

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 32-33 anno XV del 4-17 settembre 2012 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

La vera spending è confrontare risorse e risultati

di Sabina Nuti *

Siamo giunti ormai alla sesta edizione: ogni anno nel mese di luglio, dal 2007, il Laboratorio Mes della Scuola superiore Sant'Anna pubblica in chiaro tutti i risultati della Sanità toscana dell'anno precedente e li mette a disposizione dei cittadini toscani e non solo. L'utilizzo di indicatori per misurare la qualità e l'appropriatezza delle cure è diventato per molte strutture strumento base per la governance e il confronto sistematico; il benchmarking, per valorizzare le best practice e per individuare le aree di disinvestimento per riallocare le risorse in ambiti che possano garantire un maggiore valore aggiunto ai cittadini, è una pratica sempre più diffusa in Toscana ma anche in molte altre Regioni italiane. Questa capacità di misurazione degli output prodotti accompagnata dalla trasparenza dei risultati conseguiti, che ha visto la Toscana negli anni capofila ma che ha trovato ampio seguito in tutto il territorio nazionale, ha reso la Sanità l'ambito più avanzato nel governo del rapporto risorse-risultati ottenuti nel contesto della pubblica amministrazione italiana.

È partendo da questo tipo di esperienza e di competenza acquisita che dovrebbe essere affrontata la spending review a livello nazionale. Confrontiamo le risorse utilizzate dalle Regioni e dalle aziende che le

CONTINUA A PAG. 2

ALL'INTERNO

Dai cittadini giudizi positivi

A PAG. 2

Cronici, salute d'iniziativa

A PAG. 6

Arezzo, nuova neonatologia

A PAG. 7

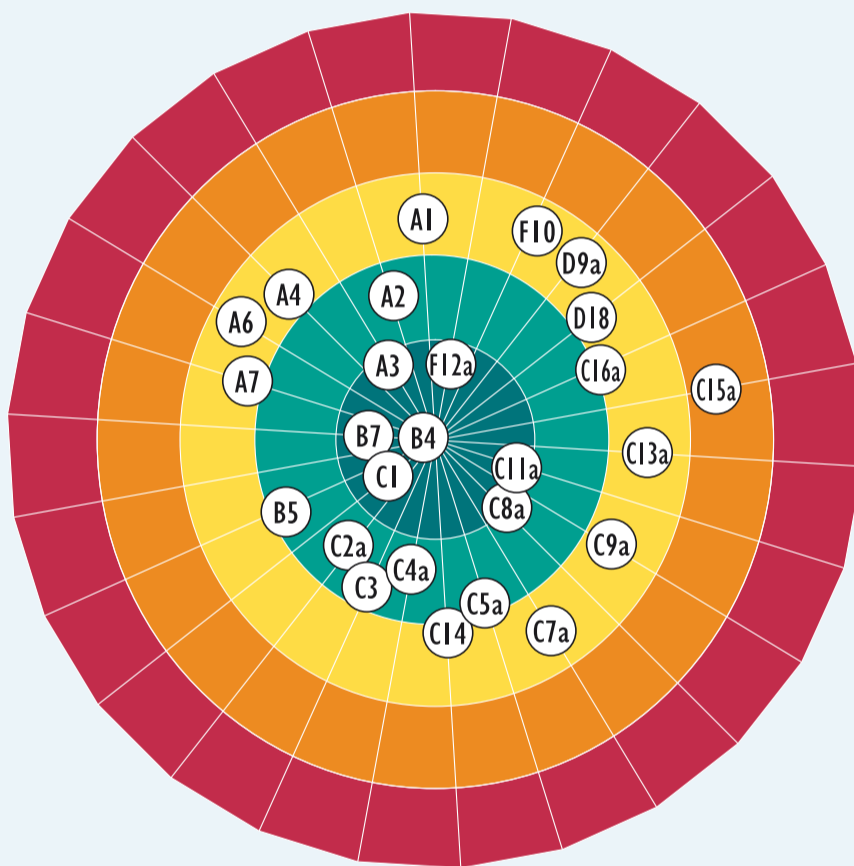
BILANCI

Ecco il report 2011 del sistema di valutazione dei servizi regionali

La salute va a «bersaglio»

Misurare fa crescere: in un anno è migliorato il 60% degli indicatori

Il risultato complessivo



Legenda	
A - Stato di salute della popolazione	
A1	Mortalità Infantile
A2	Mortalità per tumori
A3	Mortalità per malattie circolatorie
A4	Mortalità per suicidi
A6	Stili di vita (Passi)
A7	Speranza di vita
B - Capacità di perseguimento delle strategie regionali	
B4	Strategie per il controllo del dolore
B5	Estensione e adesione allo screening
B7	Copertura vaccinale
C - Valutazione socio-sanitaria	
C1a	Capacità di governo della domanda
C2a	Indice di performance degenza media
C3	Degenza media pre-operatoria (Aou)
C14	Appropriatezza medica
C4a	Appropriatezza chirurgica
C5a	Qualità di processo
C7a	Materno-Infantile
C8a	Integrazione ospedale-territorio
C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche
C13a	Appropriatezza prescrittiva diagnostica
C15a	Salute mentale
C16a	Pronto soccorso
D - Valutazione esterna	
D9a	Percentuale di abbandoni dal pronto soccorso
D18	Percentuale di dimissioni volontarie
F - Valutazione economico-finanziaria ed efficienza operativa	
F10	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
F12a	Efficienza prescrittiva farmaceutica

Grazie ai risultati presi in esame nell'ambito del Sistema di valutazione della performance predisposto dalla Scuola superiore Sant'Anna di Pisa e strutturato in modo da monitorare le dimensioni più significative in Sanità (qualità, soddisfazione degli utenti e degli operatori e sicurezza del paziente), la Regione Toscana può oggi dimostrare di avere conseguito un miglioramento nell'ultimo anno su oltre il 60% degli indicatori, riuscendo in molti casi anche a garantire una riduzione della variabilità intraregionale, determinante per garantire equità ai cittadini. Considerando i risultati di output, si evidenziano significativi passi avanti nella qualità dei servizi, nell'appropriatezza e nel potenziamento dei servizi territoriali. Questo emerge dal report 2011 del sistema di valutazione, attivato dal 2004, mediante il quale la Regione Toscana ha potuto orientare e governare il sistema.

I risultati 2011 mostrano un rinnovato impegno da parte delle aziende sanitarie a ridurre l'uso inappropriato della costosa risorsa dell'ospedale, sempre più da utilizzare per le patologie acute. Si registra una riduzione della degenza media nel 2011 del 3%, che non ha determinato una riduzione della qualità dei servizi di ricovero, anzi si evidenzia un netto miglioramento negli indicatori specifici: le fratture di femore operate entro due giorni sono passate dal 55% al 60%, il risultato migliore dopo la Provincia autonoma di Bolzano a livello nazionale e il migliore in assoluto in termini di capacità di miglioramento. Da segnalare anche la riduzione percentuale dei cesarei al netto delle complicanze (prime due classi di Robson), che scende da 20,35 a 18,69. Anche il pronto soccorso migliora: gli abbandoni sono scesi da 3,86% a 3,22% e si riducono i tempi di attesa e di permanenza.

Le risorse sono state utilizzate in misura più appropriata in ospedale per curare meglio i pazienti sul territorio. Il grande progetto della "Sanità d'iniziativa" ha preso avvio e mostra i suoi primi incoraggianti risultati. L'ospedalizzazione per diabete si è ridotta del 4,83% e si registra un miglioramento negli indicatori di processo: tra gli altri, il numero di pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata registra un ulteriore miglioramento di circa il 3%. Fa parte della Sanità d'iniziativa anche il progetto Attività fisica adattata. Unico nel panorama italiano, il progetto Afa prevede l'attivazione di percorsi di attività fisica per persone di oltre 65 anni affette da patologie croniche. Negli ultimi anni sono stati attivati sul territorio regionale circa 2.500 corsi, grazie al lavoro di squadra realizzato dalle Società della salute con gli enti locali, le associazioni, la collettività.

Le liste di attesa per la diagnostica pesante e per le prime visite specialistiche, prenotate entro 15 giorni solo nel 35% dei casi, si confermano invece un punto di debolezza, così come l'alto numero di Rm muscolo-scheletriche erogate agli over 65 che, pur riducendosi dell'1,73%, continua essere troppo elevato. È infine da segnalare che quest'anno sono stati introdotti nel sistema anche i dati delle strutture private accreditate. Il Laboratorio Mes ha predisposto un report specifico per le zone-distretto e uno per gli stabilimenti ospedalieri, che sarà pubblicato a settembre, in cui saranno presenti i dati relativi alle strutture accreditate associate Aiop che hanno aderito al sistema di valutazione. Il Report 2011 è interamente scaricabile all'indirizzo www.meslab.sssup.it.

Linda Marcacci

Laboratorio Mes, Scuola superiore Sant'Anna

ALTRI SERVIZI A PAGG. 2-5

CONTROCANTO

Per tagliare con criterio bisogna «sapere»

di Stefania Saccardi *

La prima impressione, di fronte a questo prezioso lavoro, è che sia vissuto come una sorta di pagella di fine anno scolastico piuttosto che come un elemento di riflessione e stimolo per un miglioramento del sistema. E invece ce ne sarebbe un grande bisogno, visto che corriamo il rischio di subire una spending review calata dall'alto che non solo non tiene conto della diversità delle singole realtà, ma neanche si fonda su un patrimonio di studi e valutazioni. Studi e valutazioni che vorrei fossero più calati sulle realtà locali: come non considerare la

CONTINUA A PAG. 2

BILANCI

Il 70% dei cittadini dà una valutazione ottima o buona dell'assistenza



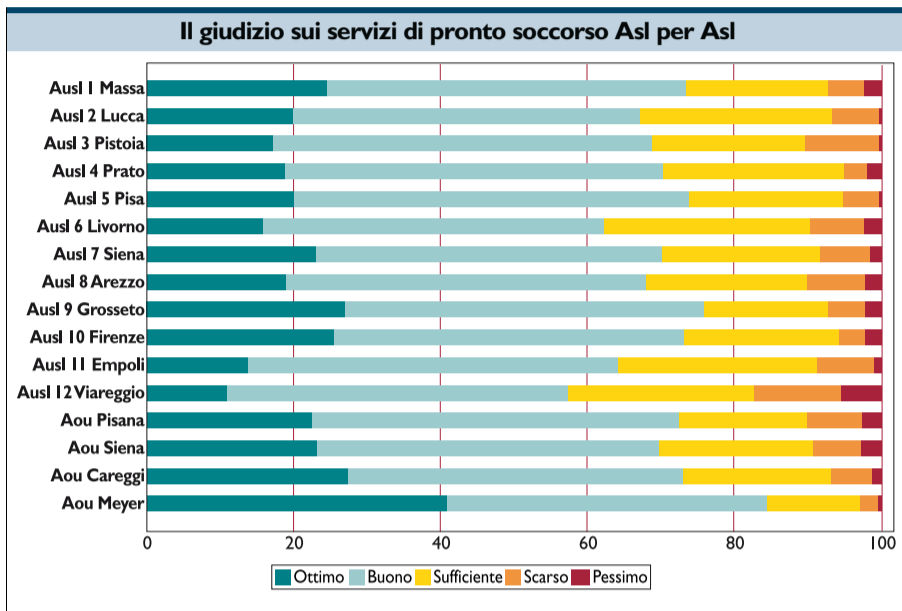
Pronto soccorso promosso

Il 31,5% insoddisfatto sulle cure del dolore e il 27,5% dei tempi di attesa

La Toscana ha da tempo focalizzato la propria attenzione sul servizio di pronto soccorso che, negli ultimi anni, ha visto crescere in maniera considerevole il numero di accessi dei cittadini, soprattutto per problemi di lieve entità.

