarebbe fortemente penalizzata sia per il suo recente inserimento in ambito universitario (10 anni), sia per la ricerca di ottima qualità prodotta dai professori in infermieristica (quoziente di "impact factor" pari a circa 80) sia per la competenza dimostrata nel garantire buona formazione agli attuali 45mila studenti infermieri, mentre il nostro Paese ha bisogno di infermieri con una forte caratterizzazione assistenziale, capaci di rilevare e dare opportune risposte ai numerosi bisogni emergenti dalla nostra collettività nazionale che si evidenziano con particolare rilevanza nell'area della disabilità, della cronicità e della palliazione.

Il pensiero degli infermieri italiani - condiviso anche da una parte del mondo universitario - è stato presentato al ministro Gelmini, al viceministro della Salute, Fazio e al presidente del Consiglio universitario nazionale, Lenzi con il sostegno convinto dei presidenti dei Collegi provinciali infermieri, dei presidenti delle associazioni infermieristiche, dei professori e dei coordinatori dei corsi di laurea in infermieristica e dei dirigenti infermieri. Tutti vogliono credere in una risposta positiva delle istituzioni, ma se così non fosse, riprenderanno in mano il loro futuro perché non possono accettare di essere ricacciati in un passato che pensavano di aver abbandonato per sempre.

Annalisa Silvestro

Presidente della Federazione nazionale collegi infermieri

IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCOGLIENZA IN EMERGENZA

Pronto soccorso "dialogante"

Migliorare la qualità del servizio al cittadino, rendere più efficaci le prestazioni dell'emergenza/urgenza e farsi maggior carico dei bisogni di chi va in pronto soccorso. È quanto prevede il Programma di miglioramento dell'accoglienza e informazione nei Ps toscani, approvato il 16 luglio con la delibera n. 601, che grazie ad alcune indicazioni mira a evolvere e sviluppare le modalità di accoglienza.

Un provvedimento che si colloca nel solco delle iniziative regionali volte a migliorare la qualità dei pronto soccorso toscani con un programma che segue gli atti regionali relativi agli interventi organizzativi e strutturali, integrandoli con un focus specifico su accoglienza e informazione. Sviluppo, infatti, le indicazioni del Psr 2008-2010 che prevedono che i Ps si facciano maggiormente carico dell'insieme dei bisogni di salute dei cittadini e prestino più attenzione agli aspetti relazionali.

Il programma è anche frutto di un lavoro diretto di osservazione nei pronto soccorso regionali, che ha preso a riferimento tre macro dimensioni: l'accoglienza e il comfort, le informazioni, la comunicazione dentro/fuori. Inoltre è stata dedicata un'attenzione specifica all'accessibilità e fruibilità del pronto soccorso da parte delle persone straniere, verificando due parametri di base: la presenza della mediazione linguistico-culturale e le modalità con cui essa viene erogato; la presenza, in sala d'attesa, di materiale informativo tradotto.

Il programma di miglioramento offre indicazioni operative di competenza regionale e

delle singole aziende. Queste ultime infatti dovranno presidiare e migliorare progressivamente le aree di accoglienza, attesa, comfort e privacy. A sostenerle e accompagnarle, l'attività di coordinamento regionale che curerà la formazione del personale d'accoglienza, la realizzazione di supporti e materiale informativi.

La formazione del personale dedicato all'accoglienza, curata dal Formas - Laboratorio regionale per la formazione sanitaria - anche attraverso i poli di Area vasta, sarà organizzata in moduli, i cui contenuti riguarderanno la conoscenza della organizzazione complessiva del Ps e delle figure professionali che vi operano, la conoscenza delle altre

opportunità di cura sul territorio, la conoscenza dei codici colore, le tecniche di ascolto e gestione dell'ansia, la conoscenza delle opportunità in azienda sulla mediazione linguistico-culturale per gli stranieri e la conoscenza della normativa di base sull'assistenza sanitaria dei migranti.

Una formazione omogenea agli operatori a cui si aggiunge quella al cittadino, con la produzione di supporti e materiale informativo coordinato, contenente indicazioni orientative di base sul percorso, l'attesa, i codici colore, il pagamento del ticket ecc. Il materiale sarà tradotto in più lingue e curato dalla struttura di riferimento regionale per la mediazione culturale in sanità, "L'albero della salute".

**È necessaria
più attenzione agli
aspetti relazionali**

Daniela Papini

Settore risorse umane, comunicazione e promozione della salute

DOCUMENTI Da novembre le Asl dovranno uniformare i tempi di accesso alle prestazioni sia in regime ordinario che in libera professione



Per la chirurgia le attese saranno uguali per tutti

Aziende chiamate ad aumentare l'offerta chirurgica - Al massimo tre mesi in coda poi il paziente verrà risarcito con un contributo

IL TESTO DELLA DELIBERA

Pubblichiamo il testo integrale della delibera approvata il 20 luglio dalla Giunta toscana che contiene la «Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa, in regime istituzionale sia ordinario sia libero-professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito».

LA GIUNTA REGIONALE

Visti gli articoli 4, comma 10, e 15-quinquies del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Visto l'articolo 3, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica";

Visto l'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica";

Visto l'articolo 72, comma 11, della Legge 23 dicembre 1998, n. 448, recante "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo";

Visto l'articolo 28 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2000)";

Visto il Decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, recante "Disposizioni correttive e integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari";

Visto il Dpcm 27 marzo 2000, recante "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria

del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario regionale";

Visto l'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 120, recante "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";

Premesso che:

L'attivazione dell'Istituto della libera professione intramoenia nelle strutture delle aziende sanitarie, oltre a rafforzare il legame di appartenenza del dirigente sanitario alla propria azienda e garantire l'esercizio delle prestazioni libero professionali, è in grado di consentire una modalità di erogazione delle stesse, in particolare quelle in costanza di ricovero, più funzionale e di maggior garanzia per l'utente rispetto all'esercizio extramoenia della libera professione. Le disposizioni regolamentari dell'attività libero-professionale prodotte in questi ultimi anni sono finalizzate a organizzare questa attività in modo da assicurare l'integrale assolvimento dei compiti istituzionali ordinari e di garantire la piena funzionalità dei servizi, in particolare:

● salvaguardando il ruolo istituzionale del servizio svolto dall'Azienda diretta

ad assicurare l'accessibilità alle cure sanitarie necessarie a chiunque ne faccia richiesta secondo i principi di universalità ed equità che regolano il Servizio sanitario toscano;

● garantendo parità di trattamento dei cittadini, al di là del fatto che questi ultimi si avvalgono o meno di prestazioni rese in regime di attività libero-professionale.

