

Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 24 anno XII 23-29 giugno 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

L'imperativo categorico della sicurezza

di Riccardo Tartaglia *

La proposta di legge regionale «Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento sulla qualità e sicurezza delle cure» rappresenta per il servizio sanitario regionale un passo estremamente importante verso il miglioramento degli standard dell'assistenza. Essa introduce alcune importanti novità. Innanzitutto associa al concetto di qualità quello di sicurezza delle cure. Anche se la sicurezza è intrinseca al concetto di qualità, ha avuto in ambito sanitario uno sviluppo in tempi e su basi culturali differenti. La gestione del rischio clinico ha infatti introdotto un diverso modo di affrontare il tema dell'errore in medicina basando su una cultura "no blame" improntata sulla ricerca delle soluzioni organizzative piuttosto che delle responsabilità.

La gestione del rischio clinico ha inoltre favorito l'analisi dei processi e delle procedure secondo delle metodologie che consentono oggi una analisi proattiva delle criticità, proprio con l'obiettivo di superare una visione normativa del modo di operare e fornire prestazioni. Qualità e sicurezza diverranno pertanto un binomio inscindibile e prioritario delle pratiche cliniche con eviden-

CONTINUA A PAG. 2

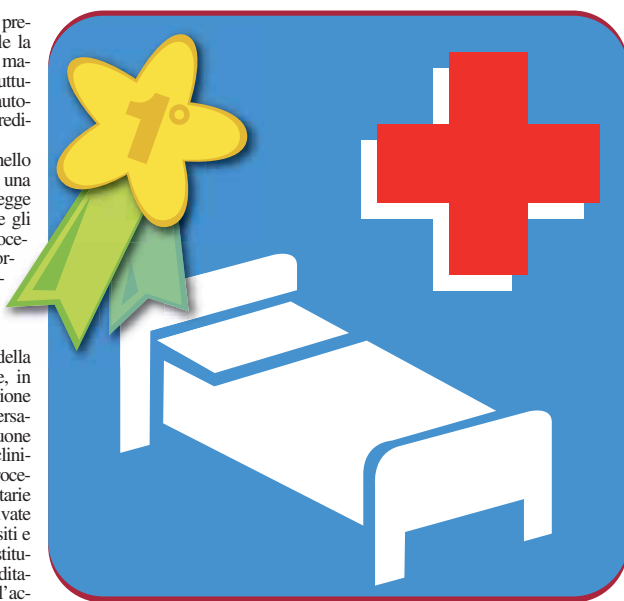
VALUTAZIONE La proposta della Giunta che cambia l'accreditamento delle strutture

Esame di qualità per tutti

Più semplice la verifica dei requisiti - Al via anche un test di eccellenza

La Giunta regionale toscana ha presentato al Consiglio regionale la proposta di legge «Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento».

Questa legge, che è la sintesi e nello stesso tempo il superamento di una esperienza decennale nata con la legge regionale 8/1999, affronta e risolve gli aspetti di criticità e di pesantezza procedurale rilevati, definendo in modo organico la cornice normativa del «sistema qualità» toscano, entro cui i processi di accreditamento dialogano in un rapporto integrato con gli altri strumenti di valutazione della qualità prodotti a livello regionale, in particolare col sistema di valutazione delle performance aziendali «Bersaglio» e con la promozione delle buone pratiche per la gestione del rischio clinico. La legge illustra i requisiti e le procedure per l'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private e per gli studi professionali, i requisiti e le procedure per l'accreditamento istituzionale e per l'attestazione di accreditamento di eccellenza, i principi per l'accreditamento dei professionisti e per la promozione della qualità professionale. Inoltre disciplina i nuovi organismi costitutivi del sistema e gli strumenti di cui il sistema si avvale. La legge prevede l'introduzione della semplificazione amministrativa nei processi di verifica dei requisiti, con l'autocertificazione del legale rappresentante della struttura al posto del controllo preventivo. Previsto, oltre all'accreditamento istituzionale, l'accreditamento di «eccellenza», basato su un'adesione volontaria e fortemente orientato al miglioramento continuo, in stretta relazione con i processi di valutazione delle performance aziendali e con gli obiettivi strategici di miglioramento definiti periodicamente dalla Regione. Inoltre si prevede un nuovo organismo per i processi di valutazione e verifica, che sostituisce le tre commissioni di accreditamento, con un elenco regionale di esperti valutatori con proce-



FORMAZIONE

Il manager Ssr si forma sotto la Torre

Terza edizione del master in management sanitario al S. Anna di Pisa

Formare figure manageriali complete e competenti in grado di affrontare la complessità e la multidimensionalità tipiche delle strutture sanitarie. È l'obiettivo del master management e Sanità della scuola Superiore S. Anna di Pisa che si rivolge a professionisti sia sanitari che amministrativi ad «alto potenziale» già operanti in aziende pubbliche o private, ma anche a laureati che intendano investire nel mondo della Sanità.

Il percorso formativo si articola progressivamente in moduli cosiddetti «fundamentals», di «general management», e infine di «vertical» o «functional management». Il corpo docente del master è composto da docenti di Università, dirigenti e professionisti di enti pubblici, Asl e imprese. La durata del master è di 13 mesi e include attività di out-door e sviluppo delle capacità di comunicazione individuale, stage e viaggio studio all'estero. I docenti sono coinvolti su programmazione, didattica e tutorship degli stages per garantire un counseling individuale. I partecipanti alle due precedenti edizioni del master oggi ricoprono ruoli di responsabilità nel Ssr. Le iscrizioni termineranno il 15 luglio.

dura pubblica selettiva. Secondo la proposta di legge è prevista anche una commissione regionale qualità e sicurezza in seno al consiglio sanitario regionale, che assicura una funzione di indirizzo tecnico scientifico, di promozione della qualità e di sintesi dei processi valutativi.

Un'ulteriore innovazione significativa riguarda il rafforzamento del controllo sociale mediante il ruolo affidato al «Forum permanente dei cittadini per l'esercizio del diritto alla salute» e attraverso l'uso di strumenti informatizzati di comunicazione, per dare costante visibilità e trasparenza a tutte le informazioni inerenti i processi di accreditamento e alle risultanze delle verifiche condotte.

La legge affronta anche il tema della qualità dal punto di vista del singolo professionista, facendo chiarezza e distinzione tra le funzioni istituzionali regionali in materia di accreditamento istituzionale del professionista titolare di studio e gli interventi di promozione e valutazione della qualità professionale, in relazione ai quali la legge getta le basi per promuovere lo sviluppo professionale continuo, affidando ai professionisti stessi, mediante il Csr, la definizione condivisa e partecipata delle regole e degli strumenti di valutazione necessari. È opportuno infine sottolineare che la legge, nel «spingere avanti» il sistema, salva comunque e conferma tutto ciò che l'esperienza ha dimostrato tuttora valido nelle disposizioni della legge regionale 8/1999, in particolare le procedure autorizzative gestite dai Comuni per le strutture private e la disciplina per l'apertura degli studi professionali, con l'introduzione della procedura semplificata di dichiarazione di inizio attività (Dia). La legge sarà seguita entro sei mesi dal regolamento attuativo, corredato dai manuali aggiornati.

Maria Giuseppina Cabras
Dirigente settore
«Assicurazione qualità»
Regione Toscana

IL TESTO A PAG. 4-5

CONTROCANTO

Ora non si lesini con il monitoraggio

di Enrico Desideri *

La scelta compiuta alcuni anni fa dalla Regione Toscana in materia di accreditamento delle strutture sanitarie si è rivelata, alla prova dei fatti e sotto molti profili, lungimirante e innovativa. Si trattò anche di una decisione coraggiosa. Prova ne sia che tutt'ora in poche zone del nostro Pa-

ese i sistemi sanitari hanno raggiunto quella ricchezza di elaborazione e quel livello di avanzamento tecnico in materia che permise alla Toscana di avviare il suo specifico percorso.

A distanza di tempo, tuttavia, è emersa chiara-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Istituti religiosi: si a intesa con l'Aris

La giunta ha approvato lo schema del protocollo di intesa che indirizza i rapporti nelle materie di competenza tra Regione e Aris (Associazione religiosa istituti socio-sanitari). L'Aris toscana è soggetto attivo in ambito nazionale e regionale di istituzioni senza scopo di lucro che operano in ambito sanitario e socio-sanitario e che forniscono un apporto alle attività di assistenza sanitaria del Ssr. (Delibera n. 407 del 18/05/2009)

▼ Ricoveri: 3,8 milioni ai progetti Asl

Sono stati approvati i progetti presentati dalle Asl toscane per migliorare la capacità del-

l'ammissione in ricovero, dal Pronto soccorso nei reparti ospedalieri, in modo più veloce per l'organizzazione e con un maggior livello di sicurezza e confort per i pazienti. I progetti aziendali saranno finanziati con circa 3,8 milioni. (Delibera n. 360 del 04/05/2009)

▼ Formazione con l'Anci sul territorio

La giunta ha deciso di copromuovere con l'Anci Toscana la realizzazione di un percorso formativo su: «Reti di governance per l'integrazione delle attività socio sanitarie con le attività assistenziali sui territori» per soggetti del territorio coinvolti nell'attività delle Società della salute per settembre e ottobre. (Delibera n. 348 del 04/05/2009)

ALL'INTERNO

Sangue, scorte «in pari»

A PAG. 2

Energia verde per gli ospedali

A PAG. 6

Bimbi&Traumi, centro al Meyer

A PAG. 7

MODELLI Presentato il bilancio del sistema trasfusionale regionale nel 2008



Sangue, c'è l'autosufficienza

Donazioni in lieve aumento (+3,3%) - Domanda e offerta coincidono

Si è appena conclusa la giornata regionale della donazione del sangue e a Montecatini il Centro regionale sangue (CrS) ha fatto il punto della situazione presentando i dati relativi al 2008 in un convegno intitolato «Il Sistema trasfusionale e la donazione del sangue in Toscana».

In base al fabbisogno regionale e nazionale l'incremento richiesto per il 2008 è stato di circa il 2,8% delle donazioni di sangue intero e del 2,3% delle donazioni di plasma da aferesi rispetto alla stima previsionale dei risultati conseguiti nel 2007. Il Sistema trasfusionale toscano, che costituisce un efficiente modello di rete i cui nodi principali sono costituiti da strutture trasfusionali, associazioni di volontariato e aziende sanitarie, e il cui fulcro è il CrS, ha complessivamente raggiunto questi obiettivi, se pur con percentuali di conseguimento diverso nelle varie aziende

e con periodi ancora di grave carenza di sangue alternati a periodi di eccedenza.

I dati dimostrano una tendenza all'aumento delle donazioni totali costante negli anni: nel 2008 in Toscana si sono registrate 225.318 donazioni, con un aumento del 3,3% rispetto al 2007, mentre l'indice di donazione, cioè il numero di donazioni pro-capite è stato 1,86 e i nuovi donatori sono aumentati del 6,3 per cento. Nel 2008 sono stati inviati all'industria convenzionata circa 23.052 litri di plasma da aferesi e circa 37.743 litri di plasma da sangue intero, corrispondenti a un incremento del 4% per quanto riguarda il plasma da aferesi (Categoria A) e del 5% per quanto riguarda quello da sangue intero (Categoria B) rispetto all'anno precedente. Questi dati collocano la Toscana in quarta posizione in Italia, sia per l'aspetto

quantitativo, sia per l'aspetto qualitativo con l'eliminazione della produzione di plasma C e risultando la Regione con la più alta produzione di plasma di tipo A.