La Regione ha perciò effettuato numerosi interventi di tipo strutturale e organizzativo, finalizzati a migliorare la qualità del servizio erogato. Per queste ragioni la Toscana e il Laboratorio Mes conducono sistematicamente un'indagine volta a rilevare l'esperienza dei cittadini e il loro grado di soddisfazione per il servizio di pronto soccorso.

L'indagine è stata svolta inviando un questionario a casa a un campione di cittadini che hanno avuto accesso in uno dei punti di pronto soccorso toscani nel periodo compreso tra ottobre e novembre 2011. I cittadini che hanno risposto sono stati oltre 6mila, a fronte di 30mila questionari inviati. Dai dati emerge che a livello regionale il 70,2% dei cittadini dà una valutazione ottima o buona della qualità dell'assistenza ricevuta, mentre l'8,1% esprime un giudizio scarso o pessimo. Particolarmente positiva la performance di Prato che, rispetto agli anni precedenti, innalza il livello di soddisfazione dei propri utenti. L'indagine ha evidenziato anche alcune criticità: il 31,5% dei pazienti si dichiara insoddisfatto della presa in carico del dolore da parte del personale e il 27,5% per i tempi di attesa. Si tratta di aspetti su cui è evidente la necessità di mantenere un livello di attenzione elevato. La rilevazione è stata anche l'occasione con cui rilevare il livello di gradimento per il «See&Treat», un nuovo



modello organizzativo in sperimentazione presso 6 punti di pronto soccorso in cui il percorso di cura dei pazienti con problemi di lieve entità è gestito interamente da infermieri. Dalle valutazioni di questi pazienti emerge una soddisfazione elevata: l'81,6% dà una valutazione ottima o buona, mentre gli insoddisfatti sono pari al 4,2%. I risultati dell'in-

indagine mostrano quindi l'efficacia di questo modello di risposta assistenziale.

Nel sistema di valutazione sono monitorati sistematicamente anche alcuni dati di attività come tempi di attesa, di permanenza, utilizzo dell'osservazione breve ecc. A esempio, il dato relativo alla percentuale di pazienti con codice verde con tempi di permanenza

inferiori a 4 ore, evidenzia una performance complessivamente migliore a livello regionale rispetto al 2010 (da 82,1% a 83,8%) e un sostanziale miglioramento della Asl 4 di Prato che, nello stesso periodo, passa dal 73,2% al 90,2%, raggiungendo una performance ottima. I risultati conseguiti da Prato sono il frutto di un'approfondita analisi delle criticità esistenti, relative soprattutto ai tempi di attesa elevati, sulla base della quale è stata effettuata una radicale riorganizzazione del servizio. L'azienda ha profondamente modificato la propria organizzazione interna ed è intervenuta incisivamente sui processi di erogazione delle prestazioni, razionalizzando inoltre l'utilizzo degli spazi. Particolare attenzione è stata dedicata al paziente che, a differenza degli anni passati, può essere ora assistito da un parente.

La riorganizzazione non si è però limitata al pronto soccorso: l'azienda infatti è intervenuta al fine di consolidare il processo di integrazione con gli altri Dipartimenti, conseguendo un più tempestivo svolgimento delle attività diagnostiche e un più rapido accesso ai reparti, nella consapevolezza che solo con un'organizzazione sinergica e integrata si può realizzare una reale presa in carico del paziente e migliorare la qualità dell'assistenza.

Cinzia Panero
Laboratorio Mes
Scuola superiore Sant'Anna
Simone Magazzini
Direttore pronto soccorso
dell'Ausl 4 di Prato

PROSEGUE LA SPERIMENTAZIONE

Medico di riferimento, se c'è è meglio

Il medico tutor o Medico di riferimento (Mdr) nel setting ospedaliero riveste un ruolo di primo piano nell'ambito di un meccanismo organizzativo promosso nel sistema sanitario toscano fin dal Piano sanitario regionale 2008-2010, tuttora vigente e che è stato ripreso anche dai requisiti del recente sistema di accreditamento.

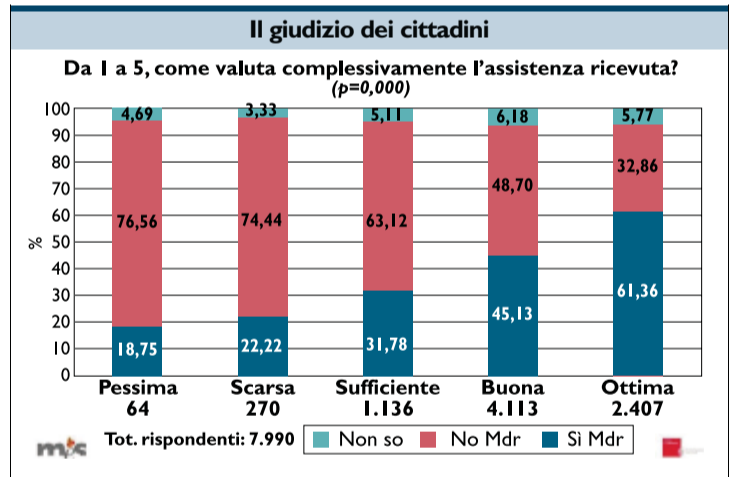
Le motivazioni principali alla base dell'idea del medico di riferimento sono: la necessità di una gestione unitaria, appropriata e non frammentata dell'iter diagnostico-terapeutico del paziente; la comunicazione omogenea con pazienti e familiari; la continuità verso il territorio e il Mmg. Dal punto di vista dell'organizzazione, sviluppare il meccanismo del medico di riferimento, per quanto i benefici attesi siano evidenti, non è semplice dato che entrano in gioco problemi di risorse, di com-

petenze e di routine professionali.

Qual è la percezione del paziente? Nell'indagine condotta nel 2008 su soddisfazione ed esperienza degli utenti del ricovero ospedaliero (coinvolti oltre 15.000 pazienti), era stata introdotta la domanda: «Durante il ricovero le è stato assegnato un medico in particolare a cui fare riferimento per la sua assistenza?». Le risposte su base regionale erano state «Sì» per il 30,7% dei pazienti, «No» per il 65,5%. Il dato migliora nettamente nell'indagine 2011 (coinvolti oltre 8.300 pazienti): alla stessa domanda ha risposto «Sì» il 45,9% dei pazienti. Più interessante ciò che emerge dal confronto delle risposte dei pazienti che hanno dichiarato di avere avuto un Mdr rispetto ai pazienti che hanno dichiarato di non averlo, su tutte le domande riguardanti presa in carico, comunicazione, percorso di cu-

ra.

Coloro che affermano di avere avuto un Mdr, sistematicamente e in modo statisticamente significativo, riportano esperienze migliori su: spiegazione completamente esauriente del percorso di cura all'ammissione in reparto (61,33% contro 29,09%), chiarezza delle risposte dei medici (54,43% contro 14,18%), informazioni chiare su condizioni di salute o trattamenti in essere (55,05% contro 21,01%), uniformità delle informazioni fornite dal personale (51,63% contro 27,24%), chiarezza delle informazioni fornite alla dimissione (51,04% contro 21,60%). Tale positiva esperienza si riflette poi su tutte le domande in cui il paziente dichiara la propria soddisfazione per valutare complessivamente l'assistenza ricevuta. La distribuzione delle risposte si associa anche in questo caso sistematicamente



e in modo positivo alla percezione di avere avuto un Mdr (tra coloro che hanno scelto il giudizio «ottimo» ben il 61,3% ne aveva avuto uno, contro il 32,8% che non lo aveva avuto; la proporzione si inverte per chi ha dato la risposta «pessimo»). Sembra, quindi, che la variabile Mdr sia molto importante per la complessiva percezione del

paziente di essere effettivamente «preso in carico» dall'organizzazione sanitaria, e queste evidenze incoraggiano a proseguire la sperimentazione e lo sviluppo in corso nelle aziende.

Francesco Niccolai
Laboratorio Mes
Scuola superiore Sant'Anna

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

specificità di Firenze sotto il profilo della popolazione immigrata, degli anziani soli, della complessità del tessuto sociale? Ci interessa una astratta divisione tra buoni e cattivi o un'analisi concreta dei limiti e delle potenzialità di un'azienda? Se il Mes fosse stato più utilizzato in quest'ottica, forse avremmo assistito già in passato ad alcune razionalizzazioni fatte con calma e ragionevolezza invece che ad azioni che ci si appresta ad adottare sotto la scure dei tagli nazionali. Tagli che, tuttavia, potrebbero rappresentare una opportunità di sperimentazione di modelli nuovi di intervento. Oggi appaiono riduttivi i soliti criteri di valutazione; confrontiamoci sulle idee e sui rischi che il nuovo comporta.

Nel merito della valutazione delle Sds, poi, mi domando francamente se debba essere valutata la loro azione sul territorio o invece l'assenza di strumenti messi a loro disposizione da chi le ha pensate. Eppure l'idea che ha portato alla loro creazione resta oggi più che mai valida. Ma questo vuol dire investire sul territorio, convertire piccoli e insicuri ospedali in strutture intermedie, affrontare l'alta integrazione socio-sanitaria in stretta collaborazione tra Comuni e aziende sanitarie. Possiamo misurare tutto questo? Possiamo tenere insieme il numero dei ricoveri o i giorni di degenza con la passione, la fatica, l'orgoglio, il senso di appartenenza di tanti medici, infermieri, tecnici? Forse no, ma è questo che ci consente ogni

giorno di rivolgerci con fiducia al nostro sistema sanitario che ancora si fonda su solidi valori di universalità e uguaglianza.

Ringrazio il Mes per il suo lavoro e penso che dovrebbe dare meno voti e aiutarci di più a capire e a scegliere, ma la mia personale valutazione dell'azienda, del suo direttore e di quello della Sds passerà anche quest'anno dal percorso che abbiamo condiviso, dalle responsabilità che ci siamo assunti, dalle scelte che abbiamo rischiato e dal coraggio della novità, da quella passione che ci porta oggi come ieri ad amare questa città e a lavorare per il bene dei suoi cittadini e di chiunque vi arrivi.

* Assessore al Welfare
Comune di Firenze

La vera spending .. (segue dalla prima pagina)

compongono con i risultati che conseguono in termini di qualità, appropriatezza ed efficienza. Solo considerando il merito e la performance conseguita è possibile evitare tagli indiscriminati e orizzontali. Lascia perplessi, quindi, il continuo sottolineare da parte del Governo la volontà di individuare gli sprechi e richiedere interventi di riduzione della spesa solo là dove questi si annidano in Sanità quando poi i meccanismi di calcolo fino a oggi adottati nella spending review non hanno tenuto conto in alcun modo del rapporto costo-risultato, ossia del valore creato per il cittadino.