La normativa, nazionale e regionale, intervenuta in merito alla regolamentazione della attività libero professionale intramoenia, si è costantemente confrontata con la criticità del rispetto dei principi di uguaglianza, e di equità, nell'accesso ai Servizi sanitari che, presumibilmente, questa modalità avrebbe determinato, individuando nel corretto equilibrio tra attività istituzionale ed attività libero professionale, come previsto al comma 3 dell'art. 15-quinquies del Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, lo strumento più adeguato per superare tale criticità.

Questa criticità interessa, ancor che con diversa intensità per la garanzia del diritto alla salute del cittadino, sia l'area dei bisogni soddisfatti nell'Assistenza specialistica e diagnostica strumentale ambulatoriale sia l'area dei bisogni soddisfatti nell'Assistenza ospedaliera. In entrambe le aree, l'equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale, costantemente perseguito dal legislatore, consegue alla dimensione effettiva, non sempre pari alla program-

mata, dei suoi determinanti essenziali: il volume delle prestazioni erogate, e i tempi di attesa registrati, nei due diversi regimi.

Atteso che il Sistema sanitario regionale considera l'attività di ricovero ospedaliero richiesta in regime di libera professione parte integrante dell'offerta istituzionale del Sistema sanitario: l'attività di ricovero svolta in regime libero professionale concorre, infatti, a determinare il fabbisogno complessivo di posti letto ospedalieri del Sistema sanitario regionale e la Regione partecipa alla spesa per ciascuna delle prestazioni di ricovero erogate su libera scelta dell'assistito in regime libero professionale nel limite di una quota pari al 65% della tariffa stabilita dalla Regione per l'erogazione delle medesime prestazioni a carico del Servizio sanitario regionale;

Atteso altresì che il ricovero ospedaliero, per la sua rilevanza assistenziale, in quanto correlato alla significatività della malattia, e per il suo grado di appropriatezza, relativamente al livello organizzativo necessario, si configura come una prestazione sanitaria unica e non altrimenti soddisfatta, che risponde a bisogni con caratteristiche omogenee, configurandosi perciò come uno specifico Livello essenziale di assistenza: Assistenza ospedaliera;

Condiviso, per quanto precedentemente ricordato, che il Sistema sanitario regionale debba garantire il fabbisogno appropriato delle prestazioni di ricovero ospedaliero comprese nello specifico Livello essenziale di assistenza, anche estendendo tale garanzia all'esercizio del diritto di libera scelta dell'assistito, contribuendo al costo sostenuto in tale modalità per una quota parte pari al 65% del costo della stessa prestazione in regime ordinario;

Atteso, altresì, che la normativa nazionale e regionale riconosce al cittadino non soltanto il diritto a ricevere le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza secondo una corretta modalità assistenziale ma anche a usufruirne in un tempo massimo previsto in anticipo, come previsto nel Dpcm 16/04/2002;

Considerato, quindi, che il tempo di attesa per la prestazione di ricovero ospedaliero è elemento costitutivo ed essenziale della prestazione di ricovero, in quanto correlato ai risultati di cura, così che la garanzia della dimensione "tempo di attesa" deve essere, comunque assicurata, nel relativo livello essenziale di assistenza ospedaliera, senza distinzione alcuna tra regime istituzionale e regime libero professionale, altrimenti generando prestazioni sanitarie diverse per lo stesso bisogno di salute;

Considerato che, in particolare, l'attività chirurgica registra difficoltà a contenere i tempi di attesa, sia per motivi demografici che in ragione dell'estensione della ri-

sposta chirurgica per problemi clinici in precedenza non convenientemente risolvibili con procedure chirurgiche e che, in questo contesto, a maggior ragione è necessario garantire l'omogeneità temporale tra l'accesso alle prestazioni sanitarie in regime istituzionale e in regime libero professionale, al fine di salvaguardare i diritti costituzionali alla salute e di uguaglianza tra tutti i richiedenti le prestazioni chirurgiche;

Considerato altresì che l'area chirurgica toscana è stata interessata in questi anni da una profonda riorganizzazione secondo il modello dell'Ospedale per intensità di cure, promuovendo nelle Aziende sanitarie, oltre linee separate per l'accesso al trattamento chirurgico in urgenza e in elezione, una articolazione delle specifiche attività in: Chirurgia ambulatoriale, Day surgery, Week surgery e Ricovero ordinario, anche per qualificare ulteriormente il processo chirurgico che richiede per "fare le cose giuste e al momento giusto" una corrispondenza, tra versante organizzativo, tra intensità, comprensiva del tempo di attesa, e complessità, del bisogno chirurgico;

Ritenuto che il diritto di uguaglianza tra tutti i richiedenti le prestazioni chirurgiche può essere assicurato con modalità organizzative che siano aderenti alla natura della chirurgia in libera professione intramoenia, intesa come risorsa nel contesto più ampio dei servizi e dell'offerta chirurgica complessiva del sistema sanitario regionale, prevedendo per il livello essenziale di assistenza specifici criteri, determinante per l'accesso al trattamento chirurgico,

● il paziente, al termine di una visita chirurgica che si conclude con la richiesta d'intervento chirurgico, dovrà ricevere dal chirurgo la scheda di cui al punto precedente con la quale dovrà presentarsi all'Ufficio per la programmazione chirurgica per avviare il suo iter come previsto nella Delibera di Giunta n. 351 del 04/05/2009;

● L'Ufficio libera professione, ove l'assistito abbia scelto la modalità in libera professione per accedere al trattamento chirurgico indicato, dovrà informare l'assistito della modalità di accesso in libera professione, scelta dall'assistito;

● l'Ufficio per la programmazione chirurgica, indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito;

● l'Ufficio per la programmazione chirurgica, indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito, provvederà, direttamente o tramite trasmissione dall'Ufficio libera professione del documento specifico allegato alla Delibera di Giunta n. 351 del 04/05/2009, all'inserimento nel Registro unico di prenotazione e nella lista di programmazione/attesa suddivisa per ciascuna Unità operativa (art. 3 comma 8 legge 724/94). Tale Registro, denominato "Registro di prenotazione degli interventi chirurgici programmabili", deve essere distinto per i ricoveri ordinari e quelli in Day surgery e dovrà essere disponibile (in rete informatica) presso le singole Uo in base alla specialità richiesta e presentata alla Direzione del presidio ospedaliero.