Il fabbisogno di sangue è in continuo aumento sia per l'incremento della complessità della casistica trattata (trapianti, interventi di invecchiamento della popolazione, per il miglioramento delle terapie oncologiche e anche per il rilevante numero di pazienti che vengono a curarsi in Toscana provenienti da altre Regioni (circa 11 per cento).

Negli ultimi anni in Toscana si è assistito a un incremento tendenziale su base annua di circa il 3% delle necessità di globuli rossi, che ha portato il fabbisogno dalle 38 unità/1.000 abitanti del 2000 a oltre 44 unità/1.000 abitanti nel 2008, fabbisogno a cui si deve aggiungere la necessità di plasma

per la produzione di plasmaderivate il cui utilizzo, soprattutto per quanto attiene a Ig vena e albumina, è in continuo aumento in tutti i Paesi del mondo occidentale.

Al momento attuale il Sistema sanitario regionale è in una situazione delicata nella quale domanda e offerta coincidono, costringendo il sistema a "rincorrere" sempre l'autosufficienza. Non è superfluo ricordare che lo scopo della programmazione del sistema trasfusionale è l'autosufficienza regionale e nazionale che supera il concetto di autosufficienza del «proprio ospedale e del proprio territorio». È fondamentale progettare delle attività e pianificare delle azioni con una programmazione sinergica dei vari attori coinvolti con competenze specifiche e responsabilità non sovrapponibili: un sistema di volontariato che si impegna a orientare i cittadini alla donazione, tutelando e motivando

doli, una struttura professionale che si impegna a garantire le migliori prassi assicurando appropriatezza e l'unicità del percorso trasfusionale, e un decisore politico con funzioni di coordinamento, controllo, proposta normativa, assegnazione delle risorse e verifica dei risultati.

Importante è il concetto di donazione come elemento costitutivo del capitale sociale di una comunità. La cultura della donazione è precedente al cosa si dona, sia sangue, organi e tessuti, sangue del cordone ombelicale o latte umano, perché ha la stessa matrice di solidarietà e di cittadinanza attiva indipendentemente dal tipo di donazione, condividendo anche l'assoluta necessità della garanzia di qualità e del mantenimento dei già elevati livelli di sicurezza.

Simona Carli

Direttore centro regionale sangue

In diretta dalla ricerca

TUMORE AL SENO: L'AGGIUNTA DI ACIDO ZOLEDRONICO AUMENTA LA SOPRAVVIVENZA

L'aggiunta di acido zoledronico alla terapia endocrina è in grado di migliorare la sopravvivenza libera da malattia nelle donne in premenopausa affette da carcinoma mammario con recettori ormonali positivi. *Gnant M, et al. Endocrine therapy plus zoledronic acid in premenopausal breast cancer. N Engl J Med 2009; 360: 679-91.*

La terapia ottimale per il cancro della mammella con recettori ormonali positivi nelle donne in premenopausa è ancora oggi oggetto di discussione. Al momento attuale la soppressione ovarica associata al tamoxifene costituisce il trattamento adiuvante standard. Un gruppo di ricercatori austriaci e tedeschi ha condotto uno studio clinico controllato e randomizzato in cui sono state arruolate 1.803 pazienti affette da cancro della mammella in premenopausa con recettori ormonali positivi al fine di valutare gli effetti dell'aggiunta di acido zoledronico alla terapia con goserelin e tamoxifene o goserelin e anastrozolo. Erano arruolabili in questo studio le donne che erano state sottoposte a intervento chirurgico per neoplasia mammaria con recettori ormonali positivi in stadio I o II, con meno di dieci linfonodi positivi e che erano in lista per ricevere terapia standard con goserelin. Le pazienti sono state

randomizzate a ricevere per tre anni una dose di 3,6 mg di goserelin per via sottocutanea ogni 28 giorni più 20 mg al giorno di tamoxifene per via orale o una dose di goserelin più 1 mg di anastrozolo al giorno per via orale, con o senza acido zoledronico al dosaggio di 4 mg ogni 6 mesi e.v. Il parametro di valutazione primario dello studio era rappresentato dalla sopravvivenza in assenza di malattia, gli end point secondari erano costituiti dalla sopravvivenza in assenza di recidiva e dalla sopravvivenza totale. Dopo un periodo di follow up mediano di circa 48 mesi si sono verificati 137 eventi. La percentuale di sopravvivenza in assenza di malattia nel gruppo trattato con tamoxifene è stata del 92,8%, del 92% nel gruppo trattato con anastrozolo, del 90,8% nel gruppo che aveva ricevuto solo terapia endocrina e del 94% nel gruppo trattato con terapia endocrina associata ad acido zoledronico. L'aggiunta di acido zoledronico alla terapia endocrina, confrontata con la sola terapia endocrina, ha portato a una riduzione assoluta di 3,2 punti percentuali e a una riduzione relativa del 36% del rischio di progressione di malattia (rapporto di rischio: 0,64, con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 0,46 e 0,91; p=0,01); l'aggiunta di acido zoledronico non ha ridotto in maniera significativa la mortalità (rapporto di rischio: 0,60, con IC al 95% tra 0,32 e 1,11;

p=0,11). Gli Autori concludono che l'aggiunta di acido zoledronico alla terapia endocrina è in grado di migliorare la sopravvivenza libera da malattia nelle donne in premenopausa affette da carcinoma mammario con recettori ormonali positivi.

MICROPARTICOLATO&ATMOSFERA: RIDURRE L'ESPOSIZIONE MIGLIORA L'ATTESA DI VITA

La riduzione dell'esposizione al microparticolato atmosferico PM 2,5 ha contribuito a un significativo miglioramento dell'attesa di vita negli Stati Uniti. *Pope CA 3rd, et al. Fine-particulate air pollution and life expectancy in the United States. N Engl J Med 2009; 360: 376-86.*

Con la sigla PM 2,5 si identificano le particelle sospese nell'atmosfera che abbiano un diametro uguale o inferiore a 2,5 micron (un micron è un milionesimo di metro). L'esposizione all'inquinamento atmosferico è risultata associata a un aumento della morbidità e della mortalità dei soggetti esposti. Sulla base di queste conoscenze, un gruppo di ricercatori statunitensi ha eseguito uno studio al fine di valutare le differenti attese di vita in relazione al tasso di inquinamento atmosferico da microparticolato PM 2,5 negli Stati Uniti negli anni '80 e '90. Sono stati analizzati i dati relativi alle aspettative di vita, allo stato socioeconomico e alle caratteristiche demografiche di

211 distretti in 51 aree metropolitane negli Usa. I dati sono stati messi in relazione con quelli dell'inquinamento atmosferico da microparticolato PM 2,5 della fine degli anni '70-inizio anni '80 e della fine degli anni '90-inizio del terzo millennio. Sono stati adottati modelli di regressione per valutare l'associazione tra la riduzione del PM 2,5 e le modificazioni delle aspettative di vita, con correzioni per le variazioni nei parametri socioeconomici, nelle variabili demografiche e negli indicatori relativi alla prevalenza del fumo. I risultati dello studio mostrano che una riduzione di 10 µg per metro cubo del microparticolato PM 2,5 è associata a un incremento stimato della attesa di vita media di 0,61±0,20 anni (p=0,004). La riduzione dell'inquinamento atmosferico è risultata in questo studio responsabile di una quota che giunge fino al 15% di tutto l'aumento dell'attesa di vita nelle aree indagate. Gli Autori concludono pertanto che una minore esposizione ambientale al microparticolato PM 2,5 è stata in grado di contribuire a un tangibile miglioramento dell'aspettativa di vita negli Stati Uniti.

A cura di Gian Franco Gensini (Firenze), Giuliano Mariani (Pisa), Mauro Galeazzi (Siena)

con la collaborazione di Andrea Alberto Conti, Beatrice Dilaghi e Martina Minelli (Firenze)

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

mente la necessità di mettere mano a una revisione normativa per rilanciare a livelli qualitativi più alti un processo che, se ha complessivamente ben funzionato, mostra ancora in alcune aree della Toscana e in alcune situazioni una certa lentezza e una eccessiva complessità organizzativa. Il sistema regionale ha trovato non poche difficoltà a svolgere nei confronti delle strutture sanitarie il necessario ruolo di promozione, di sostegno e di spinta perché affrontassero l'impegno dell'accreditamento nella giusta logica di un «work in progress». Con il risultato di un esito scarsamente soddisfacente proprio nelle strutture a maggiore complessità.

È arrivato, dunque, il momento di introdurre nel sistema, così come previsto dal nuovo Piano sanitario regionale, un approccio nuovo al problema, che faccia leva su risorse capaci di imprimere una svolta: la semplificazione delle procedure in primo luogo, ma con essa anche una forte sottolineatura della responsabilità del management. E soprattutto una nuova sinergia tra l'universo dell'accreditamento e quei processi di valutazione e di revisione della qualità di cui il sistema sanitario pubblico regionale si è dotato in questi anni. Penso al sistema di valutazione messa a punto dal MeS ma anche al Centro per la gestione del rischio e a tutti gli organi-

smi del governo clinico regionali e di area vasta.

Sono convinto che entro il 2009, seguendo ancora una volta le indicazioni del Piano sanitario regionale, dovremo concretizzare un approccio più moderno e avanzato in questo campo, modellando così un sistema più sicuro, governato in modo omogeneo e coerente con i principi organizzativi ed etici e con le scelte programmatiche dettate dal piano. Per questo servono una legge nuova (e la Giunta la propone), manuali tecnici aggiornati ed estesi alle strutture e ai processi socio-sanitari e nuovi organismi regionali di monitoraggio.

* Direttore generale Asl 8 Arezzo

L'imperativo categorico... (segue dalla prima pagina)

ti influenze anche sugli assetti organizzativi del management sanitario. Particolarmente rilevante è l'introduzione, a fianco dell'accreditamento istituzionale, dell'accreditamento di eccellenza. È un processo valutativo dinamico, a carattere volontario, orientato al miglioramento continuo in relazione a obiettivi predefiniti di performance. Tale processo si basa su molte buone pratiche riguardanti la sicurezza del paziente e su percorsi clinico-diagnostici di qualità mirati al trattamento di patologie significative per frequenza e gravità o di interesse interdisciplinare.

Un ulteriore aspetto innovativo della legge è l'accreditamento professionale, perché dovrà dare un significato e un peso all'attività formativa (crediti formativi) e

a quella operativa in stretto rapporto alla disciplina. Infine, una commissione permanente "Qualità e sicurezza" istituita presso il Consiglio sanitario regionale, e di cui faranno parte esperti regionali della qualità. La commissione, che si avvarrà per i controlli di appositi nuclei di auditor indipendenti ed esterni al Servizio sanitario regionale e in possesso di specifiche competenze tecniche, sovrintenderà con funzioni tecnico-scientifiche, consultive e di tutela e garanzia di equità all'attività di accreditamento istituzionale, volontario e professionale, oltre che alle procedure e requisiti autorizzativi.

* Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente Regione Toscana

RISCHIO CLINICO Più vigilanza in sala operatoria: sperimentazione in 7 strutture

Check list per bisturi sicuri



Una rubrica tiene traccia delle attività di tutti i componenti del team

La sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza in ambito chirurgico rappresenta sempre più una priorità di politica sanitaria globale, se si considerano l'immenso numero di procedure chirurgiche erogate nel mondo. L'incidenza di eventi avversi successivi a interventi chirurgici, rilevata a livello internazionale, è compresa tra il 3 e il 6% con un tasso di mortalità compreso tra 0,4 % e 0,8%; in tali studi, circa la metà degli eventi avversi sono stati considerati prevenibili (The New England Journal of Medicine 360:491-499).