La spesa infatti deve essere correlata a quanto realizzato con le risorse a disposizione. Fino a oggi il sistema a

«bersaglio» permette di individuare i risultati a livello aziendale declinati in termini multidimensionali. Per essere efficace il sistema di valutazione deve permettere di giungere fino al livello di analisi che favorisca la comprensione delle determinanti dei costi e dei risultati. In questa prospettiva a settembre sarà pubblicato il report per zona distretto e per singolo ospedale. Per la prima volta, inoltre, saranno disponibili anche i risultati a confronto con le strutture private accreditate Aiop che, prime in Italia, hanno accettato la sfida di rendere trasparenti i loro dati e di confrontarsi con il pubblico.

* Direttore Laboratorio Mes
Scuola superiore Sant'Anna

BILANCI

Aumenta la percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni

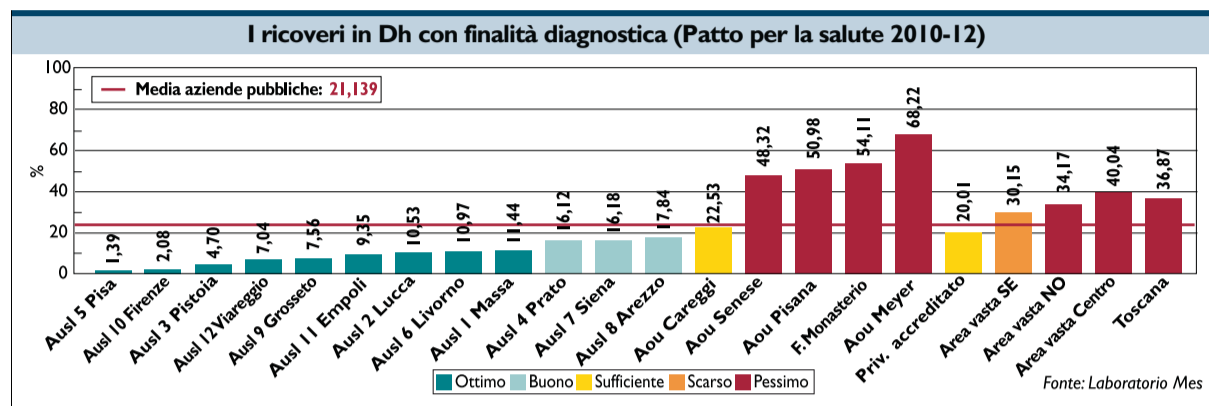
Centrato l'obiettivo qualità



In calo i pazienti che rientrano in ospedale 30 giorni dopo il ricovero

La Regione Toscana presenta anche nel 2011 buoni risultati in termini di qualità e appropriatezza, e miglioramenti in quasi tutti i relativi indicatori, segno che viene centrato l'obiettivo di fornire servizi sanitari di alta qualità, adeguati in termini di tipologie di prestazioni, nel rispetto di un appropriato consumo di risorse. In particolare, si evidenzia il notevole incremento della percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni, che continua ad aumentare anno dopo anno, raggiungendo il 60% nel 2011. Diverse aziende hanno ormai raggiunto lo standard internazionale fissato all'80%; anche Careggi ha migliorato la sua performance dal 25% al 34% (fino ad arrivare al 54% nel I trimestre 2012) grazie a una sostanziale riorganizzazione, messa in atto a metà del 2011.

Sul fronte degli esiti della qualità clinica, si riduce la percentua-



le di pazienti che necessitano di un rientro in ospedale nei 30 giorni successivi al ricovero; inoltre, viene inserito sul bersaglio un nuovo indicatore sintetico dei risultati del Piano nazionale esiti (Pne) che dà una valutazione molto positiva di tutte le aziende ospedaliero-universitarie toscane, in particolar modo della Fondazione Monasterio. Molto posi-

tivi anche i risultati riguardanti l'appropriatezza, in particolare modo quella chirurgica, dove la Toscana dimostra un'ottima organizzazione e uno uso appropriato dei posti letto chirurgici ordinari e di day-surgery, riscontrabili nella sempre minore percentuale di ricoveri medici dimessi da reparti chirurgici e nella percentuale di interventi da ef-

fettuarsi in day-surgery, che aumenta dal 70% nel 2010 al 74% nel 2011.

L'appropriatezza medica presenta un indicatore critico, ma in notevole miglioramento: la percentuale di day-hospital svolti inappropriatamente per effettuare accertamenti diagnostici, che dovrebbero essere invece eseguiti in regime ambulatoriale, è sem-

pre piuttosto alta, ma diminuisce dal 44% del 2010 al 37% del 2011; i valori più elevati si riscontrano particolarmente nelle aziende ospedaliero-universitarie, che nel 2011 hanno comunque migliorato la loro performance con l'implementazione del day-service. Altri indicatori di appropriatezza medica riportano invece una situazione migliore: ri-

spetto alle prestazioni ad alto rischio di inappropriately, i cosiddetti Drg Lea medici contenuti nel Patto per la salute da effettuarsi in ambulatorio, il tasso di ospedalizzazione della Regione Toscana è tra i più bassi e in continuo miglioramento, con un calo che va dai 250 ricoveri ogni 100.000 residenti del 2010 ai 225 del 2011.

Anche sul lato dell'efficienza, la Regione mostra un andamento positivo, registrando una diminuzione della degenza media, che cala di 0,08 giorni per ciascun dimesso rispetto al 2010, il che si traduce in 5.600 giornate di degenza evitate. Allo stesso modo diminuisce ancora la degenza pre-operatoria, indice di una gestione efficiente delle sale operatorie e del percorso, compresa la pre-ospedalizzazione.

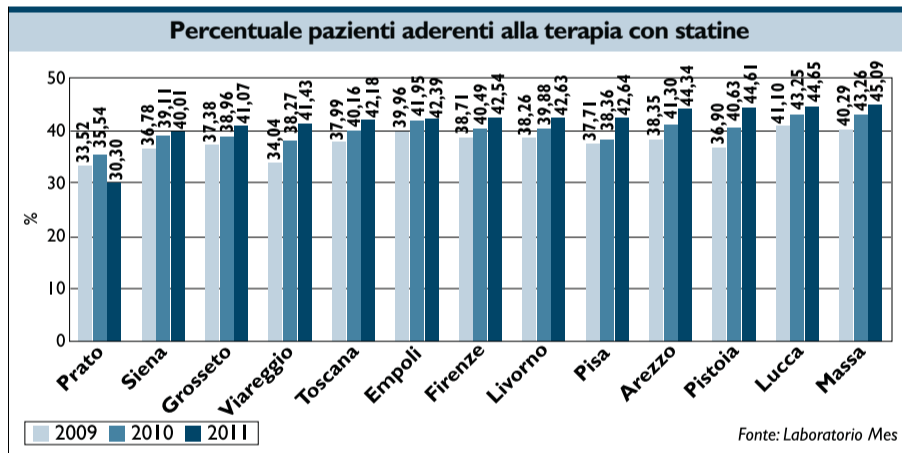
Anna Bonini
 Laboratorio Mes
 Scuola superiore Sant'Anna

CONTENIMENTO DEI COSTI

È noto come le recenti manovre per il contenimento della spesa sanitaria abbiano fatto leva sulla riduzione delle voci di costo del settore farmaceutico. Si è trattato perlopiù di misure mirate al lato dell'offerta (aumento degli sconti garantiti al Ssn, tetti di spesa e budget annuali per le aziende produttrici). Il Sistema di valutazione della Toscana muove da un approccio complementare, volto a indirizzare la domanda del consumo farmaceutico, nella direzione di una maggiore appropriatezza prescrittiva: monitora non tanto, o non solo, il livello finale di spesa, quanto piuttosto i processi e le determinanti che conducono a esso.

La Regione Toscana ha infatti affinato negli anni un ventaglio di indicatori, inerenti sia all'area territoriale, sia a quella ospedaliera, con l'obiettivo non tanto di ridurre la spesa, quanto di verificare che a questa corrisponda un'adeguata efficacia terapeutica, per esempio monitorando l'adesione dei pazienti alle terapie prescritte. Nel governo della farmaceutica ampio spazio viene contestualmente dato all'efficienza prescrittiva, per potenziare l'uso di farmaci off-patent o iscritti nelle liste di trasparenza. Il monitoraggio si concentra da una parte sulle categorie - statine, anti-ipertensivi, anti-

La spesa farmaceutica arretra (-1%)



cidi, antidepressivi, antibiotici - che fanno registrare i maggiori consumi/costi e per le quali è più plausibile un utilizzo inappropriato; dall'altra su classi considerate strategiche (segnatamente, quel-

le per il controllo del dolore).

Il Settore politiche del farmaco della Regione ha dimostrato negli anni un grande impegno nel presidiare quest'area strategica: non ultimo, ha

adottato linee di indirizzo, redatte dalla Commissione terapeutica regionale e sottoscritte dalle principali società scientifiche, sull'utilizzo appropriato di alcune classi di farmaci (terapia dell'ipertensione, dell'ipercolesterolemia, inibitori di pompa protonica). L'andamento dei principali indicatori testimonia l'efficacia di queste politiche: tendenzialmente aumenta il livello di consumo delle categorie monitorate (mantenendosi comunque in linea con la media nazionale - Rapporto OsMed 2011) ma migliora sensibilmente - sia in termini di trend rispetto al 2010, sia in termini di variabilità intra-aziendale - la gestione delle terapie farmacologiche (l'aderenza a quella con antidepressivi, a esempio, migliora del 4,53%) e le misure di efficienza prescrittiva (l'incidenza di statine off-patent aumenta del 3,42%). Ne consegue una riduzione di circa l'1% della spesa farmaceutica territoriale pro-capite, per quanto il risultato sia fortemente influenzato dalle politiche sui prezzi implementate a livello nazionale.

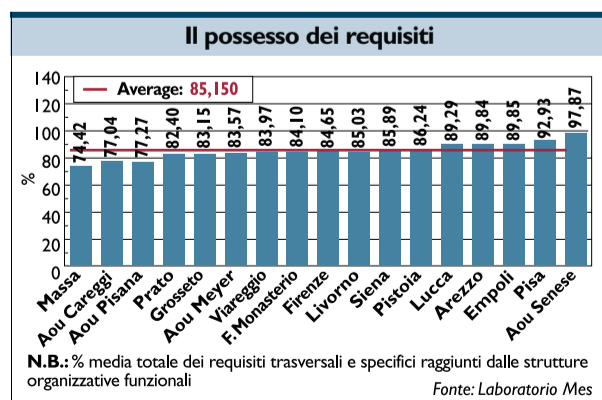
Federico Vola
 Laboratorio Mes
 Scuola superiore Sant'Anna

ACCREDITAMENTO

Aziende sanitarie al traguardo sul 70% degli obiettivi

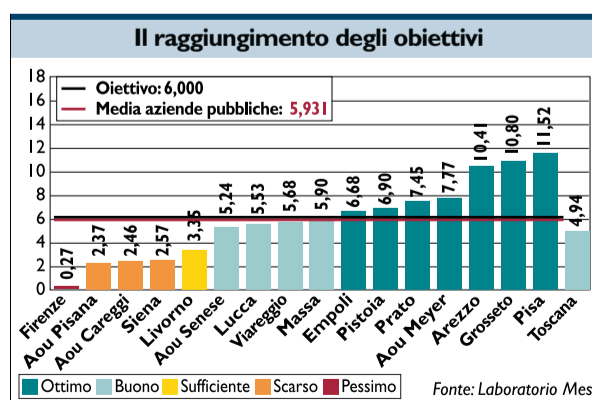
Sono stati raggiunti da tutte le Aziende sanitarie toscane gli obiettivi fissati dal Regolamento n. 61/R 2010 sull'accREDITAMENTO, emanato a seguito della Lr n. 51/2009. L'impegno profuso da tutti gli attori presenti nel sistema sanitario, sia a livello regionale sia, soprattutto, nelle singole strutture, ha consentito un importante passo avanti nel perseguimento e nel consolidamento della qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure.