Valutato altresì che, in ciascuna Azienda sanitaria toscana è, di norma, ben organizzata e formalizzato il percorso istituzionale del paziente chirurgico fin dalla formulazione della domanda, e che il percorso di accesso alla attività chirurgica su libera scelta dell'assistito, già definito con precedente Delibera di Giunta n. 351 del 04/05/2009, può facilmente essere integrato, per la finalità di cui al presente atto, con il percorso istituzionale, già disciplinato anche per la linea specifica della Chirurgia ambulatoriale con Delibera di Giunta n. 408 del 18/05/2009, organizzando funzionalmente un unico accesso al trattamento chirurgico, sia in costanza di ricovero che in regime ambulatoriale, in ragione della opportunità di assicurare al professionista organizzare il bisogno chirurgico,

la disponibilità di tutte le linee produttive dell'offerta chirurgica aziendale: Ricovero ordinario, Week surgery, Day surgery, Chirurgia ambulatoriale;

Ritenuto, a tal fine, opportuno che le Aziende sanitarie si attengano alle seguenti regole e principi base:

● la gestione del percorso chirurgico dovrà essere informatizzata, quale condizione prioritaria per attivare un efficace gestione della chirurgia sia in regime ordinario che libero-professionale;

● il medico chirurgo dovrà compilare, dopo qualsiasi visita chirurgica effettuata in regime istituzionale o in libera professione intramoenia che si concluda con la proposta di un intervento chirurgico, una scheda contenente le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del paziente;

- descrizione diagnosi e relativa codifica Icd 9 Cm;

- descrizione dell'intervento chirurgico proposto;

- codifica Icd 9 Cm dell'intervento;

- codice di priorità;

- setting assistenziale appropriato (Ric. ordinario, Week surgery, Day surgery, Chirurgia ambulatoriale);

- data.

● il paziente, al termine di una visita chirurgica che si conclude con la richiesta d'intervento chirurgico, dovrà ricevere dal chirurgo la scheda di cui al punto precedente con la quale dovrà presentarsi all'Ufficio per la programmazione chirurgica per avviare il suo iter come previsto nella Delibera di Giunta n. 351 del 04/05/2009;

● L'Ufficio libera professione, ove l'assistito abbia scelto la modalità in libera professione per accedere al trattamento chirurgico indicato, dovrà informare l'assistito della modalità di accesso in libera professione, scelta dall'assistito;

● l'Ufficio per la programmazione chirurgica, indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito, provvederà, direttamente o tramite trasmissione dall'Ufficio libera professione del documento specifico allegato alla Delibera di Giunta n. 351 del 04/05/2009, all'inserimento nel Registro unico di prenotazione e nella lista di programmazione/attesa suddivisa per ciascuna Unità operativa (art. 3 comma 8 legge 724/94). Tale Registro, denominato "Registro di prenotazione degli interventi chirurgici programmabili", deve essere distinto per i ricoveri ordinari e quelli in Day surgery e dovrà essere disponibile (in rete informatica) presso le singole Uo in base alla specialità richiesta e presentata alla Direzione del presidio ospedaliero.

Valutato altresì che, in ciascuna Azienda sanitaria toscana è, di norma, ben organizzata e formalizzato il percorso istituzionale del paziente chirurgico fin dalla formulazione della domanda, e che il percorso di accesso alla attività chirurgica su libera scelta dell'assistito, già definito con precedente Delibera di Giunta n. 351 del 04/05/2009, può facilmente essere integrato, per la finalità di cui al presente atto, con il percorso istituzionale, già disciplinato anche per la linea specifica della Chirurgia ambulatoriale con Delibera di Giunta n. 408 del 18/05/2009, organizzando funzionalmente un unico accesso al trattamento chirurgico, sia in costanza di ricovero che in regime ambulatoriale, in ragione della opportunità di assicurare al professionista organizzare il bisogno chirurgico,

(continua a pagina 5)

Tutte le scadenze

Entro il 30 settembre 2009

Le aziende sanitarie devono produrre alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà i progetti aziendali per assicurare un incremento della produzione chirurgica

Entro il 30 ottobre 2009

Un successivo atto della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà approverà e assegnerà alle aziende toscane i finanziamenti necessari per la realizzazione dei Progetti presentati

Dal 1° novembre 2009

È la data di decorrenza per assicurare in ciascuna azienda sanitaria un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche elettive indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito

Dal 1° febbraio 2010

È la data di decorrenza per il rimborso all'assistito del contributo data la complessità del progetto e al fine di ottimizzare gli investimenti e le modalità attuative nelle singole aziende

(segue da pagina 4)

daliero. Le modalità di accesso e tenuta del registro delle liste di attesa (art. 3 comma 8 legge 724/94), per le prestazioni specialistiche ambulatoriali chirurgiche, di cui alla Delibera di Giunta n. 408 del 18/05/2009, sono regolamentate secondo le procedure Cup e sistemi informativi specifici già in atto in ciascuna Azienda.

Ritenuto altresì che per soddisfare le regole e principi base di cui al capoverso precedente la Direzione sanitaria di ciascuna Azienda dovrà, quindi, definire una procedura generale per:

● la gestione dei registri di ricovero (Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate e approvate, per adeguamento alle specificità dei Presidi, Dipartimenti o Uo La procedura deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, con riferimento alle indicazioni nazionali e regionali, di cui alla Dgr n. 351 del 04/05/2009, concertate nell'Area vasta di riferimento. La responsabilità della tenuta dei registri di ricovero e del rispetto delle presenti direttive ricade in capo al direttore sanitario del presidio. La direzione sanitaria di presidio deve garantire una attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente e appropriato del registro; in particolare tale attività di vigilanza deve riguardare le modalità operative in ordine alla gestione quotidiana, all'inserimento dati, alla conservazione, alla tutela accesso e riservatezza. Devono essere definite le procedure e le responsabilità sul controllo della qualità dei dati, con particolare riferimento alla congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e dei tempi di effettiva erogazione. Vanno periodicamente valutate la sensibilità e la specificità dei criteri utilizzati per l'attribuzione alle diverse classi di priorità. Le informazioni derivate dalle attività di verifica devono essere periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori. Si ricorda che il Dpcm 19/5/1995 (punto 4.3) prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, in particolare i Mmg.