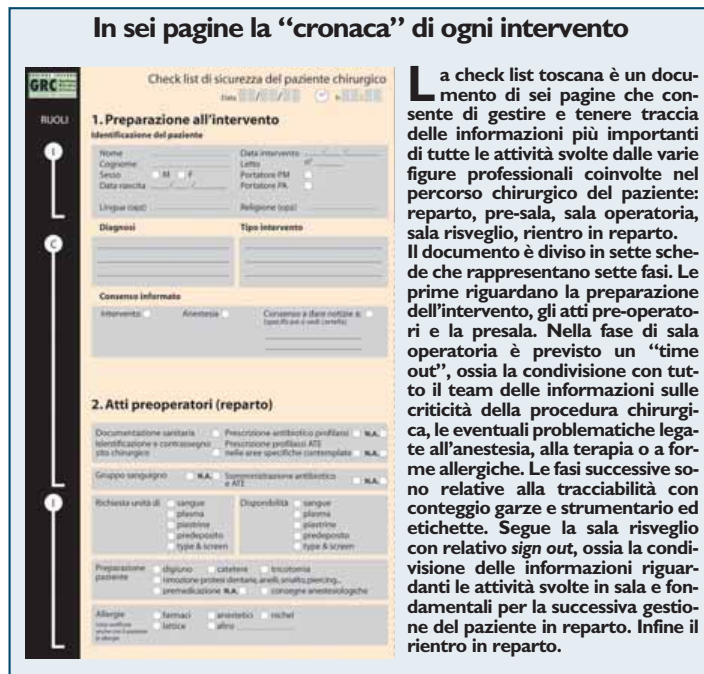
Vista la rilevanza di questo problema, nel corso del 2008, il Centro per la gestione del rischio clinico della Regione Toscana (Grc) e le aziende ospedaliere dell'Area vasta Centro hanno lavorato per l'ideazione e la progettazione di una check list di sala operatoria con l'obiettivo di realizzare uno strumento per garantire la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza in ambito chirurgico.

La check list è stata elaborata in coerenza con le linee guida internazionali (Universal protocol - Institute for Healthcare Improvement), le Who Guidelines for Safe Surgery, le raccomandazioni del ministero della Salute per la sicurezza in chirurgia e per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.

La progettazione, durata circa tre mesi, ha coinvolto attivamente un gruppo di lavoro costituito da circa una trentina di rappresentanti delle aziende ospedaliere (Asl 10 Firenze, Asl 11 Empoli, Asl 3 Pistoia, Asl 4 Prato, azienda ospedaliera universitaria Careggi, azienda ospedaliera universitaria Meyer), con ruoli professionali e di unità operative diverse. Nel corso di questi mesi, il gruppo di lavoro si è riunito periodicamente per analizzare e discutere le criticità e le problematiche da monitorare, al fine di rafforzare i processi pre-operatori, intra-operatori e post-operatori.

L'ideazione della check list ha dato come risultato uno strumento cartaceo, sotto forma

In sei pagine la "cronaca" di ogni intervento



The image shows a screenshot of a surgical check list form titled "Check list di sicurezza del paziente chirurgico". It is divided into three main sections: 1. Preparazione all'intervento, 2. Atti preoperatori (reparto), and 3. Sala operatoria. Each section contains various fields for data entry, such as patient name, date, diagnosis, and specific procedural steps. The form is designed to be filled out by the surgical team before and during the operation.

di rubrica, per gestire e tenere traccia delle informazioni più importanti di tutte le attività svolte dalle varie figure professionali coinvolte nel percorso chirurgico del paziente: reparto, pre-sala, sala operatoria, sala risveglio, rientro in reparto. La check list realizzata diventa parte integrante della cartella clinica del paziente e va quindi conservata al suo interno, seguendo il paziente nel suo percorso.

Nel 2009 è iniziata la sperimentazione: 6.750 le check list distribuite per la sperimentazione

della durata di due mesi, uno per la sperimentazione e uno per l'analisi dei dati. Partecipano all'iniziativa i blocchi operatori dell'azienda ospedaliera di Careggi, le Asl di Firenze (Borgo San Lorenzo, Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio), Empoli, Prato, Pistoia, l'Aou Meyer più una struttura del privato accreditato, Villanova, ma tutte le aziende che desiderano partecipare possono richiederlo al Centro Grc.

Lo strumento supporta processi fonamen-

tali per la garanzia della sicurezza, quali il controllo della correttezza dell'identità del paziente del sito da operare e della procedura chirurgica da compiere. I controlli includono anche elementi legati al rischio infettivo quali la somministrazione della profilassi antibiotica. La sperimentazione si pone due obiettivi principali: da un lato la verifica dell'efficacia dello strumento (valutando aspetti quali la chiarezza, la facilità d'uso, l'apprendibilità, la coerenza e l'adattabilità ai vari contesti); dall'altro la definizione di una buona pratica e la pubblicazione di una delibera regionale per garantire l'applicazione di questo strumento e di questi standard minimi a tutte le aziende ospedaliere toscane.

I risultati attesi sono sicuramente ambiziosi. Si auspica di dare un forte contributo su due ambiti fondamentali che riguardano sia le procedure aziendali, sia gli strumenti a sostegno delle attività ospedaliere. Da un lato, quindi, migliorare, agevolare e facilitare la comunicazione all'interno dell'équipe chirurgica grazie all'utilizzo di questo strumento, rafforzando l'efficacia di momenti cruciali del percorso chirurgico quali il *sign in* (identificazione del paziente e del sito chirurgico, consenso informato, atti pre-operatori), il *time out* (condivisione delle informazioni con tutto il team delle criticità della procedura chirurgica, delle eventuali problematiche legate all'anestesia, a terapie farmacologiche, forme allergiche) e il *sign out* (condivisione delle informazioni riguardanti le attività svolte in sala e fondamentali per la successiva gestione del paziente in reparto); dall'altro l'ambizione di poter utilizzare la check list - rielaborata e corretta in seguito agli esiti della sperimentazione - come punto di partenza per l'ideazione e la realizzazione di una cartella clinica informatizzata.

Michela Tanzini
Franco Ranzani
Centro gestione rischio clinico
e sicurezza del paziente
Regione Toscana

PROGETTO DEL CENTRO GRC SUI FATTORI DI RISCHIO PER GLI INCIDENTI DEI PAZIENTI

Cadute in corsia «sorvegliate speciali»

Mettere a punto strumenti validi per la prevenzione delle cadute dei pazienti. È questo l'obiettivo dello studio organizzato e condotto dal Centro gestione rischio clinico della Regione Toscana, in collaborazione con l'Università di Firenze e l'Agenzia regionale di Sanità, che ha presentato i suoi risultati l'8 giugno 2009 a Villa la Quiete a Firenze.

Lo studio, che ha visto l'adesione volontaria di ben 150 unità operative di 15 aziende sanitarie pubbliche e un'azienda privata accreditata, è durato sei mesi - tra giugno e dicembre 2007 - e ha coinvolto circa 3.000 infermieri e 1.200 medici inseriti in un percorso di formazione preparatorio alla sperimentazione, organizzato e coordinato a livello regionale come parte integrante del progetto. Partendo dalla ricognizione dello stato dell'arte nelle aziende sanitarie toscane, sono stati messi a punto e sperimentati una scala per la valutazione dei pazienti a rischio di caduta denominata ReToss (scala messa a punto includendo tutti i fattori di rischio del paziente previsti dalle scale più accreditate in letteratura, al fine di verificare quali fattori fossero maggiormente predittivi del ri-

I pericoli statisticamente significativi	
Fattori di rischio del paziente	Fattori di rischio di ambienti e presidi
<ul style="list-style-type: none"> È caduto nel corso dei sei mesi precedenti il ricovero e presenta una delle seguenti patologie: cerebrovascolari/cardiache/neurologiche/psichiatriche; ha manifestato episodi di vertigini o capogiri 6 mesi precedenti ricovero; presenta deficit della vista; presenta deficit dell'udito; necessità di assistenza negli spostamenti; ha un'andatura compromessa; ha difficoltà nel compiere le attività quotidiane; presenta alterazioni della capacità di giudizio/mancaza del senso del pericolo; è agitato; assume 1 o più farmaci 	<ul style="list-style-type: none"> In camera scendendo dal letto o salendo sul letto (sia con che senza spondine); freni del letto mal funzionanti - In camera dalla sedia a rotelle: pavimenti scivolosi; dimensione minima della stanza non rispettata - In bagno effettuando l'igiene personale: campanelli non raggiungibili da doccia/vasca; pavimento scivoloso

schio di cadute), una check list per la valutazione della sicurezza di ambienti e presidi (tenendo conto del modello della Veteran health administration e a seguito di una osservazione preliminare sul campo) e un sistema di monitoraggio delle cadute che comprende una scheda di segnalazione e un modello di *alert report* pensato appositamente per le cadute. Per ogni strumento il gruppo di progetto ha definito le procedure e le istruzioni operative per l'applicazione, l'archiviazione e l'invio ai punti di raccolta regionale.

Nei sei mesi della sperimentazione sono stati valutati con la scala ReToss 18.693 pazienti in fase di ammissione e durante il

ricovero nelle strutture partecipanti. In tutti i reparti coinvolti si è valutata la sicurezza di ambienti e presidi prima dell'inizio della sperimentazione e in caso di ristrutturazioni importanti o spostamento delle attività in altra struttura. Nel periodo di riferimento sono state segnalate e analizzate 567 cadute. A seguito della verifica dei dati si è quindi proceduto all'analisi incrociando le informazioni raccolte con il flusso delle schede di dimissione ospedaliera.

I pazienti che cadono con maggiore frequenza sono di genere maschile e hanno un'età compresa tra 70 e 84 anni. Le cadute avvengono prevalentemente nelle ore notturne ed entro i primi 5 giorni di ricovero, in camera scen-

dendo dal letto o salendo sul letto sia senza che con spondine, dalla sedia a rotelle e in bagno effettuando l'igiene personale. I pazienti caduti hanno una degenza media più lunga di 4,5 giornate rispetto ai pazienti che non cadono. Le specialità a maggiore rischio di caduta sono l'oncologia, la riabilitazione, la neurologia e la geriatria. Nei sei mesi dello studio c'è stata una riduzione significativa dell'andamento dei tassi di caduta nei reparti coinvolti. Le elaborazioni dei dati quantitativi e qualitativi ci hanno consentito di individuare i fattori di rischio rilevanti sia rispetto alle caratteristiche del paziente che alle condizioni di ambienti e presidi. Nella tabella sono indicati i

fattori di rischio statisticamente significativi. Per gli ambienti e presidi è indicato lo scenario della caduta e i relativi fattori di rischio. Altri fattori non elencati, pur non passando il test statistico, hanno una significatività sostanziale per cui verranno mantenuti nello strumento di valutazione definitivo.

I risultati di questo progetto mostrano un'elevata coerenza con quanto indicato in letteratura, sia relativamente ai fattori di rischio del paziente sia per il luogo e modalità con cui si verificano le cadute. L'originalità dello studio risiede nell'approccio sistemico adottato che ci ha consentito di esaminare in dettaglio le cadute, inserendole nei sistemi

aziendali di gestione del rischio clinico, che di integrare le caratteristiche dei pazienti con le problematiche connesse con gli ambienti e presidi. La formazione degli operatori e l'utilizzo degli strumenti di valutazione del rischio e di monitoraggio delle cadute hanno probabilmente contribuito alla progressiva riduzione del tasso di cadute nei reparti coinvolti nello studio, riduzione più marcata proprio per quei pazienti valutati con la ReToss.