Tutte le Aziende hanno attestato il possesso di almeno il 70% dei requisiti previsti per l'accREDITAMENTO dei percorsi di cura, superando tale soglia anche di larga misura in alcuni casi (in particolare le aziende Usl di Lucca, Arezzo, Empoli, Pisa e la Aou Senese). Nel 2012 sono inoltre iniziate le visite di verifica dei valutatori regionali per valutare i



livelli di qualità e sicurezza raggiunti dalle strutture e la loro coerenza con quanto dichiarato nell'autocertificazione; le verifiche finora condotte hanno visto un'ottima collaborazione degli opera-

tori e un buon esito rispetto alle dichiarazioni rese nel 2011. Oltre al possesso dei requisiti di accREDITAMENTO e in connessione con tale strumento, la sicurezza delle cure è presidiata anche da alcuni



indicatori elaborati dal Laboratorio Mes e dal Centro Grc della Regione Toscana.

Nel 2011 migliora la performance complessiva dell'indicatore di sintesi del rischio clinico

che, a partire da quest'anno, è arricchito con un sottoindicatore relativo alla segnalazione e gestione degli eventi sentinella volta a monitorare i tempi di invio delle schede di sintesi e analisi

dei fatti più rilevanti dal punto di vista del rischio clinico, e che mostra una buona performance regionale. Un'altra novità significativa è stata introdotta per distinguere le performance di strutture ospedaliere da quelle territoriali per quanto concerne l'indice delle richieste di risarcimento, che incrementa complessivamente i valori rispetto all'anno precedente. Stesso livello di dettaglio anche per gli strumenti di Incident Reporting, dove le strutture ospedaliere raggiungono gli obiettivi fissati in quanto a numero di Audit e M&M Review (rispettivamente 3 Audit e 6 M&M per struttura), mentre le strutture territoriali mostrano ancora margini di miglioramento.

Elisabetta Flore
 Laboratorio Mes
 Scuola superiore Sant'Anna

BILANCI

Il sistema di valutazione per azienda innesca un circolo virtuoso di sviluppo

La mappa aiuta il Ssr a leggersi

I vantaggi: facilità di comprensione e possibilità di confronti immediati



Il sistema, con le sue sei dimensioni e le sue cinque fasce di valutazione, si consolida come strumento sia di programmazione regionale sia di supporto alla gestione aziendale.

Come si riporta in queste due pagine, il report sui dati 2011 rappresenta una nuova occasione per fare un punto della situazione: in quest'ottica vanno confrontati i bersagli delle 12 Asl, delle 4 Aou e quello della Fondazione Ga-

ndone Monasterio. I bersagli relativi alle aziende sanitarie territoriali e quelli delle aziende ospedaliere-universitarie sono in parte differenti, perché diversa è la missione che questi soggetti perseguono nel sistema sanitario. In logica multidimensionale i risultati sono suddivisi in sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso come quello sanitario.