Valutato che le modalità di governo delle liste di prenotazione per gli interventi chirurgici precedentemente ricordate assicurano, ove correttamente esplesate, pari tempo di attesa per i ricoveri di salute simili, indipendentemente dalla scelta per il regime ordinario o libero professionale espressa dall'assistito, in ciò garantendo i principi di universalità ed equità, di uguaglianza e imparzialità sui risultati di salute propri del Sistema sanitario toscano;

Ritenuto che, ove non diversamente stabilito per specifiche condizioni e patologie cliniche da atti o disposizioni regionali, il tempo di attesa per gli interventi chirurgici sia in regime di ricovero ordinario che di Day surgery che in regime ambulatoriale, per gli interventi di cui agli Allegati 1 e 2 della Dgr n. 268/2002, debba essere contenuto entro un periodo massimo di tre mesi, almeno in un Presidio/Stabilimento ospedaliero o ambulatorio chirurgico del Servizio sanitario toscano;

Valutato altresì opportuno che le informazioni sulla offerta chirurgica nella Regione Toscana e sui relativi tempi di attesa fornite dal Registro di prenotazione di ciascuna Azienda siano rese disponibili all'assistito, anche al fine di facilitare e sostenere il suo diritto di accesso, tramite un numero verde regionale, quale interfaccia fra l'utente e la/le aziende sanitarie toscane, con funzioni di accompagnamento del cittadino nell'individuazione dell'offerta sul territorio regionale della prestazione chirurgica erogata nei tempi previsti, e con funzioni di verifica della non disponibilità di tale offerta, in un arco temporale di 7 giorni lavorativi;

Ritenuto altresì che ove gli interventi chirurgici prescritti, indipendentemente dal setting assistenziale proposto, non siano ottenibili nel tempo massimo di tre mesi in un Presidio/Stabilimento ospedaliero o in un presidio ambulatoriale chirurgico del Sistema sanitario toscano, l'Azienda dell'assistito debba rimborsare allo stesso un contributo pari al costo della prestazione, se effettuata, previsto nella Delibera di Giunta regionale n. 268/2002 "Nomenclatore regionale tariffario (del. Gr n. 229/97) - Modifiche e integrazioni";

Atteso che rimangono in vigore le disposizioni di cui alla Delibera del Consiglio regionale della Regione Toscana n. 151 del 19/4/1994, in materia di interventi/prestazioni sanitarie, elencate per patologia, non ottenibili in forma adeguata al caso clinico o erogate con tempi di attesa che vanno oltre quelli previsti per ciascuna patologia o comunque tali da compromettere lo stato di salute dell'assistito o da precludere la possibilità dell'intervento e delle cure;

Ritenuto necessario integrare e aggiornare le precedenti Delibere di Giunta n. 376 del 7 aprile 1997, n. 355 del 2 aprile 2001 e n. 555 del 23 luglio 2007 che rimangono in vigore per le parti non modificate dalla presente delibera; Vista la legge regionale 24 dicembre 2008, n. 70 (Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2009 e bilancio pluriennale 2009/2011);

Richiamata la propria delibera 29 dicembre 2008, n. 1162, che approva il Bilancio gestionale 2009;

Sentite le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

A voti unanimi

Delibera

di adottare la seguente Direttiva che impegna le Aziende sanitarie toscane ad:

1. Attivare specifici Progetti aziendali per assicurare un incremento della produzione chirurgica in atto e promuovere un'ulteriore qualificazione del processo chirurgico al fine di garantire agli assistiti toscani il "trattamento giusto al momento giusto" coerentemente alla classificazione del bisogno chirurgico secondo classi di priorità adottata nelle singole Aziende e, comunque, nel tempo massimo di tre mesi per qualsiasi trattamento chirurgico proposto nei setting assistenziali Ambulatoriale e Ospedaliero, mediante la ottimizzazione delle risorse strutturali, tecnologiche e professionali esistenti e la reingegnerizzazione dei processi interessati;

2. Integrare, contestualmente all'iniziativa di cui al punto 1 e con decorrenza dalla data di approvazione dei Progetti ivi previsti, le liste di prenotazione del paziente chirurgico in regime istituzionale con le specifiche liste di attesa per la attività chirurgica su libera scelta dell'assistito, di cui alla precedente Delibera di Giunta n. 351 del 04/05/2009, istituendo un unico Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito.

3. Regolamentare le modalità di accesso e tenuta del registro delle liste di attesa (art. 3, comma, 8 legge 724/94), per le prestazioni specialistiche ambulatoriali chirurgiche, di cui alla delibera di Giunta n. 408 del 18/05/2009, secondo le procedure Cup e sistemi informativi specifici già in atto in ciascuna Azienda, comunque assicurando un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche ambulatoriali indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito;

4. Disporre che nei Registri, di cui ai precedenti punti 1 e 2, siano inseriti in ordine progressivo i nominativi dei pazienti con le informazioni richieste in premessa, rispettando i seguenti criteri di scorrimento della lista:

a) ordine progressivo;

b) non risposta alla chiamata;

c) non disponibilità del paziente;

d) codice di priorità clinica/socio-sanitaria;

qualora si determinassero necessità di scorrimento della lista superando l'ordine progressivo, dovrà essere prevista specifica notazione da parte dei direttori del Presidio ospedaliero, i quali dovranno indicare la condizione

che ha motivato lo scorrimento non progressivo, con chiara indicazione della data e di chi contattata il paziente;

5. Contenere, ove non diversamente stabilito per specifiche condizioni e patologie cliniche da atti o disposizioni regionali, entro un periodo di tre mesi il tempo massimo di attesa per gli interventi chirurgici erogati sia in regime di ricovero ordinario che di day surgery e ambulatoriale;

6. Di stabilire che il rispetto dello scorrimento della lista secondo l'esclusivo criterio dell'ordine progressivo può essere derogato per il trattamento chirurgico richiesto in regime libero professionale quando:

- sia rispettato per gli assistiti iscritti nei Registri di cui ai punti 2 e 3 nelle posizioni immediatamente precedenti e successive all'assistito che ha optato per la scelta in regime libero professionale, il tempo di attesa massimo, o programmato secondo la classe di priorità assegnata, previsto nel presente atto e/o nella normativa e disposizioni regionali o aziendali vigenti;

- il direttore del Presidio ospedaliero dovrà annotare specificamente per ciascun intervento chirurgico effettuato in libera professione in deroga al principio di cui al punto 1, il rispetto del tempo di attesa o programmato previsto per gli assistiti in attività ordinaria e trasmetterne copia al direttore sanitario.

7. Impegnare le Aziende sanitarie a prevedere negli accordi contrattuali con le Case di cura private accreditate, ove possibile integrando gli stessi anche in corso d'anno, le disposizioni di cui al punto 2, nello specifico della "istituzione di un unico Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito";

8. Rendere disponibile, a decorrere dal 30 ottobre 2009, un numero verde regionale, quale interfaccia fra l'utente e la/le aziende sanitarie toscane, con funzioni di accompagnamento del cittadino nell'individuazione dell'offerta sul territorio regionale della prestazione chirurgica erogata nei tempi previsti, e con funzioni di verifica della non disponibilità di tale offerta, in un arco temporale di 7 giorni lavorativi.