Le criticità maggiori risiedono nei numeri relativamente bassi di pazienti valutati con la ReToss rispetto alle attese (41%) e alla qualità dei dati, che ha portato alla riduzione delle ReToss esaminabili a 15.159 e a 443 cadute, soprattutto a causa dell'erronea trascrizione del numero di cartella clinica. I prossimi passi del progetto prevedono la diffusione degli strumenti mediante il sistema di buone pratiche del Centro Grc e l'estensione del progetto alle strutture di lungodegenza, dove il problema delle cadute è più rilevante che in ospedale.

Tommaso Bellandi
e Gruppo regionale
prevenzione cadute
Centro GRC - Regione Toscana

DOCUMENTI *All'esame del Consiglio regionale la proposta con le nuove norme in materia*

Accreditamento, guida all'uso

Previsto anche un bollino d'eccellenza che si basa sulla valutazione delle performance

IL TESTO DELLA PROPOSTA DI LEGGE

Pubblichiamo l'allegato B con la relazione illustrativa alla proposta di legge n. 16 del 4 maggio 2009 che contiene «Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento».

ALLEGATO B

RELAZIONE ILLUSTRATIVA ALLA PROPOSTA DI LEGGE

«Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento»

Premessa

La proposta di legge "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" scaturisce dall'esigenza di aggiornare il quadro normativo regionale in materia di qualità e sicurezza delle strutture che erogano prestazioni sanitarie, portando a maturazione l'esperienza ormai decennale realizzata sulla base della Legge regionale 23 febbraio 1999 n. 8.

Con la Lr 8/1999 la Regione Toscana è stata tra le prime Regioni a disciplinare il sistema autorizzativo e di accreditamento delle strutture sanitarie, aderendo alle innovazioni introdotte nel Dlgs 502/1992 con il Dlgs 229/1999, frutto del vivace dibattito culturale sui temi della qualità, maturato nel contesto nazionale a fine degli anni '90, a cui la Regione Toscana ha attivamente partecipato.

L'esperienza realizzata in Toscana, sulla base della Lr 8/1999, ha prodotto la certezza di un sistema di regole sulla qualità e la sicurezza dei servizi sanitari sia pubblici che privati, ha sviluppato la cultura della verifica e ha consolidato, mediante il lavoro delle tre Commissioni di accreditamento istituzionale operanti per Area vasta, un'azione diffusa di controllo sulle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie.

Tuttavia sono emerse alcune criticità insite nello stesso impianto normativo della Lr 8, che determinano l'esigenza di un riordinamento del sistema, per una sua migliore contestualizzazione rispetto alle evoluzioni intercorse all'interno del servizio sanitario regionale, per riportarlo a un

livello culturalmente competitivo nel dibattito nazionale sul tema degli strumenti di verifica della qualità e per superare alcune pesantezze procedurali che hanno contribuito alla lentezza dei processi di accreditamento.

Questo orientamento è stato espresso con chiarezza nell'ambito del Piano sanitario regionale 2008/2010 che, nella volontà di mantenere forte e vitale il sistema di garanzie sulla qualità e la sicurezza delle prestazioni sanitarie a tutela dei cittadini, ha posto come linea strategica del triennio, al punto 7.5.1, l'aggiornamento della normativa regionale in questa materia.

È utile sottolineare che le aree di attenzione, evidenziate dal Psr quali ambiti su cui intervenire con l'azione di revisione normativa, ineriscono particolarmente i seguenti aspetti:

- la collocazione del processo di verifica sui requisiti di esercizio per le strutture pubbliche nell'ambito delle procedure di accreditamento, con conseguente rallentamento dell'azione di accreditamento delle strutture delle aziende sanitarie regionali;
- la complessità delle procedure di accreditamento, sia per le strutture pubbliche che private, e la loro inevitabile lentezza connessa all'uso del sistema di controllo preventivo;

- la staticità del sistema di verifica, utilizzando elementi di misurazione definiti all'inizio del 2000 con gli atti consiliari attuativi della Lr 8/1999, poco consoni a far emergere la qualità dei processi e non più pertinenti rispetto alle innovazioni organizzative introdotte all'interno del sistema sanitario regionale (quali, ad esempio, l'organizzazione ospedaliera per aree di intensità di cura, che supera l'organizzazione per reparto);

- la compressione di funzioni tecniche e funzioni rappresentative all'interno delle tre commissioni di accreditamento di Area vasta, determinata dalla loro composizione mista prevista dalla Lr 8/1999, ormai superata rispetto ai modelli internazionali ampiamente condivisi, che attribuiscono le funzioni di verifica a organismi tecnici in possesso di specifiche competenze, lasciando ad altri strumenti la funzione di controllo sociale;

- il distacco tra l'accREDITAMENTO istituzionale, percepito come una burocratica obbligatorieta del sistema, e i nuovi strumenti di verifica della qualità, nati e cresciuti con vitalità all'interno dello stesso sistema toscano per dare evidenza in modo articolato e dinamico alla valutazione delle performance aziendali e alle capacità di gestione del rischio clinico.

La legge proposta affronta gli aspetti di criticità soprarichiamati e li risolve fornendo una ridefinizione complessiva del sistema di norme in materia di qualità e di sicurezza delle strutture sanitarie, nell'ambito della quale vengono, da un lato, assimilate le disposizioni contenute nella Lr 8/1999 considerate tuttora valide, (quali, in particolare, la normazione dei processi autorizzativi per le strutture private e tutto il quadro normativo per l'apertura degli studi professionali) e, dall'altro, vengono apportate le innovazioni necessarie, soprattutto a riguardo delle forme di accreditamento e degli strumenti che lo supportano, per superare le lentezze evidenziate e per vitalizzare il sistema orientandolo, in un rapporto sinergico e integrato con i vari strumenti di valutazione della qualità, verso dinamiche di miglioramento continuo.

Illustrazione dell'articolato

La proposta di legge si articola in otto capi, di cui il secondo è a sua volta composto da tre sezioni.

L'articolo 1, che precede i sette titoli, definisce i contenuti della legge e le materie dalla stessa disciplinate, riguardando:

- i requisiti e le procedure per l'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private;
- i requisiti e le procedure per gli studi professionali;
- i requisiti e le procedure per l'accREDITAMENTO istituzionale;
- i requisiti e le procedure per l'attestazione di accreditamento di eccellenza;
- i principi per l'accREDITAMENTO dei professionisti e per la promozione della qualità professionale.

Il secondo comma del medesimo articolo esprime sinteticamente la finalità della legge: fornire gli strumenti per garantire la sicurezza delle attività sanitarie e per promuoverne la qualità, garantendo piena trasparenza e pubblicità delle informazioni per consentire il giusto controllo sociale.

Capo II - Strutture sanitarie

Il Titolo I fornisce la disciplina complessiva per la realizzazione e il funzionamento di strutture sanitarie, sia pubbliche che private. È composto da tre Capi, dei quali il primo contiene disposizioni generali, riguardanti sia le strutture pubbliche che private, il secondo raccoglie le norme inerenti le strutture private e il terzo dà le disposizioni specifiche per le strutture pubbliche.

Sezione I - Realizzazione strutture sanitarie e requisiti di esercizio

L'articolo 2 conferma, per la realizzazione di nuove strutture, l'obbligo già esistente del parere positivo di compatibilità del progetto rispetto al fabbisogno regionale. Per semplificazione amministrativa, si prevede che la richiesta del parere alla Regione venga direttamente inoltrata dal Comune che riceve l'istanza per la prescritta autorizzazione, evitando un duplice procedimento amministrativo a carico dell'interessato.

L'articolo 3 demanda al regolamento attuativo della legge la definizione dei requisiti strutturali, impiantistici e di funzionamento necessari per l'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private.

Sezione II - Strutture sanitarie private

Il Capo II, nel disciplinare il processo autorizzativo per l'apertura di nuove strutture da parte di soggetti privati e gli elementi necessari per il loro funzionamento, sostanzialmente conferma tutte le disposizioni contenute nella preesistente disciplina di cui alla Lr 8/1999. In particolare:

- la competenza al rilascio dell'autorizzazione è del Comune ove la struttura ha sede (articolo 4) e il Comune dispone anche i provvedimenti di revoca dell'autorizzazione e di chiusura della struttura, nei casi previsti (articolo 12);
- l'articolo 5 riafferma le situazioni oggetto di autorizzazione;

- per le funzioni tecniche di verifica sul possesso dei requisiti il Comune si avvale del Dipartimento di Prevenzione dell'azienda Usl territorialmente competente (articolo 6);

- triennialmente le strutture autorizzate attestano al Comune il mantenimento dei requisiti prescritti (articolo 7).

Con l'articolo 11 viene ribadito l'obbligo, per ogni struttura sanitaria privata, di essere dotata di un direttore sanitario. Il medesimo articolo ne definisce i requisiti necessari, mentre viene rinviata al regolamento attuativo della legge la definizione dei suoi compiti, l'impegno orario e le eventuali incompatibilità.

Gli articoli 13 e 14 disciplinano le sanzioni amministrative pecuniarie e le modalità di applicazione dei provvedimenti sanzionatori.

Sezione III - Strutture sanitarie pubbliche

Il Capo III richiama il quadro di riferimento normativo per le strutture sanitarie pubbliche.

È opportuno sottolineare che l'articolo 15 afferma il principio che le Aziende del Ssr sono impegnate a garantire nelle loro strutture il possesso dei medesimi requisiti previsti per l'esercizio di attività sanitarie per le strutture private, così come definiti dal regolamento attuativo della legge.

In tal senso, al comma 2, l'articolo 15 attribuisce al direttore generale dell'azienda la responsabilità di attestare formalmente, all'avvio dell'attività, il possesso dei requisiti prescritti, sulla base di processi di autovalutazione (analogia responsabilità è attribuita al direttore generale, dall'art. 49-Norme di prima applicazione, in relazione alle strutture già in esercizio).

Con queste disposizioni, l'articolo 15 introduce all'interno della legge l'utilizzo del sistema di autocertificazione del possesso dei requisiti prescritti da parte del legale rappresentante. Il sistema è ovviamente abbinato all'utilizzo di forme di controllo a campione che, in tal caso, sono effettuate dalla Regione avvalendosi dei Dipartimenti di Prevenzione (comma 5).

Questo strumento dell'autocertificazione, da intendersi come attestazione avente valore di atto notorio, è utilizzato dalla legge anche all'interno delle procedure di accreditamento, innovando fortemente il precedente sistema tutto basato su forme di controllo preventivo.

L'articolo 15, nel disciplinare questa procedura inerente i requisiti di esercizio per le aziende sanitarie, risolve la criticità presente nella precedente normativa, che collocava la verifica sul possesso dei requisiti di esercizio per le strutture pubbliche nell'ambito delle procedure di accreditamento.

L'articolo 16 affronta le possibili problematiche esistenti nel caso in cui strutture delle aziende sanitarie presentino difformità rispetto ai requisiti prescritti e stabilisce che in tali casi il direttore generale deve predisporre il necessario piano di intervento, con individuazione precisa delle azioni previste, della tempistica e dei correlati atti aziendali.