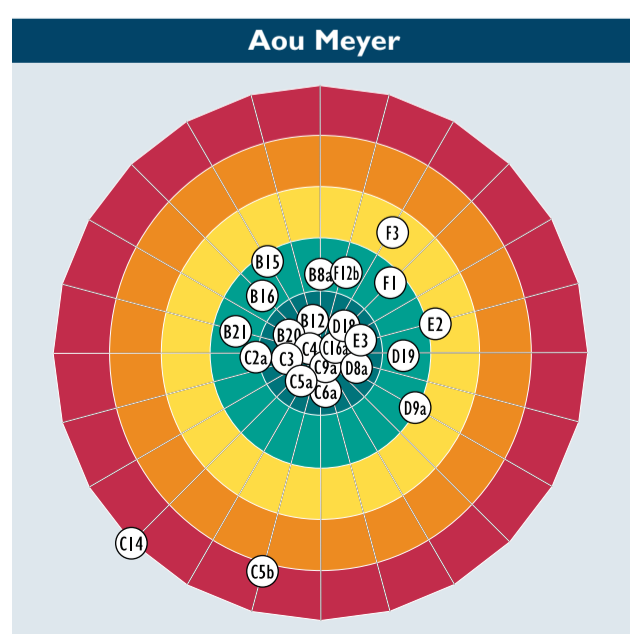
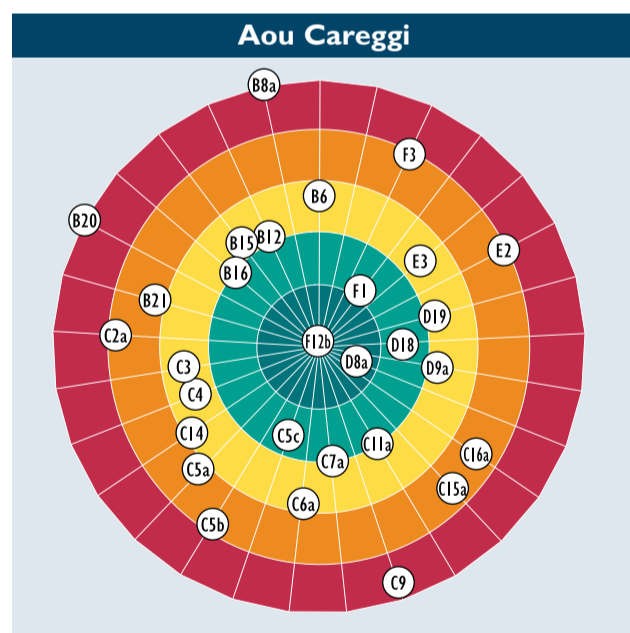
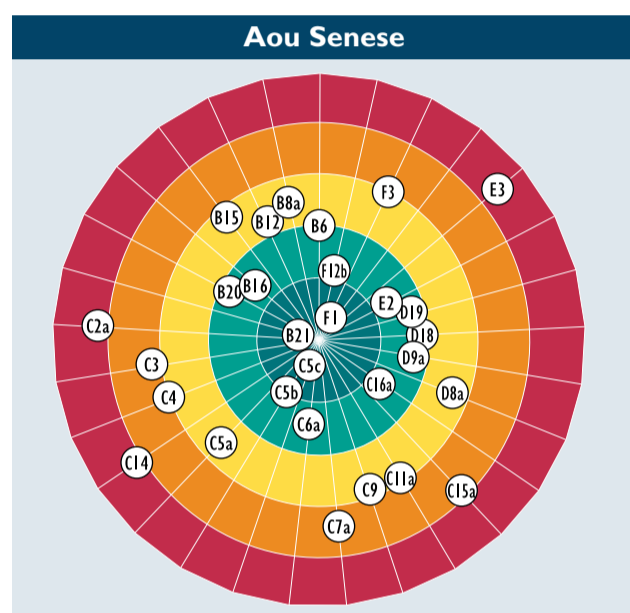
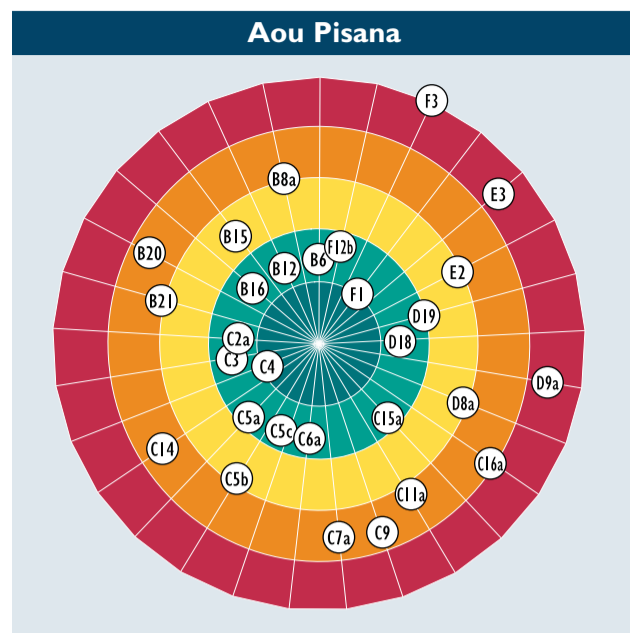
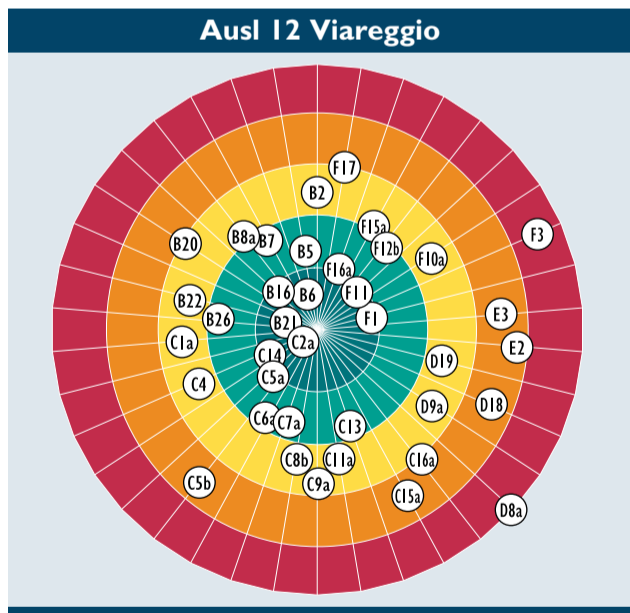
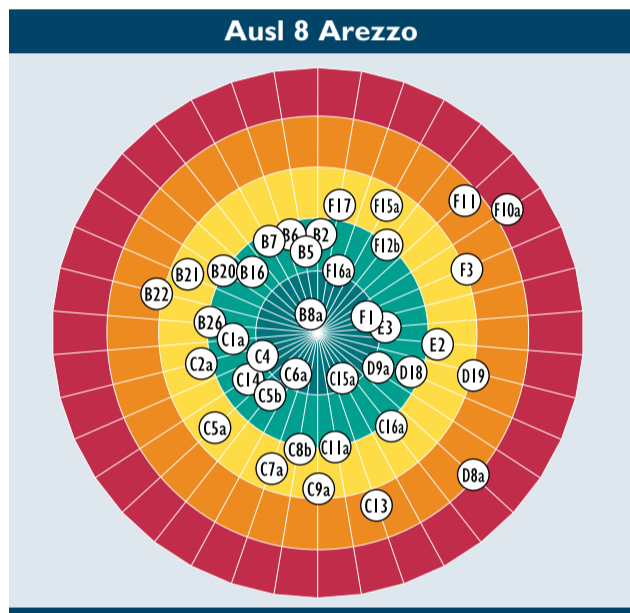
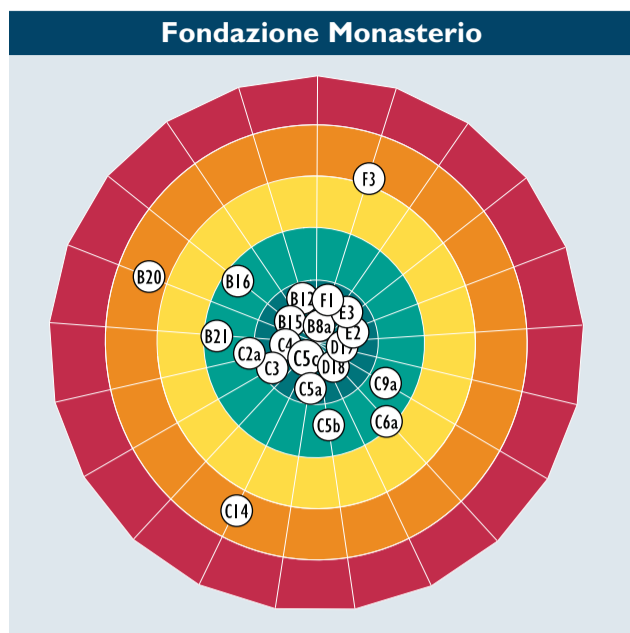
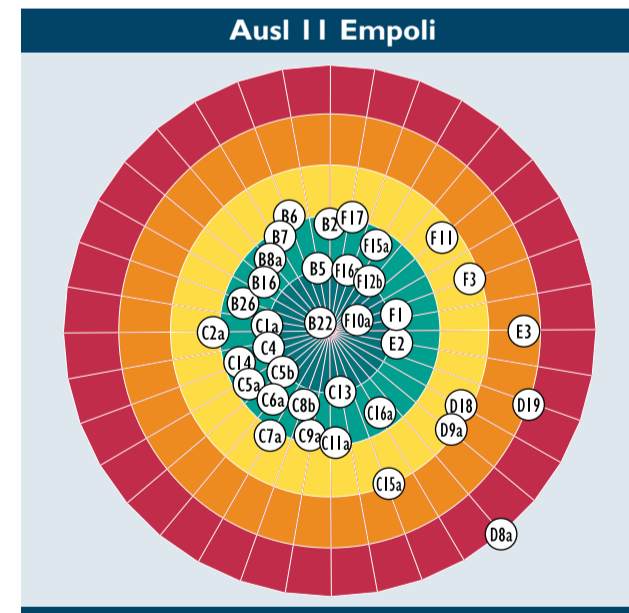
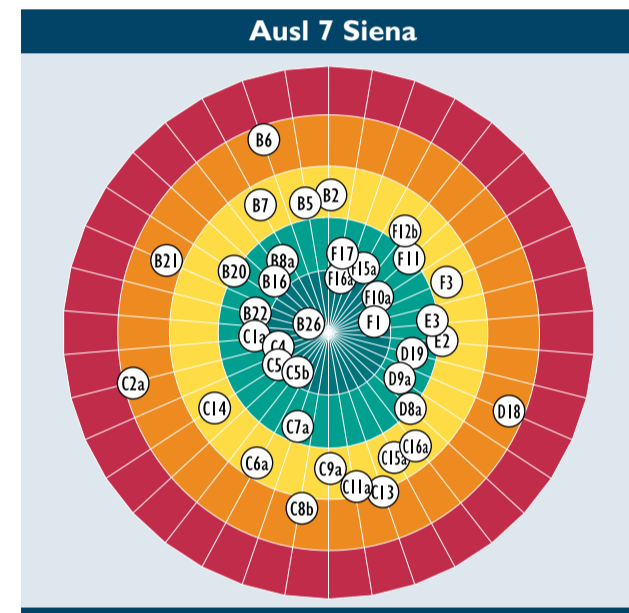
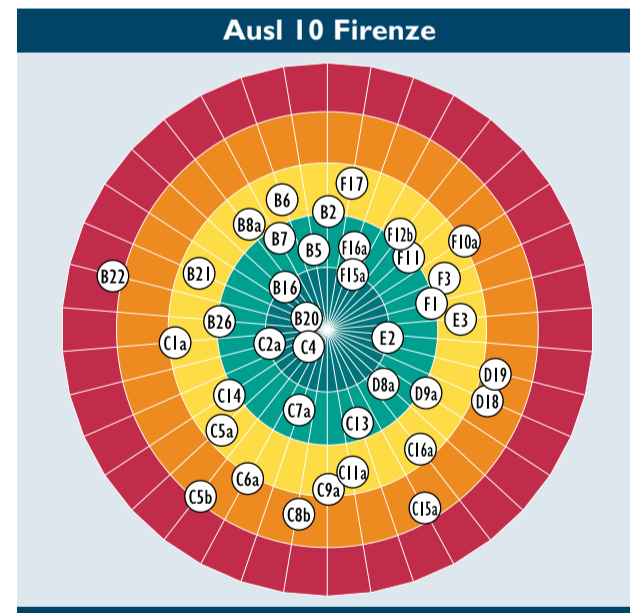
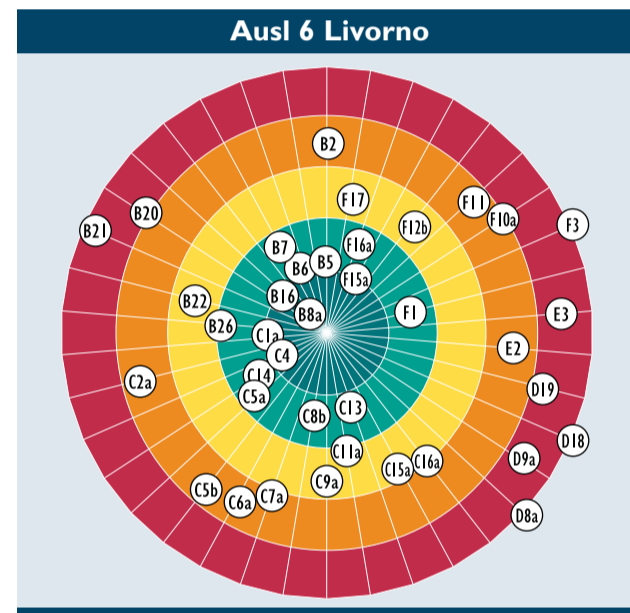
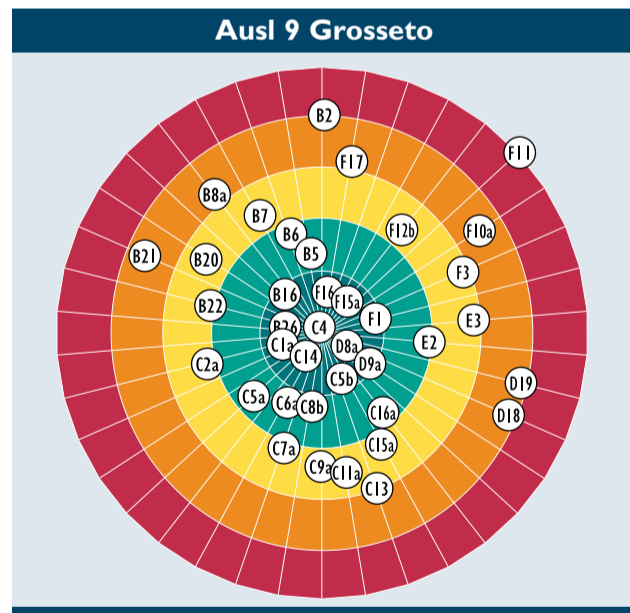
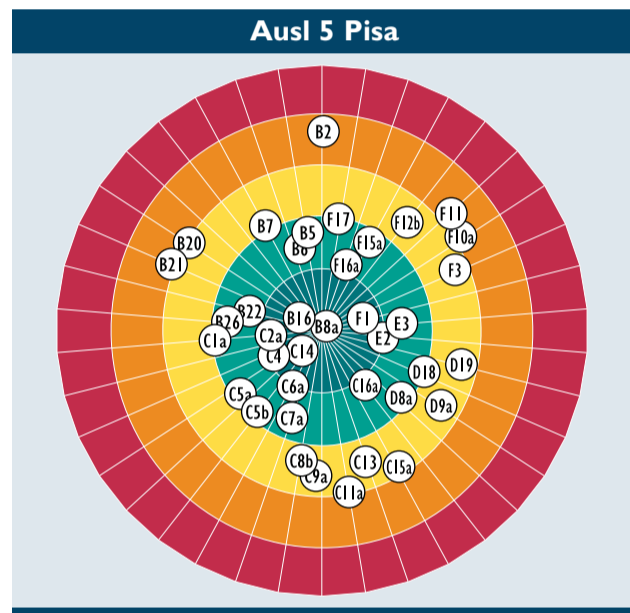
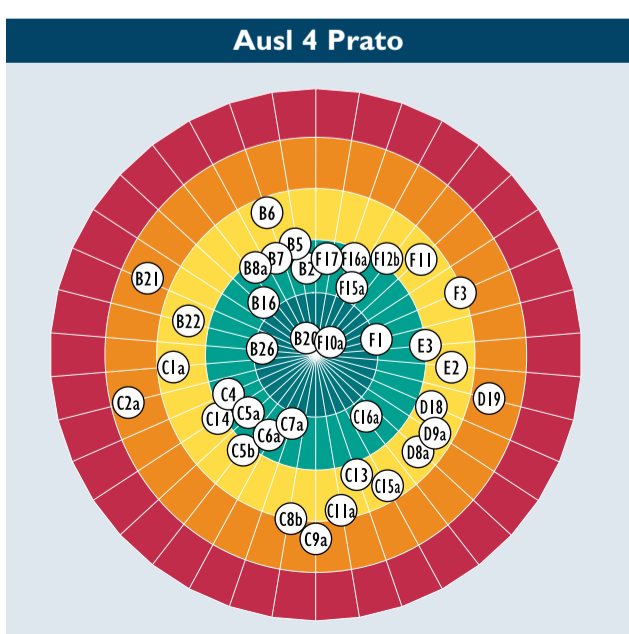
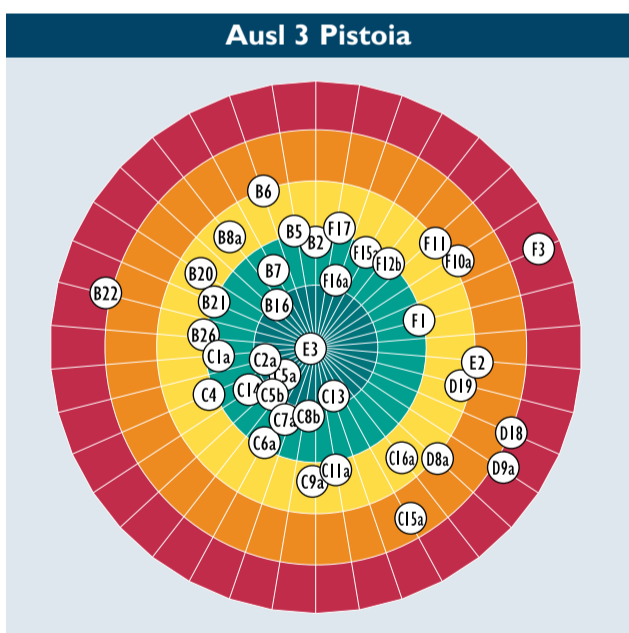
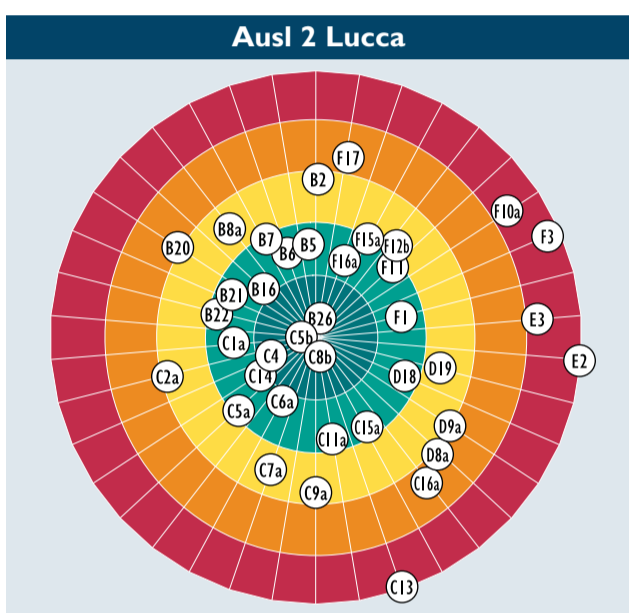
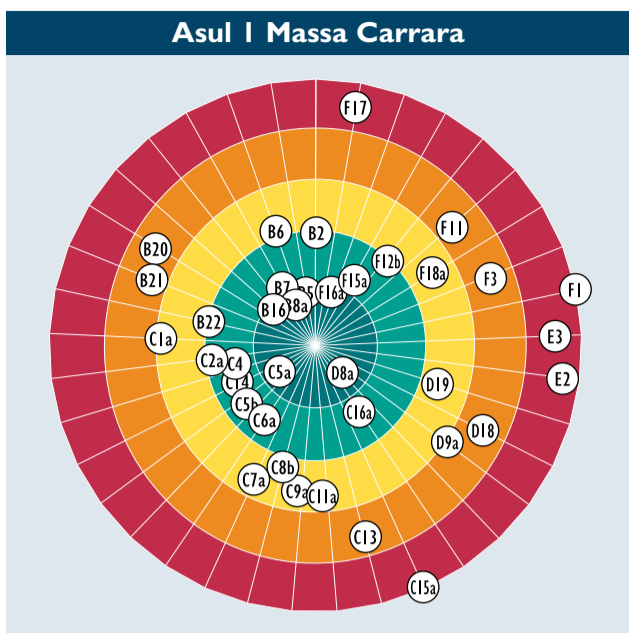
Il principale beneficio riconosciuto dagli osservatori esterni consiste sia nella sua facilità di comprensione (indicatori di sintesi posizionati su fasce di colore concentriche) sia nella possibilità di effettuare confronti trasversali o "drill-down" analitici (ovvero confronti longitudinali, spaziali, approfondimenti vari). Non a caso la sua architettura informatica è oggi coperta da un brevetto nazionale costituendo di fatto