9. Rimborsare, ove il termine

di cui al punto 5) non sia rispettato, il paziente con un contributo pari al costo della prestazione, se successivamente effettuata presso strutture private non convenzionate, previsto nella Delibera di Giunta regionale n. 268/2002 "Nomenclatore regionale tariffario (Dgr n. 229/97) - Modifiche e integrazioni";

10. Di assegnare, a sostegno della realizzazione del call center, l'importo di € 100.000,00 per l'anno 2009 e di € 150.000,00 per l'anno 2010;

11. Di assegnare, a sostegno della concessione di incentivi economici alle Aziende sanitarie toscane che richiederanno, tramite presentazione di specifico progetto, di implementare il proprio budget di risorse, € 5.000.000,00 per l'anno 2009, e € 5.000.000,00 per l'anno 2010;

12. Di prenotare la spesa complessivamente prevista di 10.250.000,00, per € 5.100.000,00 sul capitolo 24047 del bilancio gestionale 2009 e per € 5.150.000,00 sul capitolo 24047 del bilancio pluriennale 2009/2011, esercizio finanziario 2010;

13. Di impegnare le Aziende sanitarie a produrre i Progetti di cui al punto 1 alla Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà entro il 30 settembre 2009;

14. Di provvedere con successivo atto della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, da adottarsi entro il 30 ottobre 2009, ad approvare, e assegnare alle Aziende toscane i finanziamenti necessari, per la realizzazione dei Progetti presentati;

15. Di prevedere il 1° novembre 2009, quale data di decorrenza per assicurare in ciascuna Azienda sanitaria un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche elettive indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito;

16. Di prevedere, data la complessità del progetto e al fine di ottimizzare gli investimenti e le modalità attuative nelle singole aziende, il 1° febbraio 2010 quale data di decorrenza per il rimborso all'assistito del contributo di cui al punto 9.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione integrale sul Burt, ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera f) della Lr. n. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Gr, ai sensi dell'art. 18, comma 2, della medesima Lr. n. 23/2007 e successive modifiche e integrazioni.

Sanità
Toscana

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

Versione Pdf
dell'Allegato al n. 25 del 28/7-3/8/09
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it
reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

AMBIENTE

Nuovo regolamento promosso dall'Usl 11 di Empoli in 15 Comuni



Largo all'edilizia sostenibile

Meno sprechi, più attenzione alla salute e al comfort: parla l'esperta

L'edilizia è il settore responsabile della maggior parte dei consumi energetici e ambientali, la qualità degli edifici può influire sulla salute di coloro che li abitano. L'esigenza di un'edilizia che sappia coniugare qualità, funzionalità, ecologia e sostenibilità è sempre più diffusa.

Per questo è nato il nuovo regolamento per l'edilizia sostenibile, promosso dal Dipartimento di prevenzione dell'Asl 11 di Empoli, alla cui realizzazione hanno partecipato i 15 Comuni dell'empolese-Valdelsa, l'Arpat e l'Asev, coinvolgendo, nell'arco di tre anni, esperti degli Ordini, dei Collegi professionali, di Enea, Università di Pisa e Firenze, Società italiana di igiene, Istituto nazionale di bioarchitettura. Sono state messe a punto nuove normative come spiega **Maria Grazia Petronio**, dirigente responsabile del settore salute e ambiente dell'Asl 11 di Empoli.

Perché il Dipartimento di prevenzione dell'Asl 11 ha stimolato e poi coordinato la redazione del regolamento per un'edilizia bio-sostenibile?

Con il passaggio da una società di tipo rurale a una di tipo industriale l'uomo ha cambiato il suo stile di vita. Tale cambiamento ha influenzato i criteri di progettazione degli spazi abitativi, si sono andate affermando la consapevolezza e la necessità di un maggior comfort negli ambienti chiusi. Tuttavia negli ultimi anni gli ambienti di vita sono diventati sempre meno consoni alle esigenze individuali, inadeguati per dimensioni, proporzioni, materiali e apparecchiature, insalubri per ubicazione, esposizione, modalità, tecniche e materiali di costruzioni e anche poco confortevoli. Questa analisi critica del modello attuale di edilizia ha stimolato la realizzazione del regolamento.

Che tipo di problemi sani-



tari derivano da una "cattiva edilizia"?

I fattori che determinano effetti sulla salute sono molteplici: l'inquinamento outdoor, la minore attenzione dei progettisti alla localizzazione e all'orientamento degli edifici, la maggiore sigillazione e la diminuzione della ventilazione finalizzate alla riduzione dei consumi energetici, l'uso di materiali da costruzione e da arredo che rilasciano sostanze pericolose ecc. L'energia impiegata nel settore residenziale e terziario rappresenta oltre il 40% dei consumi di energia. Gli edifici e l'ambiente costruito utilizzano la metà dei materiali estratti dalla crosta terrestre e producono ogni anno 450 milioni di tonnellate di rifiuti da costruzione e da demolizione, ossia più di un quarto di tutti i rifiuti prodotti.

Le aziende sanitarie non fanno controlli preventivi?

I pareri tecnico-sanitari tradizionali per l'edilizia sono ritenuti troppo formali e antiquati anche dagli stessi operatori e di scarsa incidenza per

il controllo reale dei rischi. Attualmente la valutazione sanitaria delle pratiche di edilizia civile si basa sull'acquisizione di dichiarazioni da parte del tecnico e sul controllo delle dimensioni, delle superfici illuminanti e di quelle di aerazione dei locali, con scarsa attenzione all'ambiente in cui l'edificio si inserisce, alle modalità di costruzione, ai materiali, all'uso di energie rinnovabili, alla riduzione dei rifiuti, alla sicurezza e all'accessibilità. Dunque connessa alla progettazione di un'edilizia sostenibile c'è anche la necessità di rivedere le competenze del medico igienista a favore di un'azione di maggiore efficacia preventiva, quale il contributo competente alla stesura di linee guida, regolamenti e strumenti della pianificazione locale.

Non sono sufficienti le norme sul risparmio energetico?

Sono importantissime ma non sufficienti, non basta produrre energia da fonti rinnovabili occorre ripensare tutta l'urbanistica. Edifici sigillati

e "impermeabili" dal punto di vista energetico possono diventare ambienti invivibili dal punto di vista del comfort. Edilizia e urbanistica devono non solo tutelare la salute ma anche promuovere la socializzazione. La Sanità pubblica è fondamentale per mettere la salute e il benessere e non solo i profitti al centro delle decisioni politiche. Le soluzioni tecnologiche individuate finora per la risoluzione immediata di problemi gravi come quello dei cambiamenti climatici (ad esempio il ricorso massiccio all'installazione dei condizionatori) non sembrano molto razionali dal momento che comunque produrranno un ulteriore aumento della temperatura e dell'inquinamento all'esterno, e di conseguenza negli ambienti di vita, un eccessivo consumo di energia elettrica e uno stazionamento forzato dentro le abitazioni soprattutto per gli anziani e i bambini.