I commi 4 e 5 ribadiscono le funzioni di controllo garantite dalla Regione anche sui piani di intervento, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione, e, per i casi di difformità rilevate, viene prevista una funzione consultiva da parte della commissione regionale per la qualità e la sicurezza di cui all'art. 40.

Capo III - Studi professionali

Il Titolo II raccoglie al suo interno tutte le disposizioni inerenti l'apertura e l'esercizio degli studi professionali.

Il Titolo II, con gli articoli che lo com-

pongono, riproduce sostanzialmente le stesse disposizioni della precedente disciplina regionale di cui alla Lr 8/1999.

In particolare è utile evidenziare che gli articoli 17 e 19 disciplinano rispettivamente il percorso autorizzativo e, per i casi individuati, la procedura di dichiarazione di inizio attività (Dia).

Anche per gli studi professionali, la definizione dei requisiti prescritti è demandata dall'articolo 18 al regolamento attuativo della legge.

Gli articoli successivi, dall'articolo 20 all'articolo 28, ripropongono in modo speculare, salvo alcune specifiche, le disposizioni contenute nel Capo II del Titolo I riguardanti le strutture sanitarie private (nella precedente disciplina le stesse norme erano rivolte a entrambe le categorie).

Capo IV - Accreditamento istituzionale

Il Titolo III affronta l'accREDITAMENTO istituzionale.

Con l'articolo 29 sono definite le disposizioni di base che lo disciplinano, mutuata dai principi posti dal Dlgs 502/1992.

In tal senso, al comma 2, viene ribadito il principio che il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale da parte della Regione alle strutture sanitarie che lo richiedono è subordinato, oltre al possesso dei requisiti prescritti, alla loro funzionalità rispetto alla programmazione regionale (il successivo articolo 31 ne definisce le modalità). Il principio va in parallelo con la verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno regionale prevista nell'ambito delle procedure per l'apertura di nuove strutture: in entrambi i casi la norma, come soprarichiamato, discende dalle norme quadro contenute nel Dlgs 502 di riforma del Ssr.

La durata dell'accREDITAMENTO istituzionale è di cinque anni, come stabilito dal comma 6, e può esserne chiesto il rinnovo.

L'articolo 30 rinvia, per la definizione dei requisiti prescritti, al regolamento attuativo della legge e ne indica le caratteristiche fondamentali richiamando a una coerenza con l'assetto del servizio sanitario regionale e con gli strumenti di valutazione utilizzati al suo interno.

La procedura per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale, normata dall'articolo 32, ha come elemento fondante l'attestazione da parte del legale rappresentante della struttura del possesso dei requisiti ed è affiancata dal sistema di controlli a campione, disciplinato dall'articolo 33, che norma le funzioni di verifica e controllo.

Come già evidenziato in relazione all'articolo 15 del Capo III-Titolo I, questa è una sostanziale innovazione nel sistema, orientata a produrre, con l'eliminazione del controllo preventivo, una significativa semplificazione amministrativa, nella procedura e soprattutto nella sua tempistica, per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale.

È evidente che, come rimarcato nell'articolo 33, l'azione di controllo deve essere particolarmente incisiva: avviene ripetutamente (comma 2) e, in caso di riscontro di dichiarazioni non veritiere (comma 4) la Regione, oltre gli adempimenti di legge, attiva nei casi più gravi suoi provvedimenti, sentita la commissione regionale qualità e sicurezza.

Capo V - Accreditamento di eccellenza

Il Titolo IV introduce nel sistema l'accREDITAMENTO di eccellenza. L'articolo 34 ne

(continua a pag. 5)

Sanità Toscana

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

Versione Pdf dell'Allegato al n.24 del 23-29/06/09 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

terria di qualità e sicurezza per l'esercizio delle attività sanitarie

per strutture e medici

performance e sulle pratiche contro gli errori incorsi

► (segue da pag. 4)

spiega il significato e gli elementi che lo caratterizzano.

Aspetto fondamentale dell'accreditamento di eccellenza è che si basa su un'adesione volontaria ed è fortemente finalizzata a promuovere processi di miglioramento continuo.

Questa correlazione richiesta con l'impegno verso il miglioramento continuo della qualità è implicitamente ribadita dal **comma 5**, che stabilisce che la richiesta di accreditamento di eccellenza da parte di un'azienda sanitaria presuppone la sua partecipazione costante al sistema regionale di valutazione delle performance aziendali e la coerenza della richiesta rispetto all'andamento dei risultati periodicamente misurati.

L'accreditamento di eccellenza può essere richiesto da soggetti pubblici e privati per strutture organizzative funzionali già in possesso di accreditamento istituzionale (**comma 3**), ma anche per specifici processi assistenziali di alta complessità (**comma 4**).

Anche per l'accreditamento di eccellenza la sua validità è di cinque anni (**comma 6**) e può esserne chiesto il rinnovo.

L'articolo 35 stabilisce, al comma 1, che i requisiti necessari per l'attribuzione dell'accreditamento di eccellenza sono definiti dal regolamento attuativo della legge, ma a essi si aggiungono ulteriori indicatori specifici di qualità definiti dalla Giunta regionale (**comma 2**).

Il **comma 3** rimarca il principio che i requisiti di qualità richiesti sono correlati ai processi di valutazione delle performance aziendali, alla realizzazione delle migliori pratiche per la sicurezza del paziente e agli obiettivi strategici di miglioramento continuo indicati a livello regionale.

Nelle procedure per l'accreditamento di eccellenza, normate dall'articolo 36, è previsto, come per l'accreditamento istituzionale, l'utilizzo dell'attestazione da parte del legale rappresentante del possesso dei requisiti prescritti, a cui si correla il sistema di controlli a campione, disciplinato dall'articolo 37.

A differenza dell'accreditamento istituzionale, l'attribuzione dell'accreditamento di eccellenza è il risultato, come disciplina l'articolo 36 al comma 3, di un processo di valutazione complessivo, che viene condotto presso la commissione regionale qualità tenendo conto di un insieme di elementi, richiamati dal comma 3, e sulla cui base la commissione esprime il proprio parere vincolante (**comma 4**) per la Regione.

Capo VI - La qualità dei professionisti

Il Titolo V affronta il tema della qualità dal punto di vista del singolo professionista, tema di significativa importanza e di grande attualità nel dibattito culturale che investe le problematiche della qualità delle prestazioni sanitarie, ma oggetto non facile di normazione per l'ineludibile intreccio tra il ruolo dei soggetti istituzionali che sovrintendono alla tutela della salute e gli ambiti di indiscusso autogoverno degli stessi professionisti, laddove ci si addentra nel territorio delle competenze professionali.

Il Titolo V, con i due articoli che lo compongono, cerca innanzitutto di fare chiarezza, distinguendo tra quello che è un vero e proprio percorso di accreditamento istituzionale del professionista, da quello che è un processo di promozione della qualità, di cui si gettano le basi, nell'ambito del quale i professionisti devono essere loro stessi attori nel dare le regole per fare

emergere la qualità professionale posseduta e per gestire gli strumenti di valutazione che ne consentano la valorizzazione.

L'articolo 38 e l'articolo 39 affrontano rispettivamente le due angolature.

L'articolo 38 disciplina l'accreditamento istituzionale dei professionisti titolari di studio, che intendono erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale, e fa rinvio alle disposizioni generali sull'accreditamento istituzionale contenute nell'articolo 29, commi 4, 5 e 6.

Il principio dell'accreditamento istituzionale dei professionisti, contenuto del Dlgs. 502/1992 all'interno delle norme sull'accreditamento inteso quale requisito necessario per poter operare per il Ssr, era stato citato all'interno della Lr 8/1999, ma non aveva poi trovato specifica normazione.

L'articolo 38 stabilisce che il professionista titolare di uno studio professionale, sia oggetto delle procedure autorizzative di cui all'art. 17, sia di Dia ai sensi dell'art. 19, può chiedere l'accreditamento alla Regione.

Il medesimo articolo 38 rinvia al regolamento attuativo della legge la definizione dei requisiti (**comma 3**), in relazione ai quali, al successivo **comma 4**, indica che deve essere necessariamente preso

in considerazione l'aspetto della costante formazione acquisita da professionista e della consistenza dell'attività svolta: elementi considerati fondamentali per garantire la qualità professionale.

È analogamente rinviata al regolamento la definizione delle modalità e procedure per il rilascio dell'accreditamento da parte della Regione e delle necessarie forme di verifica e controllo (**comma 6**).

È opportuno sottolineare che l'indicazione del comma 3, che prevede che per la definizione dei requisiti venga sentito il Consiglio sanitario regionale, esprime il riconoscimento del necessario apporto degli stessi professionisti, attraverso il soggetto che più li rappresenta all'interno del Ssr, per disciplinare la materia.

Altro elemento da sottolineare è che il professionista che intende chiedere l'accreditamento istituzionale per poter lavorare per conto del Ssr è tenuto a rendere il proprio studio accessibile a chiunque e pertanto dotato dei necessari requisiti (**comma 5**).

L'articolo 39 affronta il tema della qualità professionale dei professionisti che operano per il Ssr, all'interno delle Aziende sanitarie e nelle strutture private accreditate.

Al **comma 1**, l'articolo 39 esprime l'attenzione e l'impegno della Regione a promuovere lo sviluppo professionale continuo dei professionisti, utilizzando tutte quelle iniziative che possano valorizzare il possesso di competenze e capacità professionali e portarlo a visibilità.

Il **comma 2** inquadra il significato della qualità professionale, che investe non solo la competenza posseduta nell'esercizio della propria disciplina, ma anche la qualità delle prestazioni fornite, e ne richiama, come elementi fondanti, sia la formazione continua sia l'adeguato svolgimento dell'attività professionale in relazione alle linee assistenziali proprie della specifica disciplina.

L'articolo 39 ribadisce il ruolo degli stessi professionisti nelle azioni per promuovere il miglioramento continuo della qualità: con questo significato, al **comma 3**, ricon-

duce al Consiglio sanitario regionale, nella funzione di alta rappresentatività delle componenti professionali che ad esso attribuisce la Lr 40/2005, il compito di attivare e coordinare tutte le iniziative necessarie per pervenire alla definizione, condivisa e partecipata dagli stessi professionisti, di standard e livelli di performance idonei a garantire il mantenimento e lo sviluppo costante delle competenze e delle capacità professionali.

Capo VII - Gli strumenti del sistema

Il Titolo VI contiene la definizione dei nuovi elementi costitutivi del sistema definito dalla presente proposta di legge e degli strumenti di cui il sistema si avvale per supportare la propria funzionalità e il perseguimento dei propri obiettivi.

Innanzitutto il primo elemento che viene definito con l'articolo 40 è la **commissione regionale per la qualità e la sicurezza**.

L'articolo 40 attribuisce al consiglio sanitario regionale il compito di costituire al proprio interno una commissione permanente denominata appunto "Commissione regionale per la qualità e la sicurezza".

Il **comma 2** ne definisce le funzioni, di natura tecnico scientifica e consultiva.

Il medesimo comma 2 richiama in particolare alcuni compiti assegnati alla commissione, da cui si evidenzia che alla commissione regionale qualità e sicurezza è sostanzialmente attribuita una funzione di consulenza per indirizzare il sistema, di promozione della qualità, di sintesi dei processi valutativi e, quindi, di controllo del livello di qualità assicurato dal sistema stesso: alla commissione viene pertanto attribuito un ruolo fondamentale per il funzionamento del sistema.

È opportuno sottolineare che la collocazione della commissione all'interno del Csr, a cui viene dato mandato di garantire che nell'ambito della commissione siano presenti le varie componenti pubbliche e private (**comma 3**), oltre ovviamente le componenti professionali presenti all'interno del Csr stesso, esprime la volontà della Regione di affidare alla commissione una funzione di "terzietà" e di garanzia di equità per tutto il sistema.

La commissione opera in rapporto con la struttura regionale, che ne garantisce il supporto tecnico operativo (**comma 4**).

Gli articoli 41 e 42 affrontano il tema degli strumenti di cui si avvale la Regione per poter garantire lo svolgimento della funzione regionale di valutazione e controllo ed apportano una sostanziale innovazione rispetto agli strumenti individuati dalla precedente normativa, costituiti dalle tre commissioni regionali di accreditamento.

L'articolo 41 prevede l'istituzione di un elenco regionale di esperti valutatori.

Il **comma 2** demanda alla Giunta regionale il compito di definire le modalità di accesso all'elenco e i requisiti richiesti e indica i principi sostanziali che devono essere rispettati: accesso mediante procedura selettiva, possesso di titoli di studio di livello universitario e competenze specifiche in materia di valutazione della qualità in ambito sanitario, valorizzazione delle esperienze professionali e lavorative acquisite in materia.

L'articolo 42 stabilisce che, sulla base dell'elenco regionale degli esperti valutatori, venga costituito, presso la direzione generale competente, un **gruppo tecnico**

Gli accreditati toscani

PRIVATO

- 228 ambulatori di specialistica e diagnostica;
- 30 centri ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale;
- 30 presidi di ricovero ospedaliero;
- 30 presidi di ricovero extra-ospedaliero.

EQUIPARATO

- 8 ambulatori di specialistica e diagnostica;
- 6 centri ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale;
- 4 presidi di riabilitazione ospedaliera;
- 3 presidi di riabilitazione in ricovero extra-ospedaliero.

PUBBLICO

- 34 ambulatori di specialistica e diagnostica;
- 78 centri ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale;
- 15 presidi di ricovero ospedaliero;
- 8 presidi di ricovero extra-ospedaliero;
- 20 SERT

Nota: L'Ospedale del Mugello dell'Azienda USL 10 di Firenze ha ottenuto l'accreditamento nel suo complesso.

regionale di valutazione: è questo il nuovo organismo tecnico che sostituisce, per le funzioni di valutazione, le tre commissioni regionali di accreditamento.

Al regolamento attuativo della legge è demandato il compito di disciplinare le modalità di funzionamento del gruppo (**comma 2**).

Al gruppo tecnico è affidata la funzione di valutare i livelli di qualità e di sicurezza raggiunti dalle strutture pubbliche e private oggetto di visita e la coerenza rispetto a quanto dichiarato dal legale rappresentante (**comma 4**).

I compiti che operativamente il gruppo è chiamato a svolgere sono, come indicato al **comma 5**, tutti i controlli a campione nell'ambito dei procedimenti per l'accreditamento istituzionale e per l'accreditamento di eccellenza, le verifiche a seguito di particolari eventi o su aree di criticità evidenziate, il monitoraggio dell'andamento dei risultati misurati dal sistema di valutazione regionale in relazione alle strutture delle aziende sanitarie oggetto di accreditamento istituzionale e di eccellenza.

Per particolari azioni valutative, che richiedano specifiche competenze professionali in ambito sanitario, il gruppo può essere integrato con l'apporto di professionisti esperti, su indicazione del Csr (**comma 8**).

Il comma 9 stabilisce che la Giunta regionale disciplina le indennità e i rimborsi spese previsti per i componenti del gruppo tecnico.

L'articolo 43 affronta la dimensione della **partecipazione dei cittadini** ai temi della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria.

Ribadito l'impegno della Regione a promuovere la partecipazione sociale, l'articolo 43 al **comma 2** individua nel Forum permanente dei cittadini per l'esercizio del diritto alla salute, costituito dalla Giunta regionale con apposito protocollo con il comitato regionale dei consumatori e degli utenti, il soggetto mediante il quale poter concretamente realizzare questo rapporto di dialogo.

Al Forum permanente dei cittadini sono fornite tutte le informazioni relative ai procedimenti disciplinati dalla presente legge e viene trasmessa la relazione annuale di sintesi elaborata dalla commissione regionale qualità. Il Forum può a sua volta esprimere segnalazioni e proposte in ordine ai temi della qualità e della sicurezza nell'ambito delle strutture sanitarie accreditate (commi 3 e 4).

L'articolo 44 impegna le aziende a governare tutte le azioni rivolte al **miglioramento della qualità** con un adeguato coordinamento interno.

Al comma 2 viene fatto un esplicito richiamo all'esigenza che tutte le componenti aziendali partecipino in modo attivo ai processi di autovalutazione, sia connessi con le procedure di accreditamento sia con gli strumenti di valutazione delle performance e che ci sia un rapporto sinergico e integrato tra i vari attori coinvolti: le disposizioni dell'articolo 44 sono in sostanza un richiamo a realizzare all'interno delle aziende sanitarie un utilizzo coordinato e finalizzato degli strumenti per il miglioramento della qualità, quale linea strategica in sintonia con i principi che animano tutto il sistema regionale normato dalla presente proposta di legge.

L'articolo 45 richiama la **formazione** come strumento cardine per sostenere la crescita del Ssr verso il miglioramento della qualità.

Il **comma 2**, in coerenza con le disposizioni sul piano della formazione disciplinate dalla Lr 40/2005, richiama le aziende sanitarie a porre in atto specifici interventi formativi mirati a far crescere nel proprio tessuto aziendale la consapevolezza e l'adesione ai processi di miglioramento continuo.

La stessa Regione è impegnata, come prevede il **comma 3**, a realizzare alcune iniziative di livello regionale, rivolte in particolare ai componenti del gruppo tecnico di valutazione e ai vertici aziendali, per promuovere l'adesione ai principi e alle finalità che basano la presente proposta di legge.

L'articolo 46 esprime l'impegno della Regione a modernizzare e semplificare l'espletamento degli adempimenti informativi previsti dalla legge utilizzando le opportunità offerte dai sistemi telematici.

Su tale base, il **comma 2** prevede la realizzazione a livello regionale di una specifica banca dati, a cui far afferire tutte le informazioni derivanti dalle procedure di autorizzazione, di accreditamento e di monitoraggio.

L'**informatizzazione** del sistema così prevista diviene inoltre importante strumento per garantire, attraverso l'accesso alle banche dati regionali, la piena trasparenza e **pubblicità delle informazioni** (**comma 4**).

Capo VIII - Disposizioni finali

Il Titolo VII raccoglie le disposizioni generali di cui la legge si dota per consentire la propria attuazione.

L'articolo 47 dà le necessarie **indicazioni finanziarie**, con riferimento alla Upb 243 del bilancio regionale. A tale riguardo si rinvia alla relazione tecnica sulle metodologie di quantificazione, allegata alla presente posta di legge, per una precisa definizione degli elementi informativi necessari per consentire una piena comprensione delle ricadute finanziarie della legge.

L'articolo 48 prevede l'adozione da parte della giunta regionale di un **regolamento attuativo** della legge, entro 180 giorni dall'entrata in vigore delle legge stessa.

Il comma 1 ne definisce i contenuti, con richiami ai correlati articoli della legge che contengono un rinvio al regolamento medesimo.

Con l'articolo 49 sono definite le disposizioni per orientare l'**avvio del nuovo sistema**.

L'articolo 50 fornisce le indicazioni specifiche per gestire la **transizione** tra il vecchio sistema, disciplinato dalla Lr 8/1999 e il nuovo sistema, garantendo la continuità nei processi autorizzativi e di accreditamento e nello svolgimento delle funzioni di verifica.

L'articolo 51 (**Efficacia differita**) stabilisce che le disposizioni della legge si applicano contestualmente con l'entrata in vigore del regolamento attuativo, salvo le disposizioni riguardanti le procedure e le azioni necessarie per predisporre gli strumenti necessari per il funzionamento del nuovo sistema.

Con l'entrata in vigore totale della legge, dopo l'emanazione del regolamento attuativo, viene contestualmente **abrogata la Lr 8/1999 (articolo 52)**.

AMBIENTE Al via i lavori per gli ospedali di Prato, Pistoia, Lucca e delle Apuane



Project financing in «verde»

Dall'acqua piovana al sole, spazio alle fonti energetiche naturali

Dopo un'attesa più lunga del previsto, stanno per essere posate le prime pietre della più grande opera di edilizia sanitaria del Paese, il project financing da 422 milioni di euro per la realizzazione di 1.710 posti letto su 171.000 metri quadrati di superficie, nei quattro nuovi monoblocchi di Prato, Pistoia, Lucca e delle Apuane.

È un progetto pensato nel 2003, ma anche se da allora edilizia ospedaliera e studi di settore si sono evoluti, gli ospedali della Toscana del Nord potranno vantare soluzioni energetiche d'avanguardia, a dimostrazione che anche la Sanità, energivora per natura, può puntare a cambiare stili di vita e a ridurre i propri consumi. Ecco dunque, senza pretese di esattheità e minimizzando i tecnicismi, le soluzioni progettuali adottate.

Come gli antichi romani. Cominciamo da quella che rimanda alla storia. Se i romani usavano gli impluvi per raccogliere l'acqua piovana, qualcosa di simile avverrà anche nei nuovi presidi, grazie a un sistema di raccolta e accumulo della pioggia dai tetti. Sarà possibile utilizzare l'acqua del cielo per uso irriguo e per alimentare le cassette di scarico dei wc, con un sensibile risparmio di acqua potabile, visto che la quantità ulteriormente necessaria sarà ottenuta da pozzi. I tetti forniranno a una cisterna interrata da 250 metri cubi, circa il 20% dei quasi 155.000 metri cubi di acqua necessaria ogni anno per le cassette dei servizi igienici dei quattro ospedali.

Scaldare con intelligenza. Se duemila anni fa era il calore derivato dalla combustione del legno a scaldare gli ambienti, grazie a canalizzazioni sotterranee, oggi le parole chiave sono condensazione, coibentazione, recupero del calore di ventilazione e metano. Fonti rinnovabili a parte, è il gas è il combustibile meno inquinante. Sarà usato per le caldaie a condensazione utilizzate per la produzione di acqua calda e di vapore nei quattro presidi. E se i nuovi impianti devono avere - per legge - un rendimento del 98%, le caldaie a condensazione possono avere rendimenti del 105-109%, con il recupero dell'energia liberata dalla combustione, che senza adeguati accorgimenti andrebbe dispersa.

Ma cosa accade dopo che si sono riscaldati gli ambienti? Succede che, per assicurare il necessario ricambio d'aria, gran parte del calore viene disperso con l'immissione di aria fredda esterna. C'è quindi la necessità di recuperare il calore di ventilazione. Gli scambiatori di calore che vengono utilizzati allo scopo devono, per legge, garantire un'efficienza del 50 per cento. Nei quattro nuovi ospedali sarà del 10% superiore e garantirà un risparmio di energia termica dell'ordine di 1.900 megawattora annui. Oltre che sul fronte della riduzione dei consumi si agirà anche su quello delle perdite. Da questo punto di vista le pareti esterne funzionano da dispersori di calore e sono allo

Tutte le mosse di un Ssr ecocompatibile

Il Sistema sanitario toscano non si occupa esclusivamente dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure, ma anche dell'efficienza della propria gestione ambientale. È dell'estate scorsa l'annuncio del progetto del consorzio di Area vasta della costa per produrre energia attraverso l'installazione di pannelli fotovoltaici sui tetti dei propri edifici, una decisione unica in Italia, che la Sanità toscana ha intenzione di allargare anche agli altri due Estav.