un'innovazione nel campo del management sanitario. Il sistema di valutazione da diversi anni è legato al raggiungimento degli obiettivi aziendali e ai meccanismi incentivanti delle direzioni generali. I dati mostrano che esiste una crescente correlazione tra il sistema di valutazione da una parte e il processo di sviluppo e di miglioramento del servizio sanitario della Toscana dall'altra, in quanto le tecniche di valutazione

evolvono in funzione del coinvolgimento dei professionisti, della copertura di nuove aree assistenziali, delle nuove esigenze informative o gestionali. Certamente non tutto è valutabile in modo oggettivo e puntuale, ma l'importante è ridurre l'incertezza entro margini sostenibili su cui poi i talenti politici, gestionali o professionali possano fare la differenza, anche grazie a una migliore comunicazione pubblica e preventiva

nei confronti dei vari portatori di interessi locali (enti locali, associazionismo, singoli cittadini). La Regione Toscana con il sistema di valutazione adottato dal 2005 per la Sanità ha dato prova che questa misurazione può essere compiuta e può diventare un supporto essenziale alla guida del sistema per non limitarsi alla fase della programmazione ma verificare nei fatti la capacità di raggiungere i risultati.

I "pallini" all'interno dei bersagli rappresentano indicatori con lo stesso punteggio di valutazione.



Legenda		Indicatori bersaglio 2011	
 	Performance ottima, punto di forza (punteggio 4-5)	B5	Estensione ed adesione allo screening
 	Performance buona (punteggio 3-4)	B6	Donazioni
 	Performance media (punteggio 2-3)	B7	Copertura vaccinale
 	Performance scarsa (punteggio 1-2)	B8a	Gestione Dati
 	Performance molto scarsa, punto di debolezza (0-1)	B9	Equità e accesso
A - Stato di salute della popolazione		B11	Complessità (Aou)
A1	Mortalità infantile	B12a	Mobilità
A2	Mortalità per tumori	B15	Capacità attività di ricerca (Aou)
A3	Mortalità per malattie circolatorie	B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino
A4	Mortalità per suicidi	B20	Percentuale di prime visite specialistiche ambulatoriali prenotate entro 15 giorni
A5	Tasso di anni di vita potenzialmente persi (Pyll)	B21	Percentuale di esami diagnostici prenotati entro 30 giorni
A7	Speranza di vita	B22	Attività fisica adattata (Afa)
B - Capacità di perseguimento delle strategie regionali		B23	Accreditamento
B2	Stili di vita (Passi)	B26	Sanità di Iniziativa
C - Valutazione socio-sanitaria		C1a	Capacità di governo della domanda
C2a	Indice di performance degenza media	C3	Degenza media pre-operatoria (Aou)
C3	Degenza media pre-operatoria (Aou)	C14	Appropriatezza medica
C14	Appropriatezza medica	C4a	Appropriatezza chirurgica
C4a	Appropriatezza chirurgica	C5a	Qualità di processo
C5a	Qualità di processo	C5b	Qualità di esito
C5b	Qualità di esito	C6a	Rischio clinico
C6a	Rischio clinico	C7a	Materno infantile
C7a	Materno infantile	C8b	Efficacia del territorio
C8b	Efficacia del territorio	C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	C10	Percorso oncologico
C10	Percorso oncologico	C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche	C13	Tasso di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche
C13	Tasso di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	C15	Salute mentale
C15	Salute mentale	C16a	Pronto soccorso
C16a	Pronto soccorso	D - Valutazione esterna	
D8a	Valutazione degli utenti del pronto soccorso	D9a	Percentuale abbandoni dal pronto soccorso
D9a	Percentuale abbandoni dal pronto soccorso	D18	Percentuale pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero
D18	Percentuale pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero	D19	Valutazione degli utenti del ricovero ospedaliero ordinario
D19	Valutazione degli utenti del ricovero ospedaliero ordinario	E - Valutazione interna	
E2	Percentuale di assenza	E2	Percentuale di assenza
E3	Tasso di infortuni dei dipendenti	E3	Tasso di infortuni dei dipendenti
F - Valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa		F1	Equilibrio economico-reddituale
F1	Equilibrio economico-reddituale	F3	Equilibrio patrimoniale-finanziario
F3	Equilibrio patrimoniale-finanziario	F10a	Governo della spesa farmaceutica
F10a	Governo della spesa farmaceutica	F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica
F12b	Efficienza prescrittiva farmaceutica	F11	Indice di compensazione extraregionale
F11	Indice di compensazione extraregionale	F15a	Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro (Pisil)
F15a	Efficienza ed efficacia dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro (Pisil)	F16	Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione
F16	Efficienza ed efficacia nella sicurezza alimentare e nutrizione	F17	Costo sanitario pro capite
F17	Costo sanitario pro capite		

CRONICITÀ Il 30% dei pazienti "over 16" è assistito secondo il nuovo modello

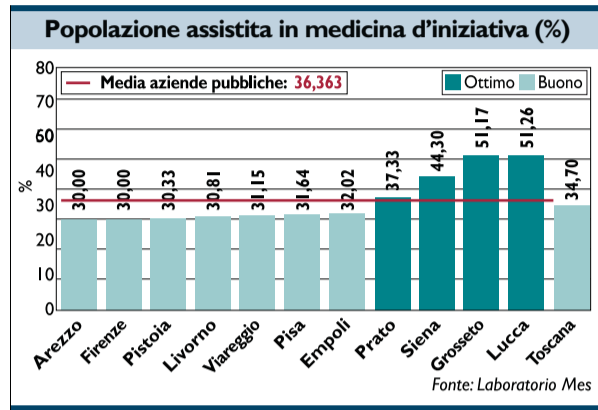
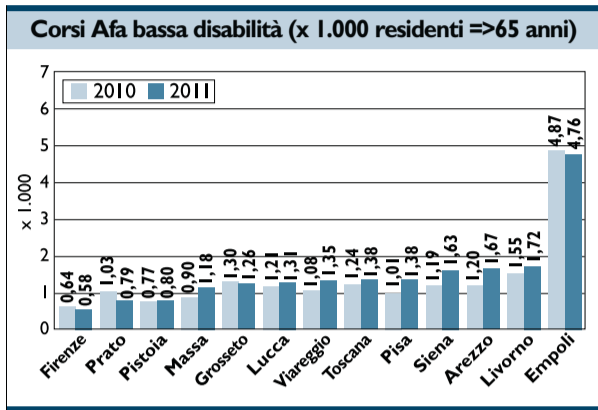


Salute d'iniziativa: il bilancio

Il Mmg protagonista della presa in carico - Disabili: "Afa" a regime

Nel 2010 la Regione Toscana ha fatto proprio un nuovo modo di fare assistenza nell'ambito delle cronicità, passando da una Sanità di attesa a una di iniziativa, che si attiva per l'identificazione della popolazione a rischio, al fine di garantire una gestione efficace della malattia che ne rallenti il decorso.