*pagina a cura di
Luciano Imbasciati
Agenzia toscana notizie*

NORME SOTTO LALENTE

Tanto verde e «poca» energia: la mappa di obblighi e incentivi

Il regolamento per l'edilizia sostenibile, che verrà a breve scadenza sperimentato nei Comuni dell'empolese e della Valdelsa, è il primo regolamento in Toscana che riguarda tutti gli interventi che si realizzano sul territorio, non solo le nuove edificazioni ma anche l'esistente, consentendo di iniziare da subito un'azione capillare anche nel settore non residenziale. È uno dei primi tentativi di coniugare il risparmio energetico con la tutela della salute.

Il nuovo regolamento è già stato approvato da alcuni Comuni, dall'azienda sanitaria e da altri organismi. Non appena sarà approvato da tutti i Comuni (Capraia e Limite, Castelfiorentino, Castelraiano di Sotto, Cerreto Guidi, Certaldo, Empoli, Fucecchio, Gambassi Terme, Montaione, Montespertoli, Montopoli Val d'Arno, Montelupo Fiorentino, San Miniato, Santa Croce sull'Arno, Vinci) prenderà il via il periodo della sperimentazione.

Le disposizioni contenute nel regolamento riguardano i nuovi insediamenti, i nuovi edifici singoli, il patrimonio edilizio esistente e gli interventi di manutenzione e restauro.

Obblighi. Chi presenta al Comune un progetto edilizio ha dei precisi obblighi da rispettare:

- contesto: l'intervento deve essere rapportato al contesto non solo per quanto riguarda l'orientamento ma anche in base al paesaggio e all'ambiente;

- aree verdi: se sono presenti aree verdi è necessario un progetto di gestione;

- acqua: è obbligatorio un progetto di riutilizzo delle acque;

- aria: il progetto deve recepire le normative sui requisiti acustici passivi, devono essere adottate strategie volte al miglioramento del microclima del sito, deve essere ridotto l'effetto "isola di calore" e minimizzato l'impatto degli inquinanti ambientali;

- inquinamento indoor: deve essere minimizzato l'inquinamento da fibre, radon e inquinamento elettromagnetico;

- energia: la progettazione deve puntare a ridurre il fabbisogno di energia favorendo lo sfruttamento passivo delle risorse del sito come il vento e il sole.

Incentivi. Sono incentivati i progetti che presentano un incremento delle superfici a verde oltre i limiti stabiliti dalla normativa, l'abbattimento significativo dei consumi di energia, il riutilizzo delle acque reflue, creazione di spazi idonei a favorire la raccolta differenziata dei rifiuti, l'utilizzo di materiali ecosostenibili e "filiera corta" per l'approvvigionamento, l'utilizzo di sistemi di produzione di calore ad alto rendimento e l'incremento oltre i limiti normativi dello sfruttamento di fonti energetiche rinnovabili. L'incentivo consiste nell'attribuzione di una targa, da esporre sull'edificio, attestante il livello prestazionale raggiunto dall'intervento. Attestazioni, riconoscimenti e certificati andranno anche ai progettisti, all'impresario e alle ditte che hanno eseguito i lavori.

Il regolamento prevede anche regole disincentivanti. Se in fase di approvazione del progetto fosse necessario ricorrere ad alcune deroghe allora scatta il disincentivo che consiste in un aumento degli oneri di urbanizzazione primaria fino a un massimo del 70 per cento.

LE REAZIONI

Il regolamento sull'edilizia sostenibile apre una nuova pagina nel settore dell'edilizia ed è stato accolto con giudizi positivi da parte dei professionisti e degli amministratori dei Comuni.

Sonia Cantoni, direttore generale di Arpat (Agenzia per la protezione ambientale della Toscana), considera il nuovo regolamento un'iniziativa all'avanguardia perché «interviene su un tema cruciale per il nostro futuro, il consumo e quindi il risparmio energetico negli edifici, quale obiettivo di prevenzione dei cambiamenti climatici».

L'attività dell'Arpat, centrata sui controlli ambientali, è costantemente rivolta anche alla prevenzione dei danni all'ambiente, come sistema efficace di protezione del territorio e della qualità della vita.

«Costruire edifici con modalità più sostenibili - sottolinea Cantoni - consente di adattarci agli impatti negativi dei cambiamenti climatici che

Arpat e sindaci, «sì» al progetto

già si stanno manifestando. Il progetto del regolamento è significativo anche perché testimonia la capacità di integrazione tra l'Agenzia e gli attori del Servizio sanitario regionale. Sono molte le occasioni già colte, in particolare con l'Asl 11 di Empoli, e molti gli impegni da rinnovare per dare risposte sempre più efficaci alle preoccupazioni dei cittadini toscani per l'ambiente e per le ricadute sulla propria salute».

Per il direttore generale di Arpat un altro punto importante che merita di essere sottolineato è il «consolidamento del sistema di rapporto tra gli enti istituzionali presenti sul territorio. L'iniziativa ha dimostrato ancora una volta che conviene conoscere, programmare e lavorare insieme».

Giudizi largamente positivi arrivano anche dagli amministratori dei Comuni dell'empolese

e della Valdelsa. «Il valore strategico del regolamento per l'edilizia sostenibile - commenta il sindaco di Montelupo Fiorentino, Rossana Mori - sta nel fatto che esso riguarda tutti gli interventi che possono essere realizzati sul territorio; non solo le nuove edificazioni, ma anche gli interventi sul patrimonio edilizio esistente. Il regolamento consente di iniziare da subito un'azione capillare sul territorio. Per quanto riguarda il comune di Montelupo Fiorentino, questa azione ha avuto il suo inizio con l'approvazione del nuovo strumento in Consiglio comunale».

«Attualmente - dice il sindaco - è in corso una sperimentazione grazie alla quale sono già state presentate in comune alcune pratiche edilizie contenenti gli elementi innovativi del regolamento. È già stata individuata anche una tempistica relativa a tale sperimentazione che si concluderà

entro l'anno 2009 quando il regolamento per l'edilizia sostenibile, con le modifiche che la sperimentazione renderà opportune, costituirà un tutto organico con il regolamento edilizio del Comune».

Un altro aspetto positivo caratterizza il regolamento: è uno strumento nato da una iniziativa di forte partecipazione che ha coinvolto tutti i soggetti che a livello locale e regionale sono chiamati alla realizzazione del buon governo del territorio.

«Il regolamento - sottolinea il responsabile del settore Sostenibilità e sviluppo locale della Regione Toscana, Pietro Novelli - è lo strumento strategico per poter introdurre in questo delicato settore quei criteri di ecosostenibilità che sono necessari per ottenere edifici sostenibili. Il percorso che lega sostenibilità ed edilizia prevede una corretta gestione del territorio, l'uso consapevole delle risorse naturali entro i limiti della riproducibilità naturale».