Sono numerosi i programmi messi in piedi dalle 16 aziende sanitarie della Toscana volti a migliorare, anche dal punto di vista ambientale, la propria attività. Uno degli ultimi è quello presentato il mese scorso

dalla Asl 11 di Empoli, relativo alla realizzazione della raccolta differenziata dei rifiuti nell'intera struttura aziendale.

Tuttavia l'impronta ecologicamente più "lieve" sarà quella del vero e proprio mastodonte toscano, il colosso rappresentato dal più grande progetto di edilizia sanitaria italiano, che oggi - dopo anni di contenziosi legali - è finalmente in dirittura di partenza a Prato, Pistoia, Lucca e Massa.

I quattro ospedali della Toscana del Nord si apprestano infatti alla posa delle prime pietre, proponendosi come strutture anche energeticamente evolute e moderne, in grado cioè di lasciare - nonostante le dimensioni complessive - un'impronta, cioè un impatto sull'ambiente, ridotta rispetto sia alle strutture sanitarie di più vecchia concezione, ma anche agli edifici tradizionali e che siamo abituati ad abitare o frequentare, siano case o uffici.

Dalla cogenerazione al fotovoltaico, dal recupero di calore al free cooling, dalla ventilazione controllata alla deumidificazione chimica, dal riuso dell'acqua piovana al controllo delle radiazioni solari, ecco quindi una piccola, anche se non certo esaustiva, guida alle soluzioni adottate nei quattro plessi ospedalieri che nel giro di poco meno di cinque anni dovrebbero essere usati da personale sanitario, pazienti e visitatori.

moderne diventano alette orientabili comandate elettricamente da ogni stanza, per fare in modo che il sole troppo caldo non batta sui vetri, con un effetto moltiplicatore. Diverso il discorso per il free cooling, cioè il raffrescamento diretto degli ambienti, che sarà usato quando le condizioni esterne lo permettano, mediante un sistema di ventilazione e filtrazione meccanica. Di notte e nelle stagioni intermedie viene cioè bypassato il sistema di recupero calore, evitando i consumi e vengono rinfrescati sia i reparti occupati che quei locali che lo saranno solo al mattino successivo. La ventilazione controllata a portata variabile in funzione del carico inquinante interno, viene comandata tramite un sistema di controllo centralizzato, garantendo un maggior ricambio nelle ore di accesso dei visitatori. Il tasso garantito sarà 10 volte superiore a quello che si ha in un normale appartamento, cioè fino a 800.000 metri cubi di aria l'ora in un presidio come quello pratese.

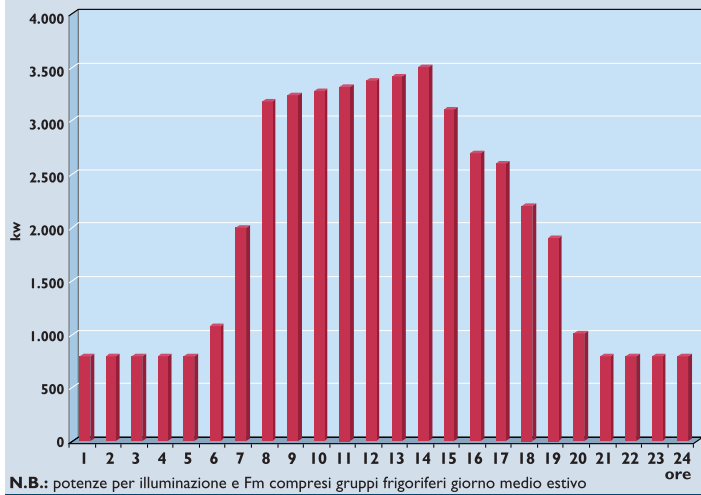
Anche con la deumidificazione chimica, necessaria per i locali a maggior richiesta di asetticità (sale operatorie, terapie intensive), si ottengono risparmi energetici. Si usa il calore prodotto in estate dal cogeneratore, e difficilmente utilizzabile in altro modo, per deumidificare l'aria di rinnovo tramite sostanze igroscopiche, rigenerate appunto, attraverso aria opportunamente riscaldata.

Energia rinnovabile, cogenerazione e risparmio. Altri esempi virtuosi riguardano la produzione di energia. Attraverso la cogenerazione si utilizza il metano per la produzione combinata di energia termica ed elettrica. Poi la Sanità toscana ha da tempo (con il progetto dell'Area vasta costiera) scelto il sole per co-produrre energia. Il fotovoltaico rappresenta infatti una buona integrazione produttiva, grazie ai pannelli di silicio amorfo che verranno installati sui tetti, utilizzando tutti i 1.250 metri quadrati di superficie lasciati liberi da altri impianti. Si prevede di riuscire così a produrre ogni anno 190.000 kilowatt di elettricità. L'energia prodotta dalla cogenerazione a metano sarà ben maggiore, pari a 16,5 milioni di kilowatt, che consentiranno un notevole risparmio in bolletta (fino al 20%) anche grazie alla tariffa agevolata di cui gode il metano per uso sanitario.

Gli altri accorgimenti. I sistemi più noti prevedono impianti di illuminazione dotati di regolatori di flusso e telecomandi, al fine di ridurre dispendio di energia elettrica e carichi termici per l'impianto di condizionamento. Gran parte della movimentazione manuale dei carichi è affidata a sistemi automatici di trasporto interno (i cosiddetti robot tartaruga) che ottimizzano l'uso di ascensori e personale.

pagina a cura di
Tiziano Carradori
Agenzia Toscana notizie

L'energia che si produrrà in un giorno estivo



N.B.: potenze per illuminazione e Fm compresi gruppi frigoriferi giorno medio estivo

studio soluzioni adeguate per la migliore coibentazione possibile.

Raffreddare con astuzia. È però l'esigenza di raffreddamento a comportare i consumi energetici maggiori. È su questo che occorre

far leva. Qui le parole chiave sono free cooling, ventilazione controllata, deumidificazione chimica e controllo della radiazione solare. Anche in quest'ultimo caso siamo di fronte a un sistema antico, sempre attuale. Le persiane

PRESENTATO A MONTREAL IL PROGETTO CONDOTTO CON L'ARPAT E PUBLIAMBENTE

Rifiuti "intelligenti": l'Asl di Empoli fa scuola di raccolta differenziata

Si può ben dire che nel nome sta tutto il programma che si è data la Asl 11 di Empoli insieme all'Arpat, in collaborazione con Publiambiente, l'azienda che sul territorio si occupa del ciclo dei rifiuti. Si chiama infatti «Ridurre e gestire meglio i rifiuti, una buona pratica tra Sanità e ambiente», l'esperienza presentata di recente dai promotori e che è stata selezionata per rappresentare la Toscana al quinto congresso mondiale di educazione ambientale del maggio scorso a Montreal.

Consiste nel tentativo di abolire il conferimento di rifiu-

ti indifferenziati, selezionando il più possibile alla fonte, ma anche in quello - più ambizioso - di ridurre significativamente la produzione, tanto che Asl 11 e Arpat anche quest'anno aderiscono alla settimana indetta dall'Unesco su questi temi e alla campagna «Meno di 100 chili di rifiuti all'anno per l'ambiente».

Tre gli obiettivi principali: la riduzione dei consumi di carta, energia, materiale plastico, prodotti usa e getta; l'uso di materiali e prodotti a ridotto impatto ambientale; l'aumento

della percentuale di raccolta differenziata e il suo miglioramento qualitativo.

Per rendere possibile tutto ciò sono stati predisposti dapprima un'indagine per analizzare metodi e pratiche di gestione dei rifiuti aziendali, la pesatura per un mese di tutto l'indifferenziato e della carta per ottenere validi indicatori di produzione, infine la dotazione delle tre sedi scelte come sperimentali, dei nuovi contenitori per la selezione alla fonte. Lotta quindi all'indifferenziato, per il quale viene consentito al

massimo un cestino per ogni ufficio, bagni dotati di appositi contenitori per gli asciugamani di carta, raccoglitori multimateriale negli spazi comuni, raccoglitori per l'organico e cartellonistica adeguata, oltre alla fondamentale collaborazione del personale dipendente, ottenuta attraverso materiali informativi e iniziative aziendali. Tra i primi provvedimenti a essere adottati, l'utilizzo dell'acqua del rubinetto al posto della minerale (e di bicchieri lavabili o riutilizzabili), quello di distributori di acqua refrigerata al

posto di quella in bottiglia, la promozione dell'uso di stoviglie e contenitori lavabili.

La filosofia che ha ispirato il progetto deriva dalla convinzione che si continua a cercare la risposta ai problemi di salute unicamente negli investimenti per la crescita dei servizi sanitari, soprattutto quelli dedicati alle cure e alla riabilitazione o alla correzione degli stili di vita e non puntando sulla prevenzione primaria. E ciò avviene anche quando è evidente che il bisogno di intervento è prevalentemente legato allo sta-

to dell'ambiente, oltre che alle condizioni sociali ed economiche.

Allora perché non partire, si sono chiesti alla Asl 11, da una corretta gestione del ciclo dei rifiuti in Sanità? Una sfida che può essere vinta e che testimonia del fatto che la Sanità toscana pone attenzione non soltanto alla salute, ma anche ai suoi determinanti. Il progetto, predisposto dal dipartimento di prevenzione della Asl e dall'area educazione ambientale dell'Arpat prevede, dopo la fase sperimentale, l'estensione di queste buone pratiche a tutte le strutture della Asl 11.

FIRENZE

Operativo al Meyer il primo Trauma Center esclusivamente pediatrico

Traumi, cure Doc ai bimbi



In tre mesi trattati 1.900 piccoli pazienti - Medici addestrati dal 2007

Partita a pieno ritmo l'attività del "Trauma Center pediatrico" dell'Ospedale Meyer. La nuova struttura organizzativa e professionale, prima di questo genere in Italia, offre un servizio globale a tutti i pazienti da 0 a 14 anni colpiti da trauma minore e maggiore. Il servizio è in grado di affrontare una casistica particolarmente complessa: fratture scomposte ed esposte di arti superiori e inferiori, fratture di anca e pelvi, sequelle post-traumatiche e post intervento, con la possibilità di accedere anche a una consulenza internazionale di "second opinion".

Il sistema prevede che tutti i casi di trauma

maggiore che si verificano nella Regione vengano trattati presso il Trauma Center, trasferendo a Firenze i pazienti, una volta stabilizzati, grazie a un sistema di coordinamento con i vari ospedali periferici e a un sistema di trasporto via terra e via aria sicuro. Dal 1° marzo 2009 al 15 giugno 2009 si sono presentati al pronto soccorso del Meyer 786 piccoli pazienti con trauma a un arto superiore, 477 con trauma arto inferiore, 563 con trauma cranico e 77 con politrauma. In questa struttura operano medici specializzati nella traumatologia, ortopedia, anestesia, riabilitazione e rianimazione pediatrica, affiancati da consulenti psicologici e sociali.

Particolarmente innovativa è stata anche l'attività di formazione degli operatori, iniziata nel 2007 con l'intervento di docenti americani provenienti dal Children's Hospital di Boston (Massachusetts), dall'Harvard Medical Faculty Physicians e da HealthOne Leading Hospitals di Denver (Colorado). Si è fatto ricorso in particolare alla simulazione, moderno strumento di formazione per medici e personale ospedaliero, utilizzando particolari manichini che consentono la simulazione relativa alla presenza di patologie o di particolari casi clinici complessi, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni di soccorso e garantire un livello più alto di sicurezza per i piccoli pazienti.

za per i piccoli pazienti.

Il personale medico e infermieristico del Dipartimento di emergenza accettazione, del trauma team, dell'ortopedia, della chirurgia e neurochirurgia, sala operatoria e rianimazione si è sottoposto complessivamente negli ultimi tre anni a 1.700 ore di formazione. Medici e infermieri dedicati al Trauma Center hanno conseguito il brevetto internazionale Atls (Advanced trauma life support) e Atcn (Advanced trauma care for nurses).

Susanna Cressati
Agenzia Toscana Notizie

EMPOLI

Lotta alla disabilità: battenti aperti per due centri diurni "integrati"

Sono state inaugurate il 30 maggio scorso la Casa di Ventignano nel Comune di Fucecchio e la Residenza sanitaria assistenziale per disabili e centro diurno "La Ginestra" a Castelfiorentino. La Casa di Ventignano è un centro diurno che fa capo al Dipartimento della salute mentale dell'Asl 11 ed è frutto di un progetto elaborato in collaborazione con l'associazione delle famiglie e il Comune di Fucecchio per realizzare un centro rivolto a bambini, adolescenti e giovani adulti, nell'ottica di offrire una presa in carico globale, tenendo conto delle concrete necessità dei soggetti con questo tipo di disabilità.

La struttura è ubicata in un contesto rurale ed è inserita all'interno della rete dei servizi per l'autismo (tra cui quello della neuropsichiatria infantile dell'Asl 11) e opera in stretta integrazione con il gruppo multidisciplinare infanzia adolescenza/adulti, la pediatria di base e ospedaliera, con i medici di famiglia e il dipartimento ospedaliero.

La Casa è stata studiata per essere il luogo ideale per ospitare soggetti svantaggiati tra gli 8 e 25 anni (in possesso dell'accertamento dell'handicap e con diagnosi di autismo). La presa in carico

è diversificata a seconda dell'età dei soggetti. Sono previste due fasce età (8-16, e oltre i 16 anni).

La Residenza sanitaria assistenziale per disabili e centro diurno di Castelfiorentino "La Ginestra" invece ospita due servizi: uno semiresidenziale al pianoterra e uno residenziale al piano primo. Entrambi i servizi ospiteranno persone con una o plurima disabilità psico-fisica (anche sovrappiù in età adulta), con riconoscimento di handicap prevalentemente in condizione di gravità, che necessitano di interventi integrati di carattere riabilitativo/abilitativo per il mantenimento e lo sviluppo delle capacità residue e dei livelli di autonomia raggiunti. L'offerta residenziale accoglierà utenti con una disabilità stabilizzata, non assistibili a domicilio, che necessitano di una temporanea o definitiva sistemazione extra-familiare. Come previsto dalla normativa, per l'inserimento nei due servizi, l'età degli ospiti varia dai 18 ai 64 anni. Eccezionalmente potranno essere accolti ragazzi con età inferiore ai 18 anni.

Maria Antonietta Cruciani
Ufficio Stampa Asl 11 Empoli

LUCCA

Nuovo distretto socio-sanitario: taglio del nastro a Capannori

Il 130 maggio è stato inaugurato il nuovo distretto socio-sanitario di Capannori (Lucca), inserito nel grande complesso del Centro sanitario situato proprio accanto alla sede comunale, che ospita anche il Dipartimento della prevenzione, il Laboratorio di Sanità pubblica di Area vasta e l'Asl 2 di Lucca. Con quest'opera si realizza un significativo potenziamento dei servizi sociosanitari nella Piana. Ci sarà infatti un notevole miglioramento qualitativo dei servizi, oltre a una maggiore facilità di utilizzo, vista la loro ubicazione baricentrica rispetto al territorio capannorino.

Il nuovo complesso è dotato di 143 posti auto suddivisi in tre aree di sosta distinte, destinate all'utenza, ai dipendenti e ai mezzi di servizio, ed è inoltre già in funzione un auditorium da circa 150 posti con ingresso autonomo, che viene utilizzato anche dal Comune di Capannori quale spazio per incontri, dibattiti e altre manifestazioni pubbliche. All'interno del Dipartimento della prevenzione continuerà a essere presente il Labo-

Potenziati ancora i servizi territoriali nella Piana

ratorio di Sanità pubblica, una struttura di eccellenza al servizio di tutte le aziende sanitarie di Area vasta e dei privati che ne richiedono le qualificate prestazioni.

Per il Centro sanitario di Capannori sono state anche studiate nuove tecnologie e soluzioni per migliorare al massimo il contenimento dei consumi energetici. La struttura è infatti adeguata alle ultime normative emanate in materia ed è previsto anche l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili e in particolare pannelli fotovoltaici sulla copertura. Il costo dell'intervento è complessivamente di oltre 6 milioni di euro.

«Siamo molto soddisfatti», ha commentato il direttore generale dell'Asl 2, Oreste Tavanti, dopo il taglio del nastro. «Il distretto di Capannori si va a inserire in una rete di centri sociosanitari, che verranno tutti mantenuti. In questo 2008 abbiamo dato una forte spinta all'attività territoriale, con l'attivazione di servizi e di nuovi posti letto che segnano una svolta nel nostro sistema sanitario».

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

LIVORNO

Contro le infezioni ospedaliere un «referente» in ogni reparto

Ridurre i casi di infezioni ospedaliere? Si può. In questa direzione ha lavorato il corso, durato sei mesi e frequentato da oltre 300 persone tra medici e infermieri, per la formazione dei referenti di reparto sulle infezioni ospedaliere (Rio) che si è concluso martedì 9 giugno con un incontro nell'auditorium della Camera di Commercio di Livorno.

«La riduzione delle infezioni ospedaliere - spiega Giuseppe Paladino, responsabile scientifico del corso e direttore dell'unità operativa Igiene e organizzazione dei servizi sanitari per l'Asl 6 di Livorno - significa un miglioramento della qualità delle prestazioni. Per attivare un programma di prevenzione e controllo che ne determini un significativo calo, uno degli interventi fondamentali è, senza dubbio, la formazione di professionalità sempre più specializzate. In un sistema organizzato il referente diventa così uno snodo imprescindibile per la direzione sanitaria, il Comitato controllo infezioni ospedaliere e il nucleo operativo nella lotta contro le infezioni in ospedale».

Questa problematica, troppo spesso sottostimata per la man-

canza di un monitoraggio sistematico del fenomeno, riguarda, a livello nazionale, una percentuale che varia dal 5 al 10% dei ricoveri ospedalieri con un piccolo del 25% per i pazienti delle terapie intensive e circa l'1% di questi casi, si conclude con il decesso del paziente. Ogni anno si verificano in Italia dalle 450mila alle 700mila infezioni ospedaliere, il 30% delle quali classificato come "prevenibile". In base a questi dati, ogni anno in Toscana sono attese circa 35mila infezioni con 350 decessi correlati e con 65mila giornate di degenza aggiuntive da attribuirsi direttamente alla insorgenza della infezione ospedaliere.

Complessivamente al corso, approvato e finanziato dalla Regione Toscana, hanno partecipato 56 medici e 260 infermieri provenienti da otto aziende sanitarie dell'Area vasta Nord-Ovest (oltre all'Asl 6 di Livorno anche l'Asl 1 di Massa Carrara, Asl 2, Asl 5, Asl 12, l'AouP di Pisa, Cnr - Fondazione Monasterio, Ircs - Fondazione Stella Maris).

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

Appena concluso il corso per formare 300 operatori

IN BREVE

CALENDARIO

▼ EMPOLI

Il Progetto Prediabete dell'Asl 11 di Empoli è stato premiato dall'Associazione medici diabetologi (Amd). Il riconoscimento è avvenuto in occasione del 17° congresso Amd, che si è svolto a Rimini dal 27 al 30 maggio, in cui sono state presentate le attività di Amd e il resoconto degli ultimi due anni. La relazione sul progetto, presentata da Claudio Lazzeri, direttore dell'Uo di diabetologia dell'Asl 11, è stata premiata quale migliore comunicazione al congresso. Intitolata «Progetto Prediabete: valutazione della tolleranza glucidica in una popolazione a rischio di diabete mellito tipo 2 nell'Asl 11 di Empoli», è stata valutata per la sua originalità, innovazione e per la portata dei dati in essa contenuti.

▼ PRATO

Al Forum Pa di Roma, l'Unità funzionale Igiene degli alimenti e della nutrizione dell'Asl 4 di Prato diretta da Giuseppe Vannucchi, è stata premiata con l'assegnazione di 15mila euro da parte del ministero del Welfare, da utilizzare per il proseguimento e il perfezionamento del "Programma di prevenzione dell'obesità infantile". «Un riconoscimento - commenta Vannucchi - che oltre ad accrescere la nostra credibilità, sarà d'aiuto per attivare risorse regionali e locali, per continuare a lavorare sul tema della sorveglianza e prevenzione dell'obesità infantile». Un disturbo in aumento, che acquista sempre maggior rilievo in termini di Sanità pubblica.

▼ SIENA

È stato assegnato nella sezione "Ricerca e utilizzo di fonti rinnovabili" alla Asl 7 di Siena il premio come "realizzatori" per il programma quadro «Uso razionale delle risorse non rinnovabili». Le politiche energetiche come strumenti di sviluppo territoriale è il concetto chiave del Premio Sfide, l'iniziativa avviata da Forum Pa 2009 per mettere in luce le amministrazioni più virtuose in fatto di piani energetici, sostenibili e rifiuti. Il sogno dell'Asl 7 di Siena è vedere ospedali con il bollino blu dell'efficienza energetica e della sostenibilità ambientale. Già realizzati i primi obiettivi: per esempio, con la creazione di un nuovo parco autoveicoli, si sono ridotte le emissioni di CO₂ da parte degli automezzi dei due principali ospedali.



LIVORNO

Presso il Centro Basaglia di Livorno si svolge il seminario «Il counseling nei servizi per le tossicodipendenze». In agenda la consulenza psicologica con l'individuo, la coppia, la famiglia e i metodi di ascolto e relazione con l'utente e i familiari. Info: 0586223276, g.bacci@usl6.toscana.it



MASSA CARRARA

Alla scuola infermieri di Massa Carrara si tiene il convegno «L'istituzione che ammalia». Organizzato dall'Asl 1, l'evento ha l'obiettivo di acquisire conoscenza della teoria sulla iatrogena delle istituzioni secondo il modello psicanalitico istituzionale e riflettere in gruppo. Info: 0585 657516, formazione@usl1.toscana.it



VIAREGGIO

«Le problematiche delle persone con transessualismo» è il titolo del convegno organizzato dall'Asl 12 e dall'Ouc di psichiatria, che si svolge nella stanza consiliare Circostruzione di Torre del Lago. Obiettivo: fornire un'adeguata conoscenza sui problemi dell'identità di genere, approfondendo anche le ricadute sociali e relazionali.

Aperture
straordinarie
serali ed eventi
in musei, parchi
ed aree
archeologiche
della Toscana

Le notti **DELL'ARCHEOLOGIA**

3/26 luglio 2009

www.regione.toscana.it/nottidellarcheologia



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

VOGLIO VIVERE COSÌ www.turismo.intoscana.it