La creazione di moduli multidisciplinari composti da medici di famiglia, infermiere e operatore socio-sanitario ha permesso la presa in carico di pazienti diabetici, scompensati, colpiti da ictus e Bpco, a cui viene garantito un monitoraggio periodico dello stato di salute e un percorso di educazione ai corretti stili di vita. A un anno e mezzo dall'attivazione dei primi moduli pilota della Sanità di iniziativa, un importante risultato è stato registrato: più del 30% della popolazione residente in Regione di età superiore ai 16 anni è assistita da medici di famiglia che hanno aderito al nuovo modello assistenziale,



con alcune aree territoriali che superano la soglia del 50%. Anche gli indicatori che misurano la qualità del processo assistenziale (delibera n. 355 del 2010) riportano buoni risultati per la maggior parte dei moduli. Nei prossimi mesi saranno resi noti dal Laboratorio Mes i risultati dell'indagine ai pazienti, con la quale si rileva l'esperienza di un campione di circa 7.000 pazienti

diabetici e scompensati e le loro valutazioni complessive in termini di benefici per lo stato di salute, livello di informazione, qualità dell'assistenza e self management.

Un'altra espressione del fare Sanità di iniziativa sono i corsi di attività fisica adattata (Afa) con i quali si attuano programmi di esercizio fisico, non sanitario, svolti in gruppo e indirizzati a

cittadini con disabilità, secondo un approccio più orientato al concetto di salute che a quello di malattia. Dopo una fase di sperimentazione avviata nel 2005, sono stati nel 2011 oltre 1.300 i corsi attivati a livello regionale (un incremento del 75% rispetto al 2008) con un numero di partecipanti superiore alle 20.000 persone. In particolare sono in media 1,38 i corsi "a bassa disabili-

tà" attivati per 1.000 abitanti e rivolti ai portatori di sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea e osteoporosi.

Particolarmente virtuosa nella promozione e attivazione dei corsi Afa è l'Ausl 11 di Empoli che ha attivi nel 2011 ben 5 corsi a bassa disabilità per ogni 1.000 abitanti. Nella Ausl 11 i programmi Afa sono promossi e

coordinati dal dipartimento della Riabilitazione e delle fragilità in collaborazione con le Società della salute di Empoli e del Valdarno Inferiore. Il coordinamento e le modalità di accesso variano a seconda della complessità del quadro clinico. A esempio, per i casi a bassa complessità il medico di famiglia o lo specialista indirizzano direttamente il cittadino al centro di coordinamento territoriale. La Ausl 11 svolge anche un'attenta attività di controllo sui corsi: monitora la frequenza e la gravità degli eventi clinici avversi durante lo svolgimento del programma di esercizi, verifica gli effetti del programma su menomazione, funzione, disabilità e qualità della vita, rileva la qualità percepita dei partecipanti e le cause di abbandono dai programmi Afa.

Anna Maria Murante
Laboratorio Mes,
Scuola superiore Sant'Anna
Francesco Benvenuti
Responsabile Uoc Cura
e riabilitazione delle fragilità
Ausl 11 Empoli

RECEPITO IL PIANO NAZIONALE PER IL GOVERNO DEI TEMPI MASSIMI

Corsa ai ripari contro le lunghe attese

I tempi di attesa continuano a essere il problema più sentito dai cittadini. Ce lo dicevano nel 2010 i dati dell'indagine alla popolazione, ce lo confermano le testimonianze raccolte durante la fase di ascolto del nuovo Piano, lo segnalano tutti i quotidiani.

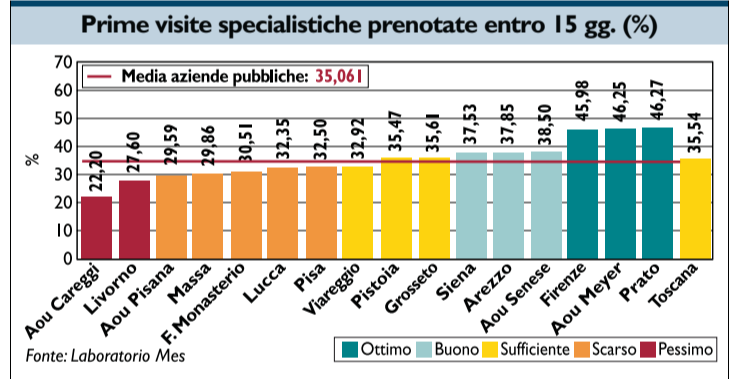
Quest'anno soltanto il 35% delle prime visite specialistiche e il 43% degli esami diagnostici messi a Cup sono stati prenotati a livello regionale rispettivamente entro 15 e 30 giorni, con una elevata variabilità tra le aziende. La Regione Toscana, consapevole di questa criticità, con la Dgr 493/2011 ha recepito e integrato il Piano nazionale per il governo delle liste di attesa (Pngla) fissando i tempi massimi per un elenco di prestazioni: le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali e diagnostiche di primo

contatto devono pertanto avvenire sulla base dell'attribuzione di alcune classi di priorità, basate sulle caratteristiche cliniche del paziente: urgente (U) entro 72 ore, breve (B) entro 10 gg, differibile (D) entro 15 o 30 giorni per le visite e 30 o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici e programmato (P).

Le prestazioni di primo contatto sono una parte consistente dei volumi globali erogati, ma le criticità a esse connesse vanno affrontate in un'ottica complessiva di sistema, sia per quanto riguarda il governo della domanda che l'ottimizzazione dell'offerta. Sul versante della domanda ci troviamo in una situazione di eccesso, in particolare per alcuni ambiti di prestazioni per i quali l'inappropriatezza prescrittiva rappresenta ancora un ele-

mento importante di criticità. Si pensi al tasso di Rm muscolo-scheletriche per gli over 65 anni, ampiamente riconosciute come inappropriate nella maggior parte dei casi, che rispetto all'anno scorso è rimasto sostanzialmente invariato e in alcune aziende è addirittura aumentato. Sul versante dell'offerta invece è necessario superare la logica della compartimentazione tra diversi setting di erogazione. Il pronto soccorso, le attività in regime di ricovero, le attività ambulatoriali vanno considerati come componenti di un unico sistema che deve condividere le stesse logiche e criteri coerenti di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni.

Ciò presuppone naturalmente la trasparenza e l'informatizzazione delle agende, poiché in alcune aziende e



per alcune prestazioni, in particolare diagnostiche, ancora esiste una notevole percentuale di attività non disponibile a Cup e con modalità di accesso molto variabili. Dato che emerge sia dall'analisi dei flussi regionali sia dalle rilevazioni "ad hoc" che svolge il Laboratorio Mes con la tecnica dell'utente misterioso, ossia contattando

telefonicamente i Cup delle aziende per simulare la richiesta di una prestazione, con l'obiettivo di presentare una fotografia della qualità di un servizio vista con gli occhi del cittadino.

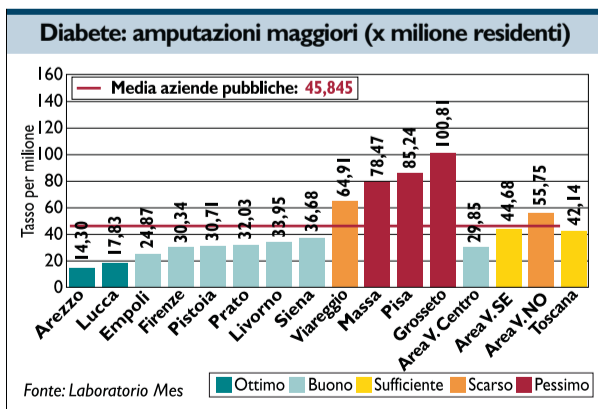
Linda Marcacci
Laboratorio Mes
Scuola superiore Sant'Anna

UN MODELLO DI RIFERIMENTO PER ABBATTERE IL TASSO DI AMPUTAZIONE

Piede diabetico, ad Arezzo la best practice nazionale

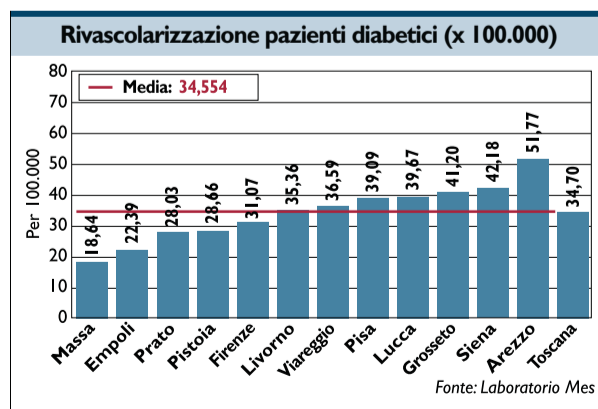
Il diabete rappresenta una delle principali patologie croniche in Italia, che genera ingenti costi sociali legati al trattamento della patologia e delle sue complicanze. Tra queste, una delle più rilevanti è rappresentata dal cosiddetto "piede diabetico", prima causa di amputazione non traumatica degli arti inferiori e fonte del 15-25% dei costi globali della malattia (Oms, anno 2005). Più del 50% di tutte le amputazioni maggiori riguardano, infatti, proprio i diabetici. Ma quante di queste amputazioni possono essere evitate? Secondo i dati dell'Oms, di alcuni studi della Società italiana di diabetologia e della Associazione medici diabetologi fino all'80% delle amputazioni potrebbe essere evitata.

L'indicatore elaborato dal Laboratorio Management e Sa-



nità "tasso di amputazioni maggiori per il diabete" conferma la tesi. La performance di Arezzo, infatti, best practice nella cura del piede diabetico, presenta il tasso di amputazione più basso a livello nazionale. Per-

corso assistenziale coordinato e tempestivo e gestione multidisciplinare sono le caratteristiche fondamentali che permettono ad Arezzo di ottenere questi risultati di performance. Il tempo è infatti un fattore chiave



per l'evoluzione della patologia e l'esito del trattamento.

Per individuare tuttavia le particolarità del percorso organizzativo e le tempistiche di intervento nelle singole aziende è necessario analizzare i percorsi

aziendali in maniera più approfondita. Il meccanismo di benchmarking ha favorito il confronto tra professionisti e direzioni sanitarie, che hanno deciso di affrontare insieme il problema, affidando alla Commis-

sione per le attività diabetologiche della Regione Toscana, con il sostegno del Laboratorio Mes, il compito di avviare un progetto di indagine delle diverse realtà e percorsi aziendali, tramite interviste, compilazione di questionari e focus group con pazienti. Obiettivo di questo progetto è la mappatura dei percorsi nelle diverse aziende e l'individuazione delle carenze organizzative su cui intervenire per migliorare le performance. Risultato finale di questo lavoro sarà la condivisione di un modello toscano di eccellenza clinica e organizzativa del percorso "Piede diabetico", in grado di permettere una convergenza dei risultati verso livelli ottimali.

Barbara Bini
Laboratorio Mes,
Scuola superiore Sant'Anna

AREZZO

Rinnovati neonatologia e blocco nascita all'ospedale San Donato

Un nuovo look per le nascite



Realizzazione in quattro mesi con un investimento di 1,250 milioni

Inaugurato sabato primo settembre il nuovo "blocco parto" dell'ospedale San Donato: un vero e proprio gioiello di efficienza, funzionalità e umanità realizzato in 120 giorni, su progetto della struttura tecnica dell'Azienda con un investimento di un milione e 250mila euro. L'intervento ha previsto la completa revisione degli spazi a disposizione dei reparti di neonatologia e del blocco parto, seguendo obiettivi aziendali concordati in primo luogo con gli operatori dell'area. In particolare, sono state

augmentate le sale travaglio/parto (da 3 a 5 di cui una con letto parto operativo per gravidanza a rischio, e una con vasca nativa per il parto in acqua) localizzandole nell'area finestrata che permette l'illuminazione naturale delle stesse, garantendo così un ambiente più confortevole alle partorienti.

È stata inoltre realizzata la nuova area operatoria, progettata per garantire la presenza di corretti percorsi per il personale e le operande e di spazi accessori congrui per il rispetto delle migliori

condizioni igienico-sanitarie ed è stato realizzato un passaggio diretto fra l'area del rooming in e il blocco parto per offrire un percorso agevole alle partorienti e alle puerpere che devono raggiungere le sale travaglio.

Completamente rinnovata e ampliata anche la parte dedicata alla patologia neonatale: l'area degenza è concepita come open space, con postazione di lavoro e controllo centralizzato, mentre l'area della Terapia intensiva neonatale ha uno spazio riservato, corredato di

apposito percorso di filtro. Realizzato anche un apposito locale strutturato per il paziente in isolamento, mentre per le emergenze sono stati resi disponibili due posti letto per la terapia intensiva e quattro per quella subintensiva.

Completamente rinnovato anche il "lactarium" nella neonatologia, un locale dedicato alla raccolta del latte materno destinato alla nostra e alle altre Asl della Toscana, attraverso la gestione della banca del latte regionale. I lavori hanno infine previsto la riprogettazione

di tutta l'impiantistica per l'adeguamento alle normative vigenti e alla legge di accreditamento regionale.

Da segnalare il contributo del Calcit che ha donato un letto parto/operatorio per un costo di 13.800 euro più Iva, e della vasca per parto in acqua acquistata assieme alla Fondazione Cesalpino per un importo di 9.900 euro più Iva.

Pier Luigi Amorini
 Ufficio stampa
 Asl 8 Arezzo

PISTOIA

A Piteglio la prima postazione telecontrollata con defibrillatore

Realizzata a Piteglio, nel cuore della Montagna pistoiese, la prima postazione di soccorso telecontrollata dal 118 con defibrillatore semiautomatico esterno per evitare le morti da arresto cardiaco. Si tratta del primo progetto del genere a livello regionale ed è stato realizzato dalla Pro Loco del Comune, con la collaborazione dell'Associazione Cuoriamoci onlus e l'Azienda sanitaria pistoiese.

La stazione salvavita è attiva 24 ore su 24, telecontrollata dal 118 di Pistoia e completa della borsa per l'emergenza con il kit degli strumenti e accessori sanitari (guanti, laccio emostatico, cannule, maschera ecc. ...) necessari alle manovre rianimatorie. In particolare la stazione è dotata di un software specifico in grado di trasmettere 44 messaggi di allerta diversi e 6 test giornalieri, invia un sms ogni volta che c'è un'emergenza alla centrale operativa ed è dotata di un sistema di videosorveglianza.

L'Azienda sanitaria, attraverso il 118, ha effettuato l'apposita formazione a 25 cittadini per il corretto utilizzo del

defibrillatore. Qualsiasi cittadino di fronte a una persona priva di sensi può utilizzare la stazione salvavita, è sufficiente seguire correttamente le istruzioni, come quando viene fatta la benzina a un self service.

Piteglio è distante 10 chilometri dall'Ospedale di San Marcello, 26 da quello di Pistoia e 30 da Pescia: in condizioni meteorologiche favorevoli sono sufficienti in media

17, 51 e 52 minuti per raggiungere le rispettive strutture. «La realizzazione di questo progetto in un territorio così difficile, con tempi di soccorso sensibilmente

lungi - dice Piero Paolini, responsabile del dipartimento di Emergenza e urgenza - contribuirà in modo decisivo al salvataggio di vite umane».

L'Azienda sanitaria pistoiese ha iniziato nel lontano 2003 un programma di defibrillazione precoce che ha permesso di ottenere risultati di assoluto rilievo nel panorama nazionale.

Daniela Ponticelli
 Ufficio stampa
 Asl 3 Pistoia

SIENA

«Visual Dea» per cronometrare le prestazioni di pronto soccorso

Al via da settembre un nuovo progetto sperimentale che coinvolgerà il pronto soccorso del policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena. Battezzato «Visual Dea», consisterà in una attenta analisi dei flussi di lavoro degli operatori e delle tipologie e percorsi dei pazienti, con l'obiettivo di individuare punti di forza e punti di debolezza del sistema per proporre aree di miglioramento, partendo dai suggerimenti degli operatori coinvolti.

Finanziata dalla Regione Toscana, l'indagine è stata sperimentata con successo anche in altre aziende sanitarie toscane e si basa sul sistema giapponese «Lean», termine che deriva dai processi produttivi di una grande azienda giapponese che ha fatto scuola. «È un progetto di estrema rilevanza - spiega Fulvio Bruni, direttore del pronto soccorso e della Medicina d'urgenza - perché valorizza la struttura e le professionalità esistenti e ci offre l'occasione per rivedere tutte le nostre attività migliorando l'offerta qualitativa verso gli utenti».

Il gruppo di lavoro è coordinato da Jacopo Guercini, Letizia Bracci, Andrea Biancalani e Giulio Tarditi e coinvolgerà molti operatori del pronto soccorso, per essere poi esteso ad altri settori dell'ospedale.

«Ci sono tre punti di forza molto interessanti - prosegue Bruni - l'organizzazione diventa più semplice, al centro del processo organizzativo c'è sempre l'utente e ogni operatore è pienamente coinvolto. Quello che viene valutato è infatti il processo, e non l'operatore».

Dalla seconda metà di settembre i valutatori opereranno nel pronto soccorso analizzando tempi e metodi di lavoro garantendo rilevazioni che garantiscano il completo anonimato e la privacy di pazienti e operatori.

Terminata la prima fase, verranno identificate le operazioni che generano valore per gli utenti, quelle che non generano ma sono necessarie al processo e le attese tecniche. Per queste ultime verranno realizzati interventi di miglioramento con il supporto e le proposte operative dei professionisti sanitari. La fase di analisi si svilupperà in un mese. I risultati saranno valutati in circa tre mesi di lavoro.

Ines Ricciato
 Ufficio stampa
 Aou Senese

EMPOLI

Società della salute: scommessa sulla gestione in Global Service

Approvato nei giorni scorsi dalla Giunta della Società della salute di Empoli il piano operativo annuale per la gestione dell'attività socio-assistenziale e socio-sanitaria per il 2012.

Nel documento (adottato in attesa dell'approvazione del Pss integrato regionale, cui seguirà la redazione del Piano integrato di salute da parte della Sds) non soltanto vengono confermate e implementate tutte le attività e i progetti avviati nel 2011, ma vengono anche definiti nuovi ambiti di azione e nuove modalità organizzative. Tra le novità avviate nel 2012, trasversalmente a tutte le

aree di attività, va evidenziata la scelta del Global Service quale modalità di affidamento della gestione delle strutture socio-sanitarie del territorio, garanzia di una più rapida e precisa individuazione delle responsabilità di gestione e di una maggiore efficienza gestionale. Riconfermati per tutto il 2012 il sostegno al progetto per la non autosufficienza, per la sorveglianza attiva a favore delle persone anziane non autosufficienti e il sostegno al progetto Afa (Attività fisica adattata)

per la prevenzione delle disabilità. Prevista infine la sperimentazione di un ambiente terapeutico riabilitativo per le persone con demenza e gravi disturbi di comportamento (Alzheimer).

La Società della salute di Empoli persegue inoltre lo sviluppo di un sistema di servizi e interventi integrati a favore dei soggetti disabili per la realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati e per l'inserimento nella vita sociale.

Nell'ambito dei minori, la Società della salute di Empoli agisce per la prevenzione del disagio, per l'affido e l'adozione, contro l'abuso e la violenza delle famiglie multiproblema.

Infine, anche per il 2012 verranno promossi progetti di sperimentazione di attuazione delle politiche per l'occupazione in grado di valorizzare le esperienze esistenti sul territorio e promuovere programmi mirati per risolvere l'emergenza abitativa.

Maria Antonietta Cruciani
 Ufficio stampa
 Asl 11 Empoli

Stazione salvavita utilizzabile da tutti i cittadini

Monitorati con gli operatori tutti i percorsi

Scelta di campo nel piano operativo annuale 2012

IN BREVE

▼ PISA

Un gruppo di Medici senza frontiere (Msf) ospite dell'Aou di Siena da lunedì 3 a venerdì 7 e poi da lunedì 10 a venerdì 14 settembre. I medici - scelti dalla sezione italiana dell'associazione - hanno frequentato un corso teorico e pratico di traumatologia nella clinica ortopedica e nel dipartimento di Emergenza e accettazione. Msf è la più grande organizzazione medico-umanitaria indipendente al mondo, ed è stata fondata in Francia, nel 1971, da medici e giornalisti. Ha 19 sedi in tutto il mondo e fornisce soccorso umanitario in più di 60 Paesi a popolazioni la cui sopravvivenza è minacciata da violenze o catastrofi dovute principalmente a guerre, epidemie, malnutrizione, mancanza di assistenza sanitaria o catastrofi naturali.

▼ LIVORNO

La Sanità livornese sbarca in Senegal e nella Repubblica democratica del Congo con due importanti progetti di cooperazione sanitaria internazionale - formalmente approvati dalla Regione Toscana - che vedono la Asl 6 tra i promotori. Il primo riguarda la riduzione della mortalità materno-infantile in Senegal, il secondo il sostegno ai servizi sanitari nella Regione del Sankuru (Rdc) con l'installazione di impianti fotovoltaici in una struttura ospedaliera. «I due progetti - spiega Andrea Grillo, referente per la cooperazione sanitaria internazionale della Asl 6 di Livorno e coordinatore dell'attività per l'Area vasta Nord-Ovest - nascono da relazioni di amicizia e di gemellaggio e avranno un grosso impatto sulle zone di intervento».

▼ AREZZO

Sono 135 le vittime di violenze registrate nei primi sei mesi di attività nel pronto soccorso della provincia di Arezzo che hanno visto il percorso del codice rosa. In prevalenza maltrattamenti (110 verso adulti, 12 nei minori). Le vittime sono in prevalenza donne (104), ma ci sono anche maschi (6) e minori (maschi 6, femmine 6). Nove i casi di sospetto abuso - 5 su donne adulte e 4 su minori - (di cui 2 donne e 2 maschi); 4 i casi di stalking (adulti, 4 femmine). Per ciascuno le cure vengono prestate direttamente nell'ambulatorio del codice rosa, nella massima riservatezza. Dal primo maggio il codice rosa è stato attivato in tutti i Ps della provincia e da quella data è possibile analizzare la casistica anche in base alla provenienza.

Sanità Toscana

direttore responsabile
 ELIA ZAMBONI
 coordinatore editoriale
 Roberto Turno

comitato scientifico
 Edoardo Majno, Susanna Cressati,
 Sabina Nuti, Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 32-33 del 4-17 settembre 2012
 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

«Sanità Toscana» è una pubblicazione informativa realizzata in base a un accordo tra Il Sole-24 Ore Spa e la Regione Toscana

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



FRÀRES
DONATORI DI SANGUE