SIENA

Premio del Presidente della Repubblica all'azienda sanitaria senese

L'Asl 7 fucina d'innovazione



Riconosciuto l'impegno su qualità e valutazione delle performance

L'Asl 7 di Siena ha ricevuto dal presidente della Repubblica il "Premio dei premi", riconoscimento nazionale per l'innovazione istituito per la prima volta quest'anno e finalizzato a valorizzare e sostenere le migliori capacità innovative e creative di aziende, università, amministrazioni, enti o singoli ideatori, anche al fine di favorire la crescita della cultura dell'innovazione nel Paese.

Al pari di altri 26 eccellenze, individuate in Italia, con competizioni specifiche nei settori dell'industria e servizi, dell'università, della Pubblica amministrazione e del terziario, la Asl 7 di

Siena è stata l'unica azienda sanitaria premiata.

Il riconoscimento arriva nel bel mezzo di un percorso che, dopo la certificazione di bilancio e la certificazione Emas degli ospedali territoriali, dal 2005 vede applicati i modelli di "Qualità totale", quali Caf ed Efqm.

Fare qualità in Sanità, quindi, è possibile. Lo è a maggior ragione quando la strategia aziendale si basa, come per la Asl 7, su una forte azione di guida della direzione indirizzata al coinvolgimento e alla responsabilizzazione di tutti i 2.400 collaboratori e a una più stretta collaborazione con i medici di medicina generale e con le orga-

nizzazioni sindacali. L'obiettivo finale è quello di adottare un modello aziendale che trasformi l'usuale organizzazione basata sulle "funzioni" in un'organizzazione per "processi" centrata sulle esigenze dell'utente.

L'applicazione dei modelli sopra menzionati consente all'azienda di tenere sotto controllo sia i risultati chiave di performance dell'azienda (economici e sanitari), che quelli connessi alla soddisfazione dell'utenza, al benessere organizzativo e all'impatto sulla società nel suo complesso.

I risultati aziendali sono costantemente monitorati attraverso un sistema di valutazione delle

performance istituito dal 2005 dalla Regione Toscana, e la Asl 7 in questi tre anni ha registrato importanti risultati di eccellenza quali la riduzione dei tempi massimi di attesa per le principali visite specialistiche - sempre entro una settimana e spesso entro tre giorni - la riduzione della degenza media prima di un intervento chirurgico (sotto le 24 ore), la capacità di fornire il 99,7% delle prestazioni di diagnostica per immagini entro 30 giorni.

Roberta Caldesi
Ufficio stampa Asl 7 Siena

MASSA CARRARA

Demenza senile: parte uno studio su 3mila pazienti della Lunigiana

La Asl 1 di Massa e Carrara e la Fondazione Cassa di Risparmio di La Spezia hanno deciso di finanziare insieme un Progetto di ricerca proposto dal Dipartimento di neuroscienze dell'Università di Pisa, che intende individuare i segni precoci della demenza senile. Tale ricerca si basa sul lavoro dei medici di medicina generale che operano in Lunigiana. È uno studio epidemiologico dei disturbi di memoria che prevede il reclutamento di circa 3mila pazienti su tutto il territorio lunigianese.

Vengono arruolati nello studio tutti gli individui nella fascia di età che va dai 65 ai 75 anni, che siano originari della Lunigiana. Dei circa 6mila resi-

Ricerca condotta dall'ateneo di Pisa con i Mmg

dentati in questa fascia di età si prevede di reclutarne circa la metà, per diversi motivi (origini esterne al territorio, condizioni cliniche non idonee, rifiuto della collaborazione).

La prima parte dello studio prevede la somministrazione, da parte del Mmg, di un questionario prodotto dall'Università di Pisa e del Mmse. Sulla base dei risultati i pazienti vengono divisi in tre gruppi: quelli che hanno conseguito un punteggio alto escono dallo studio, quelli che ne hanno uno intermedio verranno sottoposti a follow-up a distanza di due anni, mentre quelli con punteggio più basso vengono sottoposti a ulteriori accertamenti da parte di colleghi dell'Università di Pisa.

In particolare, il Dipartimento di neuroscienze ha curato la parte scientifica, la Fondazione Carispe provvede a parte del finanziamento per la realizzazione del progetto e l'Asl 1 di Massa e Carrara partecipa al finanziamento e fornisce, assieme alla Società della salute, l'indispensabile supporto organizzativo. La Cooperativa Lunigiana Medica è l'indispensabile interfaccia che permette il reclutamento dei pazienti, che hanno difficoltà molto minori ad aderire a uno studio scientifico se l'opportunità gli viene presentata dal proprio medico di fiducia.

A testimonianza di ciò solo 40 pazienti richiamati, sulla base del punteggio assegnato al primo screening, hanno deciso di non partecipare. Tutti gli altri hanno risposto positivamente e si sono anche dimostrati interessati e soddisfatti vedendo il proprio territorio scelto per una ricerca scientifica così importante.

Franco Fontana
Vice presidente cooperativa "Lunigiana Medica"

LUCCA

Igiene e veterinaria col bollino blu: in porto le certificazioni Iso 9001

Il settore dell'Igiene, alimentazione e nutrizione e quello della Sanità pubblica veterinaria del Dipartimento della prevenzione dell'Asl 2 di Lucca hanno conseguito la certificazione di qualità ai sensi della norma Iso 9001:2000 per l'area Igiene, alimentazione e nutrizione e Iso 9001:2008 per l'area Sanità pubblica veterinaria. Il percorso per il raggiungimento di questo importante traguardo ha visto la partecipazione attiva di tutto il personale delle strutture coinvolte. L'ente di certificazione Csi-Cert ha espresso un'ottima valutazione delle procedure attuate, apprezzando le modalità organizzative e di progettazione utilizzate per l'erogazione dei servizi alla cittadinanza. Entrambe le realtà certificate hanno come attività prevalente la tutela della sicurezza alimentare del consumatore.

La certificazione di qualità costituisce quindi un fattore di miglioramento rivolto a tutti i cittadini che, nella loro veste di consumatori di alimenti, possono trarre vantaggio da questa ulteriore garanzia sul corretto funzionamento dei meccanismi di controllo delegati all'Asl 2 su tutta la filiera di produzione, lavorazione e somministrazione del cibo.

Nell'esprimere la propria soddisfazione per le certificazioni acquisite, il direttore generale Oreste Tavanti ha ringraziato tutto il personale delle due strutture per la collaborazione e la partecipazione costante a questo fondamentale processo e ha invitato gli operatori a proseguire sulla strada del miglioramento continuo della qualità. L'obiettivo principale è infatti quello di rafforzare le azioni di informazione e comunicazione rivolte a tutti gli attori coinvolti dalla sicurezza alimentare - produttori e consumatori - per aumentare il loro grado di consapevolezza e per arrivare a una produzione e a un consumo sempre più sani e sostenibili.

