

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 13
anno XIII del 6-12 aprile 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

È possibile migliorare spendendo meno

di Sabina Nuti *

Che la Regione Toscana possa vantare un sistema sanitario complessivamente ben organizzato, capace di offrire servizi di qualità garantendo un bilancio in pareggio, è cosa ormai nota e condivisa, e posiziona questa Regione tra le migliori del nostro Paese per quanto concerne i servizi sanitari.

Ciò che merita di essere sottolineato è che, negli ultimi quattro anni, la Regione Toscana è riuscita a migliorare ulteriormente la sua performance. A differenza di altre Regioni del Centro-Nord, è stata capace di attivare un processo di cambiamento e rinnovamento più incisivo e significativo e di migliorare i risultati della maggior parte degli indicatori inclusi nel sistema di valutazione adottato. Certamente molteplici sono i fattori che hanno influito su questi risultati: in primo luogo essersi dotata di un sistema di misurazione che ha dettato il ritmo al processo di cambiamento e declinato chiaramente gli obiettivi per tutte le organizzazioni, sia Asl sia aziende ospedaliere che operano nel sistema. Ma non solo. Il processo di condivisione e discussione continua a vari livelli e tra le diverse professioni che operano nel sistema ha permesso di attivare un rilevante cambiamento culturale, con una sostanziale crescita della competenza gestionale del sistema. Trasferire le logiche dell'evidenza based medicine, ossia la capacità di basare i processi decisionali con-

CONTINUA A PAG. 2

QUALITÀ Focus sulle indagini condotte dalla Scuola superiore Sant'Anna di Pisa

Così si misura il polso del Ssr

La filosofia: conoscere per decidere - E i risultati di salute si vedono

Se i toscani stanno bene e vivono sempre più a lungo - come ci dicono le statistiche - è merito senza dubbio del convergere di tanti fattori: ambiente, condizioni socio-economiche, coesione sociale ecc. Ma anche risultato di un sistema sanitario del quale, come risulta dalle indagini condotte dal MeS, i cittadini toscani si dicono nel complesso soddisfatti. In Toscana si vive di più perché il nostro sistema sanitario si è confrontato con la medicina cosiddetta di iniziativa: quella cioè che non cura le malattie, ma le previene, lavora per evitarle.

In Toscana diamo salute e anni di vita alla nostra popolazione, e per avere questo risultato non abbiamo neppure sprecato risorse, perseguendo invece gli obiettivi dell'appropriatezza e dell'economicità. Abbiamo un minor tasso di ospedalizzazione, e anche l'indice di fuga verso altre Regioni è tra i più bassi, pur essendo contornati da Regioni con servizi sanitari molto efficienti.

Il livello di gradimento dei servizi da parte dei cittadini emerge dalle indagini realizzate dal MeS, attraverso le quali i toscani valutano la qualità dei servizi sanitari: pronto soccorso, assistenza ospedaliera, pediatria e medico di base, visite specialistiche, assistenza domiciliare. Dalle interviste ai pazienti del pronto soccorso, per esempio, emerge che è migliorata la qualità dell'accoglienza, la cortesia, la professionalità del personale medico e infermieristico. Soddisfatti, i cittadini, anche per la medicina territoriale, l'assistenza specialistica, la diagnostica.

Si vive di più, in Toscana. Un risultato conseguito per l'efficacia degli interventi e delle politiche di natura sanitaria e socio-economica su alcuni momenti della vita evolutiva - la nascita, il primo anno di vita e l'età giovane-adulta - particolarmente esposti nelle epoche storiche precedenti al rischio della malattia e della morte.

La Toscana fa registrare il numero più basso, in Italia, di giorni perduti: 20,2 i giorni persi per cause evitabili nella popolazione maschile, 10,7 in quella femminile, contro una media naziona-



INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

Contro l'aborto la prevenzione funziona

Calano le Ivg - Per le straniere un progetto coordinato dall'Asl di Siena

La Toscana sta cogliendo risultati di rilievo nel campo della prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza. Il numero degli aborti nella nostra Regione è infatti in calo costante: erano 8.879 nel 2006, sono stati 7.610 nel 2009, con una diminuzione assoluta di 1.269 Ivg nel triennio. Tuttavia è importante sottolineare che la tendenza alla diminuzione riguarda soprattutto le donne italiane. Per quelle straniere il ricorso all'aborto è in crescita sia dal punto di vista assoluto sia da quello percentuale (si sfiora al 40% del totale). Da tempo i servizi territoriali stanno lavorando in questa direzione, con azioni mirate di prevenzione ed educazione alla salute rivolte alle donne migranti. In questa ottica la Regione Toscana partecipa, in qualità di coordinatrice, al progetto biennale del ministero della Salute relativo alla «Prevenzione delle Ivg fra le donne straniere, per una maternità responsabile e la prevenzione dell'abbandono del neonato», che ha obiettivi di formazione degli operatori e di facilitazione dell'accesso ai servizi, al quale hanno aderito altre numerose Regioni italiane. In Toscana l'azienda coinvolta per la realizzazione del progetto è la Asl 7 di Siena.

le di 23 e 12. Oltre le cause di morte efficacemente contrastabili alla luce delle conoscenze attuali, altre cause, epidemiologicamente rilevanti, non altrettanto contrastabili in assoluto, registrano continui miglioramenti: la malattia oncologica, le malattie cardiovascolari. Il dato di sopravvivenza a 5 anni nei pazienti toscani affetti da tumore colloca la nostra Regione attorno alla media italiana ed europea, almeno per il tumore del polmone, il melanoma, il tumore dell'ovario, il tumore della prostata e i linfomi di Hodgkin. I dati di sopravvivenza dei pazienti toscani per il tumore della mammella ma anche per quello del colon-retto, i grandi big killer, sono sopra la media italiana e fra i migliori in Europa. La mortalità per malattie ischemiche del cuore dimostra la capacità del sistema toscano di introdurre rapidamente, e soprattutto equamente, conoscenze e tecnologie di efficacia validata (fibrinolisi/angioplastica): la Toscana ha un'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori mediamente pari alle altre Regioni, ma una mortalità inferiore del 10 per cento.

Oltre l'evento morte, il ricorso all'assistenza ospedaliera, perché correlato a episodi importanti di malattia, è un'ulteriore misura di salute; la Toscana si conferma la Regione con il tasso di ospedalizzazione standardizzato in regime ordinario più basso d'Italia, 103,2 ricoveri ogni 1.000 abitanti nel 2007 contro una media nazionale di 133,1. Questo significativo risultato di salute consegue a una politica che ha spostato l'incontro della conoscenza e della competenza sanitaria con la malattia fuori dell'ospedale e, perciò, più vicino al bisogno. Registriamo gli indici di accesso alla specialistica clinica e diagnostica più alti d'Italia: oltre 60 milioni di prestazioni nel 2007 per circa 3,7 milioni di cittadini, oltre 20 milioni di incontri tra il Servizio sanitario toscano e i suoi assistiti avvenuti nei presidi distrettuali, negli studi dei medici di famiglia, negli ambulatori specialistici, al domicilio del paziente.

Valtere Giovannini

Direzione generale Diritto alla salute

CONTROCANTO

Tanti successi ma la strada è ancora lunga

di Adriano Amadei *

Dalla relazione sulla Sanità toscana 2006-2008 - presentata dall'assessore regionale al Diritto alla salute, Enrico Rossi - emerge un quadro che sarebbe poco qualificare semplicemente positivo. I risultati, che sono il frutto di un'indagine condotta dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) di Pisa, hanno evidenziato, non

solo che i cittadini toscani vivono più a lungo e godono di maggiore salute, rispetto ai decenni passati, ma che sono anche soddisfatti del Ssr.

Numerosi i successi registrati dalla Sanità toscana, che, per ragioni di spazio, possiamo in piccola parte ricordare:

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Fondi all'Ars per il Registro Aids

Per il triennio 2010-2012 la Giunta regionale ha deciso di dare continuità alla collaborazione con l'Ars per la gestione del Registro regionale Aids, e per l'Osservatorio epidemiologico. La Regione corrisponderà all'Ars 30.000 euro annui. La tenuta del Registro Aids assolve a esigenze essenziali per la prevenzione, la sorveglianza e la cura nei confronti della popolazione toscana, permettendo di disporre in maniera tempestiva e con le opportune disaggregazioni territoriali, di dati relativi all'incidenza e alla prevalenza della patologia. Ogni anno i dati elaborati dall'Ars vengono pubblicati. (Delibera n. 85 del 1/2/2010)

▼ Trapianto polmone, Careggi leader

L'Aou di Careggi potrà attivare le procedure necessarie per la richiesta di autorizzazione all'esercizio dell'attività di trapianto delle vie aeree e del polmone e per il riconoscimento dell'azienda quale Centro trapianto regionale delle vie aeree e del polmone. Lo ha deciso la Giunta regionale con una recente delibera che si rifà a un precedente provvedimento (la delibera 1210/2008) che aveva costituito il Laboratorio clinico per la patologia toracica ad alta complessità vascolare e respiratoria, affidandolo al professor Paolo Macchiarini, che successivamente è stato nominato primario di Careggi (Delibera n. 325 del 15/03/2010)

SPECIALE MES

Premi ad hoc per i manager

A PAG. 2

Le pagelle dell'emergenza

A PAG. 3

Indicatori sotto la lente

A PAG. 6

SPECIALE MES Approvati per delibera gli obiettivi 2010 per i direttori generali delle Asl



Le virtù che premiano i Dg

Incentivi assegnati in base ai miglioramenti su specifici indicatori

È stata approvata la delibera regionale che stabilisce gli obiettivi dei direttori generali delle Asl per il 2010. L'operato del Dg viene, infatti, valutato annualmente sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione, a cui è legato un compenso aggiuntivo pari al 20% del trattamento economico.

Quali sono dunque i temi chiave incentivati nel 2010? Innanzitutto la realizzazione delle azioni del progetto Fascicolo sanitario elettronico, affinché ciascun cittadino possa accedere, tramite la carta sanitaria, ai propri dati e informazioni sanitarie. Le aziende devono dunque organizzarsi per attivare gli sportelli di consultazione sul territorio e approntare i sistemi informativi per il riconoscimento univoco dei cittadini e per l'inserimento dei dati sanitari nel fascicolo. Tale obiettivo ha un peso del 6% sul totale dell'incentivazione. Ha invece peso dell'8% la tempestività e completezza dei dati da inviare al Sistema informativo regionale perché funzionale al monitoraggio dei progetti e delle attività. Per la prima volta verrà valutato non solamente se le aziende raccolgono e inviano i dati, ma la qualità di tali informazioni, in particolare per i ricoveri ospedalieri e i servizi del pronto soccorso. L'obiettivo relativo all'attività ospedaliera ha un peso pari al 6% e riguarda l'appropriatezza sia in ambito medico che

Il peso degli indicatori	
Aziende sanitarie locali	Peso
Fascicolo elettronico	6
Tempestività e completezza dei dati	8
Ospedale	6
Farmaceutica	6
Sanità d'iniziativa	9
Qualità	4
Attese attività chirurgica	9
Cup	2
Programmi Area vasta	4
Piano degli investimenti	16
Sistema di valutazione	30
Totale	100

chirurgico, mentre la farmaceutica, con peso anch'essa del 6%, monitora efficienza e appropriatezza nell'uso dei farmaci.

Presente già l'anno scorso, il progetto Sanità d'iniziativa si ripropone nel 2010 come fondamentale strategia regionale, con peso del 9%: le azioni principali riguardano la gestione delle patologie croniche da parte dei Mmg, ivi compreso il progetto d'informatizzazione, e la diffusione dei corsi di attività fisica adattata tra gli over-65. La qualità delle prestazioni sanitarie conta per un 4%: gli indicatori specifici riguardano da un lato l'effettuazione degli screening oculare e audiologi-

co sui neonati e dall'altro la verifica del 10% delle schede di dimissione ospedaliera, come richiesto dal ministero della Salute. Sono inoltre attribuiti 9 punti al rispetto dei tempi di attesa dell'attività chirurgica come previsto dalla delibera 638/2009 (3 mesi per gli interventi programmati, 1 mese per quelli oncologici) e tempi equivalenti per l'attività istituzionale e l'intramoenia. Un peso pari al 2% è attribuito al Centro unico di prenotazione per incrementate le prestazioni prenotate tramite Cup, sia aziendale che d'Area vasta, mentre si prevede un 4% per il rispetto degli accordi di Area vasta.

La realizzazione del piano degli investimenti è considerato cruciale, con il 16% dell'incentivazione. Come stabilito dalla legge 40/2005, l'incentivazione dei Dg è collegato alla valutazione delle Asl: il peso è pari al 30% e viene attribuito per metà alla valutazione della performance nel suo complesso, e per l'altra metà ai miglioramenti su specifici indicatori. Si nota dunque che il governo della spesa non è una voce incentivata direttamente, come già nel 2009. La delibera stabilisce che alle aziende che non raggiungeranno il pareggio di bilancio sarà ridotto il compenso aggiuntivo in maniera proporzionale al disavanzo.

Anna Bonini
MeS Scuola superiore Sant'Anna

SOCIETÀ DELLA SALUTE

Valutazioni al debutto nelle Sds

Le Società della salute (Sds) costituiscono un'articolazione fondamentale del sistema sanitario toscano. Misurare in maniera chiara e trasparente anche l'operato di tali istituzioni costituisce quindi un obiettivo di rilievo sia per il cittadino, quali punti di primo contatto con il sistema sanitario, sia per efficienza, appropriatezza e integrazione dei servizi territoriali.

Nella delibera di incentivazione delle Direzioni generali per il 2010 è stata inserita la proposta di un primo possibile set di indicatori per le Sds e un'ipotesi di schema di incentivazione da attivare in via sperimentale. Il set di indicatori prevede 8 punti su cui basare il monitoraggio. La parte riguardante la gestione e la produzione delle informazioni prevede oltre agli obiettivi per il fascicolo sanitario elettronico, la gestione dell'applicativo della cartella sociale e dei sistemi informativi per la non autosufficienza. La parte di produzione e appropriatezza dei servizi è dedicata al ricorso a ricoveri potenzialmente inappropriati, attraverso a esempio la misura dei ricoveri per Drg medici e

alla continuità di cura, tramite a esempio la misura delle dimissioni programmate. Per quanto riguarda invece i servizi di integrazione socio-sanitaria particolare enfasi viene data ai servizi per i minori, monitorando a esempio il tasso di provvedimenti di allontanamento, e alla non autosufficienza, misurando i tempi di erogazione delle prestazioni. Viene inoltre misurata anche la soddisfazione del cittadino su particolari servizi, monitorando la qualità e l'esperienza degli utenti dei servizi di Assistenza domiciliare integrata e Unità di valutazione multidisciplinare. Altro punto di misurazione è il sistema di valutazione della performance delle Sds, in coerenza con il sistema di valutazione della performance a livello di azienda.

Grande rilevanza, infine, viene data alla predisposizione all'interno di ciascuna Sds dei regolamenti e documenti previsti per legge, quali il regolamento di organizzazione interna e il regolamento di accesso ai servizi.

Sara Barsanti
MeS Scuola superiore Sant'Anna

I COMPENSI AGGIUNTIVI NEGLI ENTI DI AREA VASTA

Negli Estav conta anche la soddisfazione dei "clienti"

Anche per il 2010 la Toscana ha approvato la delibera che definisce obiettivi, indicatori e pesi per la determinazione del compenso aggiuntivo per l'attività svolta dai direttori generali degli Enti di servizio tecnico-amministrativi di Area vasta.

L'attenzione dedicata alla definizione per gli Estav di un sistema di obiettivi integrato e multidimensionale, attraverso lo strumento del bersaglio, può determinare una formidabile spinta all'innovazione, attribuendo a esso da un lato la funzione di integrare, quale strumento equilibratore, il processo di programmazione regionale, consentendo la rappresentazione non equivoca degli obiettivi strategici definiti, della loro rile-

vanza (pesi) e delle relazioni che li legano; e dall'altro di supportare i processi decisionali con una conoscenza documentata e misurata dei risultati ottenuti a fronte delle scelte strategico-gestionali effettuate. Nello schema di bersaglio Estav 2010, gli obiettivi strategici individuati si distribuiscono su quattro dimensioni: standard di servizio, efficienza ed efficacia operativa, soddisfazione esterna, soddisfazione interna.

Le diverse prospettive, formano nell'ordine una catena che parte dai risultati ma che considera anche i "clienti" degli Estav e il personale che lavora in questi Enti, che rappresenta l'asset principa-

Incentivazione nelle Estav	
Estav	Peso
Standard di servizio	25
Efficienza ed efficacia operativa	55
Soddisfazione esterna	10
Soddisfazione interna	10
Totale	100

le. La doppia valenza (economica e non economica) delle prime due dimensioni del bersaglio, ha permesso di formulare obiettivi strategici distinti in relazione al governo logistico e all'economicità del sistema.

La traduzione di ciascun obiettivo strategico, in valore numerico, che per essi è atteso da ciascun Estav, si compie con l'identificazione di indicatori specifici qualificati in funzione del valore obiettivo prefissato a livello regio-

nale, dei risultati di monitoraggio (i momenti di verifica dei dati e degli obiettivi per il 2009 sono stati due: giugno e dicembre) e del dato storico.

Gli indicatori sono, a loro volta, pesati in funzione della loro rilevanza strategica e il monitoraggio del loro andamento nel corso dell'anno rispetto al valore atteso consente, allo stesso tempo, di verificare la capacità del sistema di implementare la strategia definita e di calibrare gli obiettivi stessi per gli anni successivi, in ragione di quanto emerso.

L'evoluzione e la spinta verso il modello di bersaglio che, da schema di programmazione atti-

vato in via sperimentale e semplificato per l'anno 2008, diviene sistema integrato e articolato di obiettivi, teso a far evolvere il sistema di monitoraggio, nasce principalmente dalla considerazione che tale strumento è fondamentale per la crescita della cultura gestionale dell'organizzazione e permette l'acquisizione di informazioni che integrano, completano e arricchiscono il patrimonio informativo di cui le organizzazioni dispongono, consentendo di realizzare un vero e proprio sistema di contabilità direzionale per il governo economico e logistico del sistema sanitario toscano.

Carmen Calabrese
MeS Scuola superiore Sant'Anna

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

- la diminuzione della mortalità generale;
- la mortalità infantile, con i più bassi livelli di natimortalità (rapporto nati morti per nati vivi) europei e mondiali;
- l'incremento della speranza di vita: tre anni, ogni decennio.

Questi risultati statistici, che hanno - e devono avere - un peso rilevante per chi governa e gestisce, non ne hanno altrettanto nelle percezioni dei cittadini, che sono portati a tener conto soprattutto dei dati esperienziali diretti e prossimi.

Di conseguenza, se i toscani si dichiarano complessivamente soddisfatti dei servizi sanitari, tale approvazione è riconducibile non tanto ai dati delle macro-statistiche, quanto alla valutazione delle prestazioni sa-

niarie, delle condizioni ambientali e dei rapporti con gli operatori.

Infatti, soddisfazione - addirittura in crescita - è stata espressa per medici di fiducia e pediatri di libera scelta, ma anche, forse inaspettatamente, perfino nei confronti dei servizi ospedalieri, sia nelle occasioni di ricoveri che presso il pronto soccorso.

Tali pronunciamenti sono leggibili anche come la cartina di tornasole, sotto l'angolazione umana e sociale, di un esteso processo di miglioramento del sistema sanitario toscano: sistema, perché comprende gran parte degli elementi più importanti: i cosiddetti "fondamentali", come è invalso dire in economia.

Come Cittadinanzattiva toscana, mentre aggiungiamo il nostro

orgoglioso apprezzamento positivo sul governo per la salute della nostra Regione e per le prospettive aperte con la "Sanità d'iniziativa" e la ristrutturazione ospedaliera per intensità di cura, non possiamo tacere la permanenza di fatti e aspetti critici, fra cui: l'assistenza domiciliare, le liste d'attesa, la lotta al dolore inutile, la salute mentale, la nutrizione artificiale. Le segnalazioni che pervengono al Tribunale per i diritti del malato e i nostri monitoraggi indicano ancora una lunga strada e consigliano alle parti - istituzioni, gestori, dirigenti, operatori e cittadinanza - di fare il possibile per percorrerla insieme.

* Segretario regionale
Cittadinanzattiva toscana Onlus

È possibile migliorare... (segue dalla prima pagina)

derando le evidenze scientifiche quantitative, all'organizzazione e gestione delle strutture sanitarie, ha modificato il linguaggio adottato e ha reso più trasparente la definizione degli obiettivi e dei relativi risultati conseguiti. Questo cambiamento culturale è stato ancora più efficace grazie al clima di sostanziale coesione e condivisione presente nel sistema sanitario toscano. Il ruolo del Consiglio sanitario in particolare, pronto a farsi portatore della prospettiva dei sanitari, ma disponibile a individuare meccanismi per migliorare il livello delle prestazioni erogate ai cittadini e la sicurezza del paziente, è stato determinante per far sì che le innovazioni organizzative introdotte nel sistema sanitario toscano fos-

sero in linea con la crescita professionale degli operatori.

Nei prossimi anni è importante che la Regione Toscana consolidi questo modo di operare e ne faccia testimonianza alle altre Regioni. Migliorare le prestazioni sanitarie e contenere la spesa è possibile. Ci sono margini di manovra, ci sono spazi per innovare e riallocare le risorse disponibili per migliorare la qualità dei servizi. Ciò che è importante è superare l'autoreferenzialità e non perdere la voglia di rimettersi in discussione, alla ricerca delle soluzioni più appropriate per garantire ai cittadini equità, tempestività e qualità delle prestazioni.

* Direttore Laboratorio MeS
Scuola superiore Sant'Anna Pisa

SPECIALE MES Confronto tra tre Regioni: gli umbri i più soddisfatti del pronto soccorso



Urgenze, il voto dei cittadini

Giudizi positivi anche da toscani e liguri - La criticità: la cura del dolore

Quest'anno l'indagine di soddisfazione degli utenti del Pronto soccorso ha coinvolto, oltre alla Toscana, anche Liguria, Umbria e Piemonte. Regioni che hanno aderito al sistema di valutazione della performance e ne costituiscono il network. Se per il Piemonte a oggi l'indagine è ancora in corso, per le altre Regioni sono già disponibili i dati di confronto.

La rilevazione, effettuata dal centro Cati del Laboratorio management e Sanità (MeS), ha coinvolto complessivamente un campione di oltre 10mila utenti, che si sono recati almeno una volta in Pronto soccorso nell'arco di tre settimane comprese tra settembre e dicembre 2009. L'intervista è stata realizzata mediante un questionario telefonico, finalizzato a rilevare l'esperienza e il livello di soddisfazione degli utenti su una serie di aspetti del servizio, come ad esempio la qualità complessiva, il personale medico e infermieristico, i tempi di attesa, le modalità di comunicazione e il comfort.

Giudizio assistenza in un Ps (voti da 1 a 5)			
	Liguria	Toscana	Umbria
Dolore	2,75	2,57	2,60
Comfort sala d'attesa	3,40	3,50	3,57
Tempi attesa	3,43	3,28	3,62
Bagni Ps	3,65	3,80	3,87
Pulizia sala d'attesa	3,75	3,84	3,89
Qualità assistenza	4,01	3,90	4,10
Lavoro di squadra	4,06	3,99	4,13
Fiducia nel triage	4,12	4,05	4,15
Informazioni infermieri	4,12	4,03	4,16
Cortesia al triage	4,17	4,12	4,17
Professionalità infermieri	4,15	4,07	4,18
Cortesia infermieri	4,13	4,04	4,19
Informazioni medici	4,13	4,04	4,22
Cortesia medici	4,20	4,11	4,25
Professionalità medici	4,19	4,13	4,25

Ecco in sintesi le principali evidenze emerse dall'indagine: come mostra la tabella, le tre Regioni presentano dati molto positivi e sono sostanzialmente allineate su tutti gli items: gli aspetti su cui i cittadini dichiarano di essere maggiormente soddisfatti riportati in una scala tra 0 e 5, sono quelli legati al personale, come ad esempio la professionalità e la cortesia di medici e infermieri; gestione del dolore, comfort e tempi di attesa

sono invece le aree in cui si rilevano le criticità più forti. Dai dati emerge anche che l'Umbria, fatta eccezione per la gestione del dolore, registra nel complesso una performance migliore rispetto a Toscana e Liguria.

Sebbene i risultati siano in generale molto buoni, la presa in carico del dolore del paziente si conferma anche per le altre Regioni come vero elemento di criticità del servizio. La percentuale di utenti insoddisfatti

su questo aspetto specifico, pur registrando differenze significative tra le aziende, si attesta intorno al 30% per la Toscana, al 27% per l'Umbria e al 25% per la Liguria. Questo dato sottolinea ancora una volta quanto siamo ancora lontani dal raggiungimento degli obiettivi di umanizzazione del percorso e di controllo del dolore come diritto della persona.

Altro aspetto che merita un approfondimento è il tema della comunicazione: per fare un esempio, nelle tre Regioni ci sono percentuali rilevanti di utenti (circa 23% in Liguria, 22% in Toscana e 17% in Umbria) che dichiarano di non aver ricevuto alcuna informazione dal personale infermieristico, elemento che fa riflettere sul ruolo degli infermieri all'interno dell'organizzazione, anche in virtù dell'introduzione di percorsi formativi altamente specializzati per accedere alla professione infermieristica.

Linda Marcacci
MeS Scuola superiore Sant'Anna

LE "LISTE" PER LE PRESTAZIONI

Prime visite entro una settimana ecografie, attese da 19 a 26 giorni

Quanti giorni deve attendere un cittadino toscano per ricevere una prestazione ambulatoriale? E quanti giorni deve aspettare prima di fare una prestazione di diagnostica strumentale?

Nell'anno appena trascorso, le indagini svolte dal laboratorio Management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa rilevano che per una prestazione ambulatoriale erogata come prima visita un cittadino toscano attende in media sette giorni per una prestazione ortopedica, oculistica e dermatologica, in media sei giorni per una prestazione otorinolaringoiatrica, circa cinque giorni per una visita cardiologica e neurologica e solo quattro giorni per una visita ginecologica. Dal lato delle prestazioni di diagnostica strumentale, se si esaminano le prestazioni che presentano un tempo di attesa medio più alto, si trovano le ecografie in cui si registra un'attesa media di 19 giorni per un'ecografia all'addome inferiore fino a un'attesa media di circa 26 giorni per un'ecografia alla mammella.

I risultati dell'indagine dimostrano una buona capacità delle aziende sanitarie toscane di rispettare le indicazioni regionali previste nei documenti di programmazione sanitaria. Le prestazioni ambulatoriali sono, infatti, erogate entro i 15 giorni, così come previsto dalla delibera regionale n. 143 del 2006 nel 91% dei casi, le prestazioni di diagnostica strumentale, il cui tempo di attesa è regolato dalla delibera della Giunta regionale 867/2006, sono erogate entro 30 giorni nel 94% dei casi. Uno degli obiettivi prioritari per il sistema sanitario della Regione Toscana è il contenimento dei tempi di attesa sulla base del principio che i giorni di attesa per l'erogazione della prestazione sanitaria rappresentano la prima risposta che il cittadino riceve dal Ssr nel momento in cui manifesta un'esigenza di salute. Nel rispetto dei principi di trasparenza ed equità è necessario che tutti i cittadini indistintamente e con neutralità possano accedere alle prestazioni sanitarie in tempi accettabili e in tempi massimi preventivamente stabiliti.

La problematica dei tempi

In ambulatorio	
Prestazione	Gg attesa media
Oculistica	7,62
Ortopedia	7,52
Dermatologia	7,44
Otorinolaringoiatria	6,14
Cardiologia	5,80
Neurologia	5,61
Ginecologia	4,60

La diagnostica	
Prestazione	Gg attesa medi
Eco mammella	26,20
Eco transrettale	23,92
Eco muscolotendinea	23,52
Eco polmonare	23,08
Eco mammella bilaterale	21,42
Eco cute e tessuto sottocutaneo	20,91
Eco addome completo	20,80
Diagnostica ecografica del capo e del collo	20,42
Eco osteoarticolare	20,03
Eco addome inferiore	19,26

più di attesa è il risultato dello squilibrio tra la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie. Una corretta valutazione della congruenza dei tempi di attesa per le prestazioni sia specialistiche che diagnostiche dovrebbe considerare l'effettiva necessità e urgenza del bisogno del paziente. È, infatti, importante considerare anche quante prestazioni in media ricevono i cittadini residenti nelle diverse Asl toscane.

Si riscontra ancora un'elevata variabilità nei volumi erogati in media per 1.000 abitanti: essere in grado di contenere i tempi di attesa entro 15 giorni per le prestazioni ambulatoriali e 30 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale è assai più complesso nelle realtà in cui i volumi erogati sono significativamente superiori alla media regionale. In questi casi è più alto il rischio di inappropriata e quindi, più che aumentare l'offerta, è auspicabile che vengano approfonditi i criteri su cui si basa la prescrizione.

Francesca Sanna
MeS Scuola superiore Sant'Anna

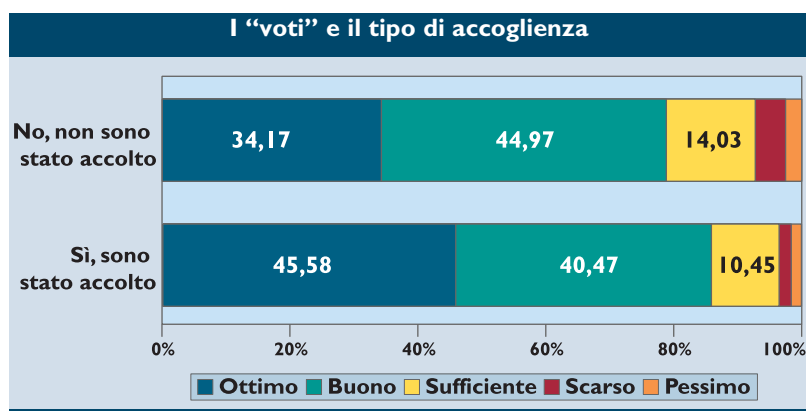
L'IDENTIKIT DEGLI UTENTI INSODDISFATTI

Giovani e donne tra gli scontenti, cruciale l'accoglienza

Con l'obiettivo di restituire alle aziende informazioni utili dal punto di vista gestionale e fornire strumenti di supporto al management, nell'ambito dell'indagine di soddisfazione degli utenti del Pronto soccorso (Ps), sono state effettuate alcune analisi per tracciare il profilo degli utenti maggiormente insoddisfatti.

Dal punto di vista metodologico è stata osservata la distribuzione del livello di soddisfazione su una selezione di items presenti sul questionario telefonico, rispetto ad alcune caratteristiche degli intervistati, e cioè la fascia di età, il sesso, il codice colore assegnato e il livello di scolarizzazione: gli items oggetto di studio sono stati i tempi di attesa, il comfort, la gestione del dolore e la qualità dell'assistenza nel suo complesso.

La tabella di seguito illustra in sintesi i principali risultati dello studio: a colpo d'occhio si nota che in tutti i casi esaminati gli utenti con livelli di insoddisfazione più elevata sono quelli compresi tra 18 e 35 anni. I dati suggeriscono anche che sono più le donne a dichiarare di essere poco o per nulla soddisfatte del servizio offerto, fatta eccezione per i tempi di attesa, in cui la differenza tra maschi e femmine non risulta significativa. Per quanto riguarda il codice colore, i dati confermano considerazioni ampiamente diffuse a livello intuitivo, in quanto sono i cittadini a cui è stato attribuito un codice a bassa priorità (bianco o azzurro) a essere più scontenti della performance del Pronto soccorso in termini di presa in carico del dolore, tempi di attesa e qualità complessiva. Relativamente al livello di scolarizzazione infine, emerge che gli utenti con titolo di studio universitario o post



Soddisfazione in base ad alcune caratteristiche degli intervistati

	Comfort	Gestione del dolore	Tempi di attesa	Qualità complessiva
Titolo di studio	Universitario/post universitario	Universitario/post universitario	Media superiore	Media superiore
Sesso	F	F	-	F
Età	Tra 18 e 35 anni	Tra 18 e 35 anni	Tra 18 e 35 anni	Tra 18 e 35 anni
Codice colore	-	Bianco/azzurro	Bianco/azzurro	Bianco/azzurro

universitario sono più sensibili agli aspetti legati al comfort e alla gestione del dolore; quelli invece con diploma di scuola superiore esprimono più marcatamente il loro dissenso sui tempi di attesa e sull'assistenza complessiva.

In sintesi quindi, se si volesse delineare un identikit del cittadino insoddisfatto si potrebbe rappresentare come una donna giovane e istruita che si presenta in Pronto soccorso per un problema poco urgente.

Un altro aspetto interessante che emerge dall'indagine è che risultano

significativamente più soddisfatti i pazienti che sono stati accolti da qualcuno dopo aver effettuato il triage e prima della visita del medico, rispetto a coloro che non sono venuti a contatto con nessuno. Questo elemento dà un'ulteriore conferma dell'importanza di introdurre figure specifiche, adeguatamente formate e dedicate a questa attività, in linea con le strategie regionali sul miglioramento dell'accoglienza in Pronto soccorso.

L.M

DOCUMENTI Approvata dalla Giunta regionale l'ipotesi di riorganizzazione presentata dall'Aou Meyer per rafforzare la collaborazione tra strutture



Ospedali promotori di salute: al rilancio la rete Hph

Passa all'azienda ospedaliero-universitaria senese il timone per i temi legati all'etica, ai diritti e all'umanizzazione delle cure

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 236 approvata il 1° marzo 2010 dalla Giunta per il rilancio del programma regionale Hph, la rete internazionale degli Health promoting hospital. Rilancio sostenuto con un investimento di 200mila euro.

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che lo Statuto della Regione Toscana riconosce il "diritto alla salute" come una delle principali finalità della propria azione di governo, in attuazione del principio costituzionale garantito alla collettività;

Vista la propria Deliberazione n. 416 del 23/04/01 "Rete toscana ospedali per la promozione della salute-Progetto health promoting hospitals", con la quale è stata costituita la Rete toscana degli ospedali per la Promozione della Salute, il cui coordinamento è stato affidato all'Aou Meyer, con l'intento di sviluppare una cultura e una struttura organizzativa finalizzate a rendere la promozione della salute un principio fondamentale dell'organizzazione sanitaria;

Vista la Deliberazione Gr n. 302 del 31/03/2003 «Approvazione schema di Accordo quadro di collaborazione tra l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità e la Regione Toscana», avente come finalità l'incremento delle capacità del Sst di formulare, implementare e monitorare le strategie di investimento per la salute e lo sviluppo dei cittadini, attraverso attività di partenariato con Network di livello internazionale tra cui la Rete Hph;

Vista la Deliberazione Gr n. 28 del 21/01/2008 «Approvazione schema di Accordo quadro di collaborazione tra l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità e la Regione Toscana - triennio 2008-2010», con la quale è stata siglata l'estensione del precedente Accordo, consolidando così un rapporto pluriennale di interscambio di competenze tra i due soggetti coinvolti con l'obiettivo di individuare indirizzi operativi a livello di politica sanitaria regionale e aziendale per la promozione della salute, con l'obiettivo di dare continuità alle attività sinora condotte, tra cui quelle promosse dalla Rete Hph;

Vista la Lr n. 40/2005 «Disciplina del servizio sanitario regionale» in particolare l'art. 7 - L'educazione alla salute - con il quale la Regione Toscana si impegna a promuovere, negli assistiti, la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;

Considerate le Delibere n. 304/05 e n. 192/06 con le quali si approvavano i progetti di educazione e promozione della salute per l'anno 2005 e per il biennio 2006-2007 e con le quali la Regione Toscana ha realizzato, nel corso del tempo, progetti di Educazione alla Salute tra cui progetti promossi e portati avanti dalla Rete Hph;

Preso atto di quanto definito dalla Convenzione di Oviedo del 1997 che tutela la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina);

Vista la Deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16/07/08 «Piano sanitario regionale 2008/2010»;

Considerato che nel Psr 2008/2010 al punto 7.6 «Umanizzazione, etica nelle cure e di fine vita» la Regione Toscana si pone come obiettivo quello del rafforzamento dell'attenzione alle tematiche bioetiche nella gestione

e nella programmazione della Sanità per rispondere anche all'esigenza di primaria importanza di ridurre le disuguaglianze in salute esistenti fra i cittadini, al fine di garantire a tutte le persone eguali opportunità per tutelare e migliorare il proprio stato di salute. Lo stesso piano prosegue affermando che tale traguardo è perseguibile mediante un'allocazione delle risorse disponibili improntata ai principi etici di giustizia e di equità, nonché garantendo una loro fruizione maggiormente rispondente all'autonomia dei singoli, sia per quanto concerne le scelte di disposizione del proprio corpo in dipendenza di trattamenti sanitari e di assistenza, sia in riferimento alla libera espressione di caratteri identitari nell'interazione con tutto il personale medico e sanitario del servizio pubblico.

Vista la Lr n. 40/2005 «Disciplina del servizio sanitario regionale» in particolare l'art. 98 «Funzioni della Commissione regionale di bioetica»;

Considerato che la Regione Toscana, nella sopraccitata Lr 40/2005, individua la Commissione regionale di Bioetica come organismo tecnico-scientifico multidisciplinare con un ruolo centrale di approfondimento, consultazione e consulenza, al servizio dei cittadini, delle aziende sanitarie e degli organismi regionali, con i quali coopera anche nella programmazione e nella gestione del governo regionale della Sanità;

Considerato che il Psr 2008/2010

prevede al punto 5.1 «Le scelte e le alleanze per la promozione della salute» di dare continuità ai progetti che scaturiscono dalla collaborazione con le Aziende sanitarie della Toscana, operando, così, un forte ri-orientamento delle strutture ospedaliere, connotandole come "setting" che favoriscono la promozione della salute dei pazienti, di loro familiari, degli operatori sanitari e delle comunità di riferimento;

Visto che la Rete Toscana ha avuto da sempre la capacità di unificare e coordinare le varie esperienze e buone pratiche aziendali, dando loro sistematicità e uniformità a livello regionale; ha inoltre consentito alle realtà delle Aziende sanitarie toscane di realizzare uno scambio di idee e un confronto delle strategie attuate in differenti culture e sistemi sanitari, attraverso la realizzazione di laboratori interreti, attraverso la partecipazione e la realizzazione di numerose conferenze e workshops di livello nazionale e internazionale;

Considerato che la Rete internazionale degli ospedali per la Promozione della Salute (Hph) si configura come un Network che unifica e coordina tutte le Reti nazionali e regionali, sostenendo lo scambio di idee e il confronto delle strategie attuate nelle differenti culture e sistemi sanitari, favorendo la conoscenza di temi salienti e allargando il punto di vista degli attori stessi, rendendo, così, la promozione della salute un principio fondamentale dell'organizzazione sanitaria;

Considerato che la Rete Hph Toscana, costituita nel 2001 con Dgr n.

416 con Centro di Coordinamento affidato all'Aou Meyer, ha visto, fin dall'inizio, l'adesione di tutte le 16 Aziende sanitarie della Toscana, operando, così, un forte ri-orientamento delle strutture ospedaliere, connotandole come "setting" che favoriscono la promozione della salute dei pazienti, di loro familiari, degli operatori sanitari e delle comunità di riferimento;

Visto che la Rete Toscana ha avuto da sempre la capacità di unificare e coordinare le varie esperienze e buone pratiche aziendali, dando loro sistematicità e uniformità a livello regionale; ha inoltre consentito alle realtà delle Aziende sanitarie toscane di realizzare uno scambio di idee e un confronto delle strategie attuate in differenti culture e sistemi sanitari, attraverso la realizzazione di laboratori interreti, attraverso la partecipazione e la realizzazione di numerose conferenze e workshops di livello nazionale e internazionale;

Considerato che la Rete internazionale degli ospedali per la Promozione della Salute (Hph) si configura come un Network che unifica e coordina tutte le Reti nazionali e regionali, sostenendo lo scambio di idee e il confronto delle strategie attuate nelle differenti culture e sistemi sanitari, favorendo la conoscenza di temi salienti e allargando il punto di vista degli attori stessi, rendendo, così, la promozione della salute un principio fondamentale dell'organizzazione sanitaria;

Considerato che la Rete Hph Toscana, costituita nel 2001 con Dgr n.

(continua a pag. 5)

L'APERTURA DI NUOVE SEDI

Presidi farmaceutici: i paletti per quelli extra

Stabilite le condizioni di disagio per i servizi aggiuntivi

Pubblichiamo la delibera 87/2010 sull'istituzione proiezioni farmaceutiche. Linee di indirizzo».

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'articolo 17 della legge regionale 25 febbraio 2000, n. 16 avente a oggetto «Proiezioni delle sedi farmaceutiche»;

Visto l'articolo 13 della Lr n. 16/2000 che assegna, fra l'altro, alla Giunta Regionale le competenze in materia di istituzione delle farmacie succursali, dei dispensari stagionali e delle proiezioni;

Preso atto che la proiezione della sede farmaceutica rappresenta un presidio sussidiario della farmacia stessa con lo scopo di far fronte, in particolari situazioni topografiche e di viabilità, alla improrogabile necessità della presenza di un servizio farmaceutico;

Ritenuto opportuno definire, allo scopo di garantire una uniforme applicazione della normativa nel territorio regionale, i seguenti criteri generali di riferimento per l'individuazione delle condizioni di disagio richieste dalla normativa stessa e la necessità di servizi farmaceutici aggiuntivi:

a) Particolari condizioni topografiche e di viabilità. Tale espressione indica la presenza di strade di montagna, collinari o sterrate, tortuose o in forte pendenza non particolarmente adeguate al transito pedonale dove, soprattutto d'inverno aumentano le difficoltà di percorrenza, sia l'inadeguatezza del trasporto pubblico che collega un nucleo abitato con la farmacia più vicina;

b) Comuni definiti montani o parzialmente montani. Nei comuni definiti montani o parzialmente montani l'istituzione delle proiezioni è, di norma, circoscritta alle porzioni di territorio comunale effettivamente montano tenendo in considerazione quanto riportato al precedente punto a);

c) Distanza di una proiezione dalla farmacia più vicina. Nel calcolo della

QUALITÀ & CONTROLLI

Elisoccorso: l'Estav centro "vigila"

Pubblichiamo la delibera n. 283/2010, che disciplina il sistema di verifica e controllo qualità del servizio di elisoccorso.

LA GIUNTA REGIONALE

Per i motivi espressi in narrativa:

1) di dare mandato all'Estav centro di garantire il necessario raccordo e coordinamento fra la Commissione di verifica del servizio regionale di elisoccorso e il consulente aeronautico esterno, al fine di un monitoraggio continuo del servizio regionale di elisoccorso con particolare attenzione agli aspetti riferiti alla qualità del servizio e alla sicurezza aeronautica e degli operatori;

2) di provvedere alla copertura finanziaria del servizio di consulenza e controllo della qualità del sistema di elisoccorso regionale, affidato alla Ditta Geda Spa di Firenze per il periodo 1/2/2010-31/01/2014 con il citato provvedimento del coordinatore del Dipartimento acquisizione beni e servizi dell'Estav Centro n. 73 del 3/2/2010;

distanza fra la proiezione e la farmacia più vicina è generalmente rispettata una distanza minima di due chilometri.

d) Limite dei mille abitanti. La deroga al limite dei mille abitanti di cui all'articolo 17, comma 6, compatibilmente con i presupposti di cui sopra, è tenuta in debita considerazione anche al fine di evitare l'indebolimento della distribuzione delle farmacie sul territorio, risultato opposto allo scopo che la legge si prefigge.

A voti unanimi

DELIBERA

1. Di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, i seguenti criteri generali di riferimento per l'individuazione delle condizioni di disagio dell'utenza e la necessità di servizi farmaceutici aggiuntivi:

a) Particolari condizioni topografiche e di viabilità. Tale espressione indica la presenza di strade di montagna, collinari o sterrate, tortuose o in forte pendenza non particolarmente adeguate al transito pedonale dove, soprattutto d'inverno aumentano le difficoltà di percorrenza, sia l'inadeguatezza del trasporto pubblico che collega un nucleo abitato con la farmacia più vicina;

b) Comuni definiti montani o parzialmente montani. Nei comuni definiti montani o parzialmente montani l'istituzione delle proiezioni è, di norma, circoscritta alle porzioni di territorio comunale effettivamente montano tenendo in considerazione quanto riportato al precedente punto a);

c) Distanza di una proiezione dalla farmacia più vicina. Nel calcolo della distanza fra la proiezione e la farmacia più vicina è generalmente rispettata una distanza minima di due chilometri;

d) Limite dei mille abitanti. La deroga al limite dei mille abitanti di cui all'articolo 17, comma 6, compatibilmente con i presupposti di cui sopra, è tenuta in debita considerazione anche al fine di evitare l'indebolimento della distribuzione delle farmacie sul territorio, risultato opposto allo scopo che la legge si prefigge.

c) Distanza di una proiezione dalla farmacia più vicina. Nel calcolo della

ACCORDO TRA REGIONE, URTOFAR E CISPEL

Distribuzione diretta dei medicinali: ampliato il protocollo d'intesa con le farmacie convenzionate

Pubblichiamo la delibera n. 88 del 1° febbraio 2010 con cui la Giunta ha approvato il nuovo schema di protocollo d'intesa per la distribuzione diretta dei farmaci.

LA GIUNTA REGIONALE

Preso atto che, l'articolo 8 comma 1 lettera a) del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347 «Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria» convertito, con modificazioni, nella legge 16 novembre 2001 n. 405 come successivamente modificato dall'articolo 52 comma 65 della legge 28 dicembre 2001 n. 448, dà facoltà alle Regioni di stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie pubbliche e private per consentire agli assistiti di rifornirsi di alcuni medicinali anche presso le suddette farmacie con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario;

Vista la propria deliberazione n. 135 dell'11 febbraio 2002 avente a oggetto «Norme applicative di cui alla legge 405/01 relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale. Indirizzi alle Aziende sanitarie» con la quale sono stati definiti alcuni aspetti, di competenza regionale, relativi alla sopraccitata legge 405/01 quali:

- L'individuazione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale;

- le modalità di erogazione, ai cittadini, dei farmaci nel proprio territorio;

- i livelli di spesa per le zone distretto nonché per i medici, singoli o associati.

Preso atto che al punto 5 del dispositivo della delibera 135/02 relativamente ai medicinali di cui all'allegato 2 del decreto ministero della Sanità 22 dicembre 2000 e di cui all'allegato B della delibera 135/02 è stato disposto che le modalità di erogazione di detti medicinali potranno essere rideterminate, a livello regionale, attraverso specifici accordi con le Oo.Ss. delle farmacie pubbliche e private;

Vista la propria deliberazione n. 1263 del 18 novembre 2002 con la quale è stato approvato un protocollo fra la Regione Toscana e le Oo.Ss. regionali delle farmacie pubbliche e private sulla erogazione della assistenza farmaceutica da parte delle farmacie convenzionate;

Vista la propria deliberazione n. 299 del 21 febbraio 2005 «Protocollo d'intesa relativo alla distribuzione diretta dei medicinali tramite le farmacie convenzionate»;

Preso atto della dichiarazione a verbale congiunta Urtofar e Cispel allegato B alla presente delibera che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Ritenuto necessario migliorare la procedura di accesso al farmaco da parte dell'utente;

A voti unanimi

DELIBERA

1. Di approvare lo schema di proto-

collo, allegato A, alla presente delibera, dando mandato al Presidente o suo delegato di sottoscriverlo.

2. Di prendere atto del verbale congiunto Urtofar e Cispel allegato B alla presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

Allegato A

REGIONE TOSCANA
PROTOCOLLO D'INTESA
TRA LA REGIONE TOSCANA
L'UNIONE REGIONALE TOSCANA
TITOLARI DI FARMACIA (URTOFAR)
E LA CONFEDERAZIONE ITALIANA
SERVIZI PUBBLICI ENTI LOCALI
(CISPEL TOSCANA)

Le parti

Visto:

L'articolo 8 del decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito, con modificazioni nella legge 16 novembre 2001 n. 405 come modificato dall'articolo 52 comma 65 della legge 28 dicembre 2001 n. 448 dispone che le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di:

a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le

strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione;

b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

La delibera Giunta regionale Toscana n. 135 del 11 febbraio 2002 avente ad oggetto: norme applicative di cui alla legge 405/01 relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale. Indirizzi alle Aziende sanitarie;

La delibera Giunta regionale 1263 del 18 novembre 2002 avente a oggetto: «Articolo 8, comma 1, lettera a) legge 405/01 - direttive alle aziende Uo.Ss.LI.»;

La delibera Giunta regionale n. 299 del 21 febbraio 2005 avente a oggetto: Protocollo d'intesa relativo all'estensione della distribuzione diretta dei medicinali alle farmacie convenzionate. Presa d'atto;

Preso atto che

L'accordo sperimentale di cui alla

(continua a pag. 5)

(segue da pag. 4)

le e internazionale, cercando nel contempo di valorizzare il lavoro svolto sino a ora con l'obiettivo di integrarlo e ricondurlo a sistema;

Considerato che nella proposta suddetta si prospetta l'ipotesi di mantenere all'Aou Meyer il Coordinamento della rete Hph Toscana ma nel contempo si promuove lo sviluppo di collaborazioni con le Aziende sanitarie della Regione Toscana (alleanze di benchmarking), valorizzando le specificità acquisite dalle singole Aziende attraverso la creazione di due poli di riferimento per le attività da sviluppare, sulla base delle rispettive competenze maturate:

- Aou Meyer come Azienda di riferimento per l'Area vasta centro per le tematiche di promozione della salute correlate all'ambito internazionale e di cooperazione sanitaria internazionale, oltre che a quelle connesse con i diritti del bambino e la promozione della sua salute in ospedale;

- Aou Senese come Azienda di riferimento dell'Area vasta sud-est per quanto concerne le tematiche di carattere etico, deontologico, legate al rispetto dei diritti e all'umanizzazione delle cure e in stretta collaborazione con le attività condotte dalla Commissione regionale di bioetica, oltre alla promozione di una cultura della promozione della salute fra gli operatori del Sst; nell'ambito di tale funzione l'azienda dovrà garantire anche le funzioni connesse con l'operatività della

Commissione regionale di bioetica;

Giudicato adeguato per il raggiungimento di tali obiettivi, per l'anno 2010, un finanziamento di euro 200.000,00 per sostenere le attività sovra menzionate, da imputare sul capitolo 24047 del Bilancio di previsione 2010 che presenta la necessaria disponibilità, da ripartire nel seguente modo:

- euro 120.000,00 da destinare all'Aou Senese;

- euro 80.000,00 da destinare all'Aou Meyer;

Vista la Lr n. 36 del 06/08/2001 «Ordinamento contabile della Regione Toscana»;

Vista la Lr n. 78 del 23/12/2009 «Bilancio di Previsione per l'anno finanziario 2010 e Bilancio pluriennale 2010-2012»;

Vista la Dgr n. 1298 del 28/12/2009 «Approvazione bilancio gestionale 2010 e pluriennale 2010-2012»;

A voti unanimi

DELIBERA

1. Di approvare il progetto presentato dall'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, con l'intento, da un lato, di dare continuità e di consolidare alcune attività progettuali di promozione della salute condotte sinora per dare loro maggiore organicità e, dall'altro, la necessità di rilanciare e rifocalizzare gli obiettivi;

2. di dare mandato all'Aou Meyer

fissato in 16.500.000,00 (sedicimilioneicquecentomila,00) euro. In detta quota è ricompreso anche l'onere che le Aziende Usl verseranno alle farmacie convenzionate per le prestazioni di erogazione diretta del mese di gennaio 2010

3) Verifiche
Mensilmente la Direzione generale del Diritto alla salute fornisce alle Oo.Ss. delle farmacie pubbliche e private i dati relativi alla remunerazione pagata dalle Usl per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo.

Trimestralmente le parti si incontreranno per la stima del rispetto del tetto di spesa di cui al precedente punto 2) e per le conseguenti valutazioni;

4) Il presente accordo dovrà essere sottoscritto oltre che dai rappresentanti della Regione Toscana e delle Oo.Ss. regionali delle farmacie pubbliche e private da tutti i Direttori generali delle Aziende Usl e da tutti i rappresentanti sindacali delle farmacie pubbliche e private a livello provinciale.

Tutti le disposizioni contenute negli accordi precedenti che contrastano con il presente accordo devono essere ritenute nulle.

Il presente accordo ha validità triennale, fatto salvo il tetto di spesa di cui al punto 2) del presente accordo che potrà essere rivisto con cadenza semestrale.

Firmato

L'assessore al Diritto alla Salute
Il presidente Urtofar
Il Presidente Cispel

Allegato B

REGIONE TOSCANA
DICHIARAZIONE A VERBALE
CONGIUNTA
URTOFAR-CISPEL

1. Relativamente ai servizi, di cui alla delibera 299/2005, si conviene di definire separatamente le modalità applicative e gli eventuali relativi compensi alle farmacie in ragione dei risparmi conseguibili da parte del Ssr.

2. Entro 30 giorni dall'adozione del presente accordo sarà definita la distribuzione in nome e per conto dei farmacia Osp2 tramite le farmacie sul territorio con le stesse modalità operative del presente accordo, a eccezione della remunerazione che sarà invece contrattata, per ogni confezione di medicinale erogata.

3. Relativamente alle verifiche mensili e trimestrali si conviene che per disporre di tutti i dati necessari si individui una gestione informatica unica e trasparente su tutto il territorio regionale con possibilità di accesso via Web.

4. Riguardo alla validità, si concorda che il periodo triennale può essere inferiore qualora:

a) intervengano a livello nazionale accordi che modificano le condizioni contenute nel presente accordo;

b) i contenuti del presente accordo non siano rispettati su tutto il territorio regionale.

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. 13 del 6-12/4/10 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

SPECIALE MES Valutazione dei risultati: ecco l'altra faccia della programmazione



I «sorvegliati speciali» del Ssr

Gli indicatori monitorati sono inseriti nel budget di ogni struttura

La Regione Toscana da anni affianca ai documenti di programmazione, primo tra tutti il Piano sanitario regionale, il monitoraggio dei risultati raggiunti tramite l'utilizzo del sistema di valutazione. Tale integrazione, programmazione e valutazione è indubbiamente un

elemento vincente, che ha introdotto un processo virtuoso e portato risultati di miglioramento in molti ambiti. Le strategie di piano vengono infatti tradotte in progetti e azioni, a cui sono associati indicatori per il monitoraggio periodico. Molti di questi indicatori sono inseriti nel sistema di

valutazione delle aziende e collegati al sistema di incentivazione, con un obiettivo personalizzato per l'anno successivo; le aziende a loro volta inseriscono tali obiettivi nel proprio processo di budget, responsabilizzando i dirigenti e gli operatori che contribuiscono a raggiungere il risultato.

La misurazione dei risultati e il ritorno delle informazioni alle aziende in maniera tempestiva permette di conoscere la situazione quasi in tempo reale, e consente dunque alle aziende di correggere il tiro laddove necessario. Tale processo virtuoso ha consentito di porre l'attenzione

del management aziendale e dei professionisti sulle tematiche strategiche della Sanità toscana e di individuare le adeguate azioni per il miglioramento.

Anna Bonini

MeS Scuola superiore Sant'Anna

TEMPESTIVITÀ DELL'INTERVENTO

Fratture del femore, bisturi più rapido

La frattura del femore è un trauma che si verifica con frequenza elevata nella popolazione, soprattutto anziana e in particolare nelle donne, e che comporta spesso pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale.

Già nel Psr 2005-2007 la Regione Toscana, in accordo con le linee guida internazionali, stabilisce che tra la frattura e l'intervento non debba intercorrere tempo superiore alle 24-48 ore. La tempestività con cui viene effettuato tale intervento è infatti una determinante del recupero funzionale dell'individuo: riducendone il rischio di disabilità fino al decesso e facilitandone la dimissione. Un indebito allungamento dei tempi di attesa è il primo sintomo, dunque, di qualità insoddisfacente della prestazione. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie ma anche dai pronto soccorso che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto. Per la qualità dell'assistenza in ortopedia chirurgica le fratture del femore comportano, pertanto, una ge-

% fratture del femore operate entro 2 gg				
	2006	2007	2008	2009
Toscana	31,13%	36,21%	44,85%	51,65%
Piemonte		30,52%	29,92%	
Liguria		32,19%	32,68%	
Umbria		33,47%	32,40%	

stione articolata e complessa degli eventi.

L'indicatore "Percentuale di fratture del femore operate entro le 48 ore" è stato fra i primi indicatori sanitari inseriti nel sistema di valutazione. Nel confronto fra le aziende toscane si evidenzia, nel 2009, ancora una notevole variabilità con valori che vanno da un minimo di 29,7% a un massimo di 83,6%. Segno che per alcune aziende ci sono ancora ampi spazi di miglioramento, benché buona parte delle aziende siano migliorate rispetto al 2008, anche con aumenti notevoli come nel caso di Pistoia che passa dal 35,4 al 67,8 per cento.

Nel 2005 il valore medio regionale raggiungeva appena il 27,5% contro l'80% che rappresenta lo standard a livello internazionale (si considera un 20%

per quei casi in cui il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere con l'operazione).

Dal 2006 si osserva un suo costante miglioramento che ha portato la media regionale del 2009 al 51,7%. Dal 2008 le Regioni Piemonte, Liguria e Umbria hanno adottato il sistema di valutazione formando un network che consente un più ampio benchmarking: è significativo come il costante monitoraggio dell'indicatore e il suo legame al sistema d'incentivazione abbia permesso in Toscana di raggiungere buoni risultati, mettendo in moto un sistema organizzativo, che ha consentito di riorganizzare i percorsi di chirurgia d'urgenza.

Barbara Lupi

MeS Scuola superiore Sant'Anna

EFFICIENZA ORGANIZZATIVA

Si accorcia la durata media delle degenze

In che modo si può valutare l'efficienza organizzativa di un ospedale? Che rapporto esiste tra efficienza e qualità? Si può certamente affermare che un buon governo dell'ospedale è associato a un'alta qualità delle prestazioni: una struttura in cui un paziente ha una durata della degenza consona alla ragione del ricovero è una struttura che offre prestazioni non solo efficienti ma, in generale, anche di buona qualità clinica, limitando la probabilità di re-ricovero. Un buon indicatore per valutare questo aspetto della gestione è l'indice di performance di degenza media, che misura la differenza tra il numero delle giornate di degenza effettivamente osservate rispetto a uno standard di riferimento. Le migliori prestazioni appartengono all'azienda ospedaliera universitaria Meyer (1,43 giorni di ricovero in meno rispetto alla media regionale calcolata usando gli stessi Drg di riferimento), e all'Asl 12 di Viareggio (1,38 giorni in meno); leggermente più lunga della

media la degenza nell'Asl di Prato (0,23) e nell'azienda ospedaliera universitaria senese (0,07). Si osserva comunque un miglioramento notevole nella maggior parte delle aziende rispetto al 2008.

L'occupazione di un posto letto in chirurgia determina costi notevoli per l'ospedale, pertanto è auspicabile ridurre al minimo i giorni di ricovero prima di un intervento chirurgico, soprattutto nel caso di interventi programmati. Anche la degenza media preoperatoria per interventi programmati può, dunque, essere considerata un indicatore di efficienza. Notevoli le prestazioni delle Asl 4 di Prato, 3 di Pistoia e 9 di Grosseto, in cui il valore risulta minore di 0,5 giorni mentre per le aziende ospedaliere universitarie la degenza media preoperatoria è superiore a un giorno.

Maria Sole Bramanti

MeS Scuola superiore Sant'Anna

Indici di efficienza in corsia

Indice di performance degenza media (Toscana)							
2008		2009		Media 2008	Media 2009		
(O-A)*/N	Num	N. dimissioni	(O-A)*/N			Num	N. dimissioni
-0,39	-178.442	454.872	-0,64	-289.041	451.010	-0,44	-0,69
Degenza media pre-operatoria per interventi chirurgici programmati (Toscana)							
2008		2009		Media 2008	Media 2009		
Deg. media pre-op.	Gg deg. pre-op.	N. dimessi	Deg. media pre-op.			Ggg deg. pre-op.	N. dimessi
1,36	114.248	84.145	0,91	103.983	114.868	-	-

(*) (O-A) = Degenza osservata - degenza attesa

APPROPRIATEZZA

Diagnostica per immagini troppo «variabile»

Quante sono le prestazioni di diagnostica per immagine (Tac e risonanze magnetiche) di cui usufruisce in media un cittadino toscano rispetto ai cittadini residenti in altre regioni italiane? Il dato a livello nazionale, disponibile per l'anno 2007 e per nove regioni (Friuli Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Piemonte, Marche, Lombardia, Liguria, Toscana e Emilia Romagna), evidenzia che la Toscana è una delle Regioni con più alti tassi di prestazioni di diagnostica per immagine (circa 877 prestazioni per 1.000 residenti), mentre il Friuli Venezia Giulia ne eroga poco più della metà. Un'elevata variabilità tra le Regioni nell'utilizzo di tali servizi può essere spiegata da diversi fattori sia socio-culturali (livello di istruzione, reddito) che di appropriatezza prescrittiva. Ci si potrebbe aspettare, tuttavia, che su un territorio presumibilmente omogeneo come quello di una singola regione tale variabilità si riduca.

L'obiettivo dell'indicatore «tasso di prestazioni di diagnostica per immagine» è proprio quello di analizzare la situazione toscana relativamente a questo aspetto. Si può osservare che anche da un punto di vista intra-regionale, il tasso di fruizione di prestazioni diagnostiche non è omogeneo passando, nel 2008, dalle circa 90 prestazioni per 1.000 abitanti di Lucca alle quasi 140 di Grosseto, anche se il trend 2008-2009 misura un miglioramento verso una maggior omogeneità intra-regionale. Qual è la causa di tale variabilità? Il monitoraggio di questo indicatore permette di attirare l'attenzione

Tasso di imaging	
Descrizione Usl residenza	Dato 2009 (n. di Tac + Rmn x 1.000 abitanti)
Asl 2 di Lucca	93,71698
Asl 12 di Viareggio	105,92233
Asl 10 di Firenze	110,23473
Asl 11 di Empoli	109,19744
Asl 5 di Pisa	100,63855
Asl 4 di Prato	126,93825
Asl 1 di Massa e Carrara	119,74483
Asl 6 di Livorno	120,37887
Asl 7 di Siena	126,39738
Asl 3 di Pistoia	129,32986
Asl 8 di Arezzo	133,71832
Asl 9 di Grosseto	122,79652

dei medici prescrittori su questo tipo di problematica al fine di indurli a riflettere e, qualora fosse necessario, ridurre il più possibile il numero di indagini inappropriate, ossia quelle che non aggiungono valore al sospetto diagnostico del clinico o che non comportano una modifica nella gestione clinica del paziente. La riduzione di tale inappropriatezza prescrittiva eviterebbe lo spreco di risorse, ridurrebbe i tempi d'attesa e, soprattutto, un'eccessiva esposizione dei cittadini a radiazioni nocive.

Manuela Gussoni

MeS Scuola superiore Sant'Anna

PREVENZIONE

Lo sprint sull'Afa fa bene agli stili di vita

L'attività fisica adattata (correntemente Afa) rappresenta una delle frontiere di intervento del sistema sanitario regionale sulla popolazione con condizioni croniche. L'obiettivo è influire sullo stato di salute riducendo la medicalizzazione dei problemi che sono gestibili, appunto, mediante forme di esercizio fisico, così come curando l'alimentazione o adottando uno stile di vita sano. Coerentemente alla letteratura, la migliore tutela della salute pubblica dipenderà sempre di più da politiche inter-settoriali (ovvero Sanità & ambiente, urbanistica, industria alimentare ecc.) che dalle prestazioni sanitarie: nel caso specifico, i programmi Afa insistono appunto su un ambito socio-sanitario, con il coinvolgimento di molteplici soggetti (ad esempio palestre, associazioni per anziani, centri di fitness) e una forte responsabilizzazione personale dei cittadini.

Per queste ragioni, la Regione Toscana ha perfezionato nel 2009 la politica regionale sull'Afa (precisando, ad esem-

La popolazione in «attività fisica adattata»		
Asl	Partecipanti	Pop. >65 anni (31/12/2008)
Asl 1 di Massa Carrara	691	49.203
Asl 2 di Lucca	224	52.493
Asl 3 di Pistoia	915	64.702
Asl 4 di Prato	365	37.555
Asl 5 di Pisa	743	80.863
Asl 6 di Livorno	1.485	84.798
Asl 7 di Siena	1.268	66.061
Asl 8 di Arezzo	235	75.761
Asl 9 di Grosseto	344	53.042
Asl 10 di Firenze	1.420	193.690
Asl 11 di Empoli	6.000	51.343
Asl 12 di Viareggio	82	39.949
Totale	18.971	849.460

pio, i programmi per bassa e alta disabilità) e ha attivato i primi indicatori di valutazione delle aziende sanitarie. In particolare, è possibile apprezzare il tasso di adesione dei cittadini ai programmi Afa rispetto all'obiettivo regionale: la performance delle aziende sanitarie locali, per quanto ancora variabile, risulta in crescita rispetto al passato. Ulteriori miglioramenti sono attesi standardizzando meglio i profili dei

cittadini e uniformando le modalità di raccolta dei dati.

Nell'incentivazione 2010 dei direttori generali delle Asl sono previsti tre ulteriori indicatori: pubblicazione documenti Afa sul sito web aziendale, estensione dei programmi Afa a bassa disabilità, attivazione programmi Afa ad alta disabilità.

Paolo Tedeschi

MeS Scuola superiore Sant'Anna

FIRENZE

L'ospedale pediatrico è tra i 12 centri scelti per il progetto Ue Reborne

Staminali, Meyer arruolato



Allo studio nuovi metodi di ingegneria biomedica per riparare i difetti ossei

L'ospedale pediatrico Meyer di Firenze è tra i 12 centri clinici europei del progetto che punta a riparare i difetti ossei mediante le cellule staminali. Presentato alla fine del 2008, il progetto Reborne per la «rigenerazione di difetti ossei con nuovi approcci di ingegneria biomedica» è stato accolto dalla Commissione europea nell'area tematica Sanità del 7° programma quadro. Coordinato da Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), questo progetto integrato su larga scala è iniziato nel gennaio 2010 con un bilancio di spesa di 12 milioni di euro in 5 anni.

Obiettivo di Reborne è quello di eseguire studi

clinici multicentrici utilizzando biomateriali avanzati e cellule da fonti autologhe o allogeneiche. Cinque studi clinici in chirurgia ortopedica e maxillofaciale avranno luogo in 12 centri clinici (tra cui il Meyer di Firenze) distribuiti su 8 Paesi europei (Italia, Spagna, Francia, Belgio, Olanda, Norvegia, Germania e Romania). Un grande consorzio di 24 partecipanti, costituito da laboratori all'avanguardia a livello mondiale, piccole e medie imprese produttrici di biomateriali, impianti di produzione di cellule (cell factories) operanti secondo Gmp (norme di buona fabbricazione dei medicinali) e ospedali, collaborerà per raggiungere questi ambiziosi obiettivi clinici.

Quello osseo è il tessuto umano trapiantato più frequentemente, con circa un milione di procedure l'anno in Europa. I trapianti di tessuto osseo sia autologhi (provenienti dallo stesso organismo) che allogeneici (da donatori compatibili) sono usati principalmente nella chirurgia ortopedica o maxillo-faciale, per la ricostruzione di difetti ossei di grandi dimensioni. Tuttavia, gli innesti ossei presentano degli svantaggi, come la necessità di allestire un secondo sito di intervento (con le possibili conseguenti complicazioni), la disponibilità di limitate quantità di tessuto e il possibile instaurarsi di reazioni immunologiche. Le cellule staminali mesenchima-

li umane da midollo osseo (o da tessuto adiposo) possiedono un grande potenziale di rigenerazione ossea. Queste ultime sono cellule multipotenti, cioè non ancora del tutto specializzate (ossia staminali), ma capaci di dar luogo solo ad alcuni tipi cellulari o tessuti: ad esempio osseo, cartilagineo, muscolare, adiposo e nervoso. L'associazione di biomateriali sintetici con cellule staminali mesenchimali offre significative opportunità di crescita come sostituti ingegnerizzati di tessuto osseo.

Roberta Rezoalli
Ufficio stampa Aou Meyer

PISTOIA

Meningite: diagnosi veloce grazie a un test molecolare innovativo

In collaborazione con Chiara Azzari del Meyer l'équipe di Margherita Nicolai, Lori Bianchi e Patrizia Lencioni, del Laboratorio Analisi aziendale dell'Asl 3 di Pistoia, diretto da Riccardo Lari, ha messo a punto e introdotto un nuovo test di biologia molecolare per l'individuazione dei germi responsabili della meningite (infiammazione delle meningi provocata da agenti patogeni).

La biologia molecolare non ha bisogno di germi vivi e la ricerca è mirata a cercare direttamente il Dna del germe su campioni biologici (di solito nel sangue ma anche nel liquido cefalorachidiano).

Si cerca direttamente il Dna del germe su campioni biologici

dimostrerà per la profilassi da somministrare o meno agli operatori sanitari, familiari o quanti altri avessero avuto contatti col paziente, in caso di positività».

Il nuovo test diagnostico non andrà a sostituire le tecniche di coltura microbiologica (con risultati disponibili dopo 24 ore) ma sarà complementare anche se più rapido, sensibile e specifico, eliminando i cosiddetti falsi negativi. «L'avvio del nuovo test nel nostro laboratorio di microbiologia - continua Lari - è uno dei frutti della riorganizzazione, durata circa tre anni, dei laboratori analisi aziendali, effettuata secondo le direttive regionali e

che ci ha permesso di sviluppare soprattutto in microbiologia una razionalizzazione che ha portato alla centralizzazione di tutta l'attività nell'ospedale di Pistoia, con una concentrazione di risorse, personale e professionalità». È soprattutto grazie alla disponibilità all'aggiornamento e all'innovazione dei protocolli da parte di tutti gli operatori che l'Asl 3 ha conseguito questo importante risultato.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

LUCCA / 1

Entro fine 2010 il robot debutterà in sala operatoria: investiti 3 milioni

Sono sempre più frequenti all'ospedale di Lucca gli interventi di chirurgia oncologica maggiore condotti con metodica mini-invasiva, come oggi avviene solo nei più importanti centri di chirurgia generale del mondo. È la nuova frontiera della chirurgia, che troverà sbocchi ulteriori con la robotica per sala operatoria in arrivo a Lucca entro la fine del 2010 con un investimento di quasi 3 milioni di euro da parte dell'Asl 2. Verranno così "esplosi" le potenzialità della metodica mini-invasiva, che permette già ora di effettuare interventi anche molto complessi riducendo il trauma chirurgico. Questa tecnica viene utilizzata in varie strutture dell'azienda sanitaria.

Sarà l'evoluzione della chirurgia mini-invasiva

«Ormai questo è l'approccio adottato di routine nei più avanzati centri di chirurgia generale del mondo - spiega Carobbi - con cui, grazie allo sviluppo delle tecnologie, si possono effettuare oggi anche le operazioni più importanti e complesse.

Il beneficio per i pazienti è notevole sotto ogni aspetto: riduzione dell'ospedalizzazione, del dolore, del rischio di infezioni, delle perdite ematiche e delle trasfusioni, dell'estensione della

ferita chirurgica. Si registra ovviamente un più veloce recupero e ritorno alle normali attività quotidiane. Sembra inoltre che il minor trauma consenta addirittura di preservare le difese dell'organismo».

Nel corso dell'ultimo anno nel reparto di chirurgia generale queste procedure sono state sviluppate in maniera consistente, con molti interventi di asportazione di tumori a carico di stomaco, esofago, fegato, retto, colon, reni, surreni, milza, utero, ovaie e via dicendo. Alcune procedure chirurgiche innovative elaborate da Carobbi hanno recentemente ottenuto la validazione su importanti riviste scientifiche internazionali.

«La metodica mini-invasiva chiude il primario di chirurgia - verrà potenziata con l'avvento del robot il quale consente di replicare i movimenti della mano del chirurgo con maggiore precisione, più ampia escursione dei movimenti, migliore visione e destrezza. La metodica a cielo aperto resta invece ancora necessaria in alcuni casi particolari».

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

LUCCA / 2

Presentato il bilancio sociale aperto alle "voci" di volontari e cittadini

Si è svolta martedì 23 marzo nella sede del polo didattico e formativo di Santa Maria a Colle, nel complesso di Maggiano, la giornata dedicata al "Bilancio sociale 2008-2009" dell'Asl 2 di Lucca. Il bilancio sociale è un atto dovuto da parte di qualsiasi organizzazione che svolge attività rilevanti nel contesto sociale. È un documento importante perché esprime un momento di confronto con la comunità e con i principali portatori d'interesse dell'attività svolta dall'azienda sanitaria.

Una tra le novità più interessanti di questa edizione è di aver dato voce all'interno del documento ai sindacati, alle associazioni di volontariato, agli stessi cittadini (tramite i loro organismi di rappresentanza e di tutela). Per definire questo strumento ha lavorato un gruppo aziendale che ha cercato di rileggere i servizi socio-sanitari a partire proprio dagli occhi del cittadino.

«Nel presentare questo atto - evidenzia il direttore generale dell'Asl 2, Oreste Tavanti - mi preme evidenziare alcuni aspetti positivi di questo percorso biennale, quali il concretizzarsi di attività territoriali in grado di

garantire in modo sempre più efficace la continuità delle cure, il potenziamento del ruolo dei medici di medicina generale che si pongono come indispensabile momento di risposta a bisogni dei cittadini, il consolidamento dell'attività ospedaliera realizzato sia attraverso l'aggiornamento dei professionisti che con l'acquisto di importanti attrezzature, con una particolare attenzione alla diagnosi e cura dei tumori e delle malattie cardiovascolari».

Potenziato il ruolo dei medici di famiglia

Un progetto fondamentale portato avanti nell'ultimo biennio è poi quello dell'informatizzazione degli studi dei medici di medicina generale, che consente di mettere in rete con i presidi aziendali tutte quelle informazioni necessarie a garantire rapidità e qualità dei servizi.

La digitalizzazione delle immagini radiologiche ci ha poi permesso di buttare "in soffitta" le vecchie lastre: adesso l'immagine diagnostica viene letta direttamente in video, trasmessa per via informatica e archiviata tramite Cd (sistema Ris Pacs).

S.D.G.
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

IN BREVE

▼ PISA

Il centro multispecialistico della riabilitazione volterrano potrà disporre di 400mila euro grazie al progetto di ricerca presentato alla Regione Toscana da Auxilium Vitae. La continuità del lavoro già avviato su teleriabilitazione e sviluppo innovativo della robotica applicata alla riabilitazione è l'obiettivo del progetto. La graduatoria pubblicata evidenzia che i progetti dichiarati finanziabili sono stati 139 di cui sono 57 ammessi al contributo. Tra questi ultimi il progetto volterrano è risultato 25° ed è stato ammesso per l'intero importo. Il progetto, della durata di due anni, richiedeva il massimo contributo possibile previsto dal bando regionale (200.000 euro l'anno) a cui si è aggiunto il cofinanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra per l'importo totale di 240mila euro.

▼ PISTOIA

Il 2 marzo l'azienda sanitaria di Pistoia ha inaugurato nel servizio di endoscopia digestiva dell'ospedale di Pistoia un videogastroscopio e un duodenoscopio dotati di un sistema di zoom elettronico e di colorazione elettronica dell'immagine che consentiranno accurate e precoci indagini diagnostiche. Un altro videogastroscopio, praticamente gemello, è stato donato ed è in funzione all'ospedale di Pescia. Gli apparecchi, costati in tutto 60mila euro, sono stati regalati dalla Agraria Checchi Silvano & C., ed è la prima volta nella che nella Provincia di Pistoia un'importante azienda del settore agrario concorre, in maniera così diretta, al miglioramento di un servizio della Sanità pubblica. L'endoscopia è la migliore tecnica per la diagnosi e la cura delle lesioni dell'apparato gastrointestinale.

▼ LIVORNO

È partito il nuovo servizio di accoglienza al pronto soccorso dell'ospedale di Livorno. Un team di sei operatori si alterna nell'arco delle 24 ore per garantire un servizio no-stop di informazioni e indirizzamento rivolto in particolare ai parenti dei pazienti in trattamento nella struttura. «Questa iniziativa - spiega Francesco Nicolai, direttore Unità operativa Comunicazione - fa parte di un programma più ampio rivolto al miglioramento dell'accoglienza nei pronto soccorso, e rappresenta l'estensione di quanto già sperimentato con successo negli ultimi mesi. Il personale dedicato all'accoglienza sarà chiaramente riconoscibile da una divisa non sanitaria e si occuperà di accogliere i pazienti in attesa, svolgere piccole azioni di supporto, facilitare le comunicazioni con parenti informandoli sui tempi di attesa e sul percorso periodo di assistenza e dimissioni.

▼ VIAREGGIO

Nonostante i forti condizionamenti derivanti dal difficile momento economico, sono sempre più numerose e significate le donazioni, gli aiuti, gli stimoli e le collaborazioni che, alla Sanità pubblica, giungono dal mondo dell'associazionismo e del volontariato. Ne è un importante e concreto esempio, ultimo in ordine di tempo, la donazione che dell'Associazione Volontari Versilia - Amici di Ilaria. L'associazione, che conta oltre 200 volontari, ha consegnato un ecografo portatile di ultimissima generazione (valore oltre 38mila euro). Lo strumento è in grado di fornire qualsiasi prestazione ecografica, sarà utilizzato per migliorare la qualità dei servizi e per delocalizzare l'assistenza a casa dei pazienti, evitando loro ulteriori e gravosi disagi dovuti ai trasferimenti.

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN
GR
LIB

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

PORANEI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

INTER
NET
PER
TUTTI

PRE
STITO
GRA
TUITO

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