Apprezzati gli sforzi per la tutela della sicurezza alimentare

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

PISTOIA

Presidio territoriale di Casalguidi: taglio del nastro per i locali rinnovati

Il 11 luglio è stato inaugurato il nuovo presidio territoriale di Casalguidi, nel Comune di Serravalle, per offrire agli oltre 10mila residenti servizi amministrativi, assistenza medica, infermieristica e sociale, punto prelievi, ambulatori e il consultorio ostetrico-ginecologico, in ambienti completamente rinnovati e più funzionali. Gli spazi interni sono stati modificati per migliorare l'accesso dell'utenza ai servizi con la diversa distribuzione degli ambulatori della medicina pubblica, della ginecologia, del punto prelievi e dell'ufficio di assistenza sociale. Sono state ridefinite anche le aree dedicate al servizio infermieristico.

Per il Cup e l'attività di segreteria dei medici sono state allestite postazioni di lavoro che consentono una maggiore comodità, e più riservatezza sia per gli operatori che per gli utenti. Nella struttura è previsto anche un ambiente a disposizione della sezione locale Avis (Associazione volontari italiani sangue). In totale l'azienda sanitaria ha speso 160mila euro per tutti i lavori di ristrutturazione. Presto arriveranno anche i nuovi arredi, purtroppo essendo la ditta

fornitrice ubicata nelle zone terremotate dell'Abruzzo si sono verificati ritardi nelle consegne. Oltre alle modifiche strutturali sono previste, a breve, innovazioni, nelle attività assistenziali. Nei prossimi mesi ai medici di medicina generale che operano nel distretto verrà proposto di sviluppare il modello assistenziale per le malattie croniche come previsto dall'ultimo Piano sanitario regionale.

«Si tratta di attuare una medicina d'iniziativa nella gestione di alcune patologie croniche come ad esempio il diabete mellito, lo scompenso cardiaco, l'ictus, l'insufficienza respiratoria, l'ipertensione arteriosa, che permetta di migliorare il controllo di questa malattia», ha detto Roberto Torselli, responsabile della zona/distretto di Pistoia. «Si realizzerà, quindi, una forte interdisciplinarietà tra vari professionisti proprio per risolvere le problematiche dei soggetti con maggiore fragilità e disabilità». I team saranno composti, oltre che dai medici di famiglia, anche dagli specialisti ospedalieri e dagli infermieri.

Spazi modificati per migliorare l'accesso degli utenti

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

Lettere..

«Vano il Ddl antinepotismo: è la politica che inquina tutto»

La norma antinepotismo approvata dalla Giunta della Regione Toscana è assolutamente superflua. Il fenomeno del nepotismo sanitario è ritenuto in modo ipocrita rilevante in ambito concorsuale, mentre la realtà dei fatti lo relega invece a una eventualità assolutamente marginale. In un recente passato si sono predisposte inchieste per accertare presunte pressioni da parte di "caste" e "baronie" fingendo di dimenticare che oggi il vero potere in proposito è detenuto dalla politica stessa, senza il cui benessere nulla si muove e se si muove dà l'impressione sempre e comunque

di rispondere a un preciso disegno teso a realizzare obiettivi più o meno occulti.

La perversa filiera di assessorati alla Salute, direttori generali e dirigenti medici condiziona pesantemente la gestione della Sanità, "ingessando" di fatto il sistema e ostacolando una vera competizione al suo interno, basata sulla meritocrazia e tesa a migliorarlo.

Questa norma rappresenta l'ennesima dimostrazione della impudenza della politica che, oltretutto, esercita con sempre maggiore arroganza il suo potere imponendo scelte del tutto opinabili e rifiutando l'ascolto delle istanze dei professionisti a meno che non siano rigorosamente allineati. Quest'ultima è forse la piaga

più maleodorante di tutta la situazione: la insopportabile connivenza di una parte del mondo medico che avalla ogni decisione politica sacrificando, per interessi particolari, i valori fondanti della professione.

Umberto Quiriconi
Presidente dell'Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Lucca

Una sola osservazione in relazione a questa lettera inviata dal dottor Quiriconi. Chiediamo al mondo medico toscano, ai professionisti coinvolti nel governo clinico, compresi quelli lucchesi, quanto si sentano rappresentati nell'immagine che il presidente disegna di loro. (Redazione Sanità Toscana)

IN BREVE

PISA

Buone pratiche improntate ai principi di promozione della salute possono valere un viaggio. È questo infatti il premio in palio per dieci dipendenti dell'azienda ospedaliera universitaria pisana e per due dipendenti dell'Asl di Pisa che presenteranno i migliori progetti ai due concorsi indetti nell'ambito del progetto Hph&Hs (Health Promoting Hospital & Health Services). Il primo bando - dell'azienda ospedaliera universitaria pisana (Aoup) - è rivolto a progetti specifici riconducibili a buone pratiche, come la partecipazione attiva del paziente, l'accoglienza, la valorizzazione dell'utente e la promozione di stili di vita sani. Il secondo bando di concorso invece - indetto congiuntamente dall'Asl 5 di Pisa e dall'Aoup - vuole individuare il miglior progetto di continuità assistenziale tra ospedale e strutture territoriali della zona pisana, in particolare nell'ambito della continuità assistenziale per i pazienti fragili e cronici. Sarà possibile presentare le domande di iscrizione fino al 30 settembre 2009: vanno indirizzate alla direzione medica di presidio per l'Aoup e alla direzione generale per l'Asl 5.



SICURO NON CAIDO

Campagna per la prevenzione delle cadute dall'alto

BIEN SÛR
JE NE TOMBE PAS!

La solution la plus rapide n'est pas toujours la plus sûre. Fais toujours très attention surtout quand tu travailles en hauteur.

Campagne pour la prévention des chutes de hauteur

SIGUROHU
QË TË MOS BIESH

Jo gjithmonë zgjidhja më e shpejtë është edhe më e sigurtë. Bëj gjithmonë kujdes kur punon, sidomos në lartësi.

Fushata kundër rrëzimit nga lartësitë në punë

LA ÎNĂLȚIME
ÎN SIGURANȚĂ

Nu întotdeauna soluția cea mai rapidă este și cea mai sigură. Fiți atenți întotdeauna când lucrați, mai ales când sunteți la înălțime.

Campania de prevenție a căderilor de la înălțime

**آمن،
لا أسقط!**

الحل السريع ليس دائما هو الحل الأكثر أمنا. انتبه دائما عندما تكون تشغل وخصوصا إذا كان المكان مرتفعا. حملة للوقاية من السقوط من الأعلى.

Non sempre la soluzione più veloce è anche la più sicura.
Fai sempre attenzione quando lavori, soprattutto in altezza.

www.sicurononcado.it



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità