

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. 2
anno XV del 17-23 gennaio 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

La sfida
della medicina
di iniziativa

di Andrea Leto *

Un accordo alto che accetta la sfida della qualità, delle compatibilità economiche, che fa un bilancio di quanto fin qui realizzato e sviluppa importanti proposte per una professione, quella del medico di famiglia, in continua evoluzione, da sempre letta dai cittadini come porta di accesso al sistema sanitario e in questa contingenza storica come uno degli elementi della tenuta del sistema sanitario toscano.

Con l'accordo, che individua con uno sguardo lungo quali sono le prospettive delle cure sul territorio nei termini della assistenza e della organizzazione, viene definito il contesto entro il quale nei prossimi anni in coerenza con i contenuti del nuovo Piano socio-sanitario integrato, la medicina generale dovrà trovare ruolo in un'ottica di maggiore vicinanza al sistema. Un percorso ampiamente tracciato con la sfida evolutiva della Sanità di iniziativa. Medici di famiglia, infermieri, Oss, con il ruolo di pivot organizzativo dei medici di comunità stanno lavorando all'interno di moduli assistenziali che puntano a intercettare i problemi di salute per le malattie croniche.

Un impegno importante che vede oltre il 30% dei cittadini assistiti con questo nuovo approccio centrato sul cittadino, sulla sua consapevolezza e su professionisti che non attendono ma si attivano per curare e rallentare la insorgenza e l'evoluzione

CONTINUA A PAG. 2

TERRITORIO

Accordo Regione-Fimmg su un nuovo modello di associazionismo

Le cure primarie si aggregano

Assistenza mirata alle patologie - Premiate le performance appropriate

A fine 2011 la Regione Toscana ha sottoscritto un'intesa con la Fimmg per definire dei temi prioritari per lo sviluppo delle cure primarie nella Regione. Nell'accordo, che si sviluppa all'interno del quadro prospettato nel Piano sanitario e sociale integrato regionale (Pssir), viene riconosciuta e condivisa la necessità di rispondere all'attuale fase del sistema socio-sanitario che vede scarsità di risorse per investimenti, emergenza del tema della fragilità e cronicità e la forte riduzione nei prossimi 10 anni dei medici di medicina generale (Mmg) per pensionamenti. Vengono così condivisi obiettivi che, utilizzando al meglio le risorse esistenti, consentiranno di rispondere in modo etico e universalistico alla domanda di salute presente ed emergente, secondo i criteri di equità, responsabilità deontologica e compatibilità economica.

L'intesa si articola su alcuni grandi obiettivi:

- sviluppo di un associazionismo della medicina generale, funzionale a uno sviluppo delle cure primarie che superi quello tradizionale, legato agli inquadramenti contrattuali oggi in divenire;

- realizzazione delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) quale modello di raccordo funzionale dei Mmg, a partire dalla valorizzazione dell'esperienza dei moduli della Sanità d'iniziativa. Le Aft rappresentano lo strumento con cui si realizza il governo clinico della medicina generale attraverso la condivisione di percorsi diagnostici e terapeutici e si semplificano le modalità di raccordo con le strutture aziendali valorizzando la figura del coordinatore dei moduli/Aft;

- avvio sperimentale di Unità complesse di cure primarie che consentiranno anche la riallocazione e rifunionalizzazione degli incentivi e delle indennità come previsto dall'Acn;

- l'implementazione di un sistema di valutazione delle performance focalizzato su appropriatezza terapeutica e prescrittiva, di ricorso alla specialistica, clinica e diagnostica e comprensivo degli obiettivi di prevenzione primaria e secondaria (incluso Afa);



MIGLIORAMENTO DI QUALITÀ E STILI DI VITA

Salute mentale, prevenzione del disagio

Alle Asl 1,2 milioni per percorsi di socializzazione e riabilitazione

In Toscana si continua a promuovere, sviluppare e sostenere iniziative e azioni specifiche nel settore della salute mentale. Sono stati destinati alle aziende sanitarie 1,2 milioni per finanziare iniziative nell'ambito della prevenzione e del trattamento precoce del disturbo mentale, per i percorsi di presa in carico e assistenza integrata per i disturbi dello spettro autistico con l'adeguata assistenza agli adulti affetti da tale patologia e per progetti di ricerca di interesse regionale e studi di esito.

Con l'approvazione della delibera 1131 del 12 dicembre 2011 si potranno portare avanti azioni per percorsi riabilitativi e di socializzazione delle persone con disturbi mentali, miglioramento della qualità assistenziale, stili di vita sani e prevenzione del disagio, dell'emarginazione e dell'insorgenza di malattie fisiche delle persone con disturbi psichici e si potrà proseguire e consolidare la sperimentazione della struttura residenziale psichiatrica assistita per malati di mente internati o detenuti in strutture penitenziarie "Le Querce".

Le risorse, che ammontano precisamente a 1.203.535,00 euro finanzieranno le iniziative conformi alle indicazioni fornite, tenendo conto delle esigenze presenti sul territorio toscano e delle proposte e segnalazioni avanzate al riguardo dalle Aziende sanitarie della Toscana.

- diffusione e sviluppo delle Case della salute quali luoghi di aggregazione delle componenti professionali in cui attuare l'evoluzione organizzativa strutturale della medicina generale nelle cure primarie attuando le collaborazioni e le integrazioni dei servizi e delle professioni del Ssr. Le Case della salute si realizzeranno in strutture disponibili sul territorio anche laddove messe a disposizione da società di servizio, quali cooperative dei Mmg;

- realizzazione di un modello toscano di cure intermedie capace di organizzare anche il territorio per risposte a intensità di cure, residenziali o domiciliari, aumentando la capacità di gestione della complessità, sanitaria e socio-sanitaria, nelle cure primarie;

- condivisione dei percorsi per l'implementazione di progetti di telemedicina nell'assistenza ai cittadini;

- revisione delle modalità di organizzazione della continuità assistenziale medica, riorientando i medici ex guardia medica, oggi marginali al sistema della continuità delle cure, secondo un diverso utilizzo e una riqualificazione professionale finalizzata a inserire il professionista nelle Aft per il potenziamento della continuità di presa in carico dei pazienti cronici (es. oncologici) o per la gestione di patologie non differibili (urgenze di comunità);

- rinnovo del sistema dei percorsi formativi per la medicina generale per renderlo più snello e focalizzato sugli argomenti strategici per l'evoluzione della professione e lo sviluppo delle cure primarie nel Servizio sanitario regionale e che valorizzi tutti i segmenti formativi (formazione specifica in medicina generale, programmi Ecm, alta formazione ecc.).

I diversi punti saranno oggetto nei prossimi tre mesi di accordi specifici integrativi che daranno attuazione organica ai contenuti dell'intesa.

Lorenzo Roti
Responsabile Settore servizi
alla persona sul territorio

ALTRI SERVIZI A PAGINA 2
DOCUMENTO A PAG. 4/5

CONTROCANTO

«Cambiare tutti, non solo gli illuminati»

di Simona Dei *

L'atto di intesa arriva dopo un confronto serrato in un periodo tra i più difficili della Sanità pubblica. Ed è proprio con la condivisione di queste difficoltà che esordisce il documento: la riduzione delle risorse e la trasformazione della domanda di salute costituisce la premessa all'impegno di creare un nuovo modello di cure

primarie. Ma chi come me lavora da anni sul territorio non può leggere con tranquillità quelle frasi brevi e incisive. Ogni modello ha un suo ordine interno che lo rende misurabile e ripetibile: quanto sarà possibile calare quel modello nelle terre toscane così diverse fra loro? Come

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Aggiornate le donazioni di midollo

La Giunta regionale ha recepito l'accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 per la definizione dei poli di funzionamento del Registro nazionale donatori di midollo osseo, sportello unico per la ricerca e il reperimento di cellule staminali emopoietiche da donatore non consanguineo. Sarà data attuazione all'accordo e sarà ampliato il patrimonio dei donatori volontari non consanguinei di cellule staminali emopoietiche iscritti al registro nazionale adottando strategie regionali e sarà effettuato l'adeguamento del sistema tariffario inerente alla tipizzazione tessutale e alle prestazioni associate alle attività di reclutamento e selezio-

ne del donatore volontario. (Delibera n. 1.004 del 21/11/2011)

Cerebrolesioni: assistenza alle famiglie

La giunta regionale ha approvato e finanzia con 44.000 mila euro il progetto "Assca", che prevede la presa in carico complessiva e continuativa delle famiglie coinvolte nelle gravi cerebrolesioni acquisite. Il progetto prevede la presa in carico dalla fase acuta al reinserimento domiciliare, ove possibile. Il percorso si articola come un sistema integrato "coma to community", tramite un approccio multidisciplinare di professionisti qualificati. Le risorse andranno all'Asl 10 di Firenze che realizzerà il progetto. (Delibera n. 1.016 del 21/11/2011)

ALL'INTERNO

Pisa: analisi al restyling

A PAG. 3

Empoli: la salute fuori dell'Opg

A PAG. 6

Livorno: cuore assistito sul web

A PAG. 7

TERRITORIO *Chronic care model: primi risultati del progetto sui processi di cura del diabete*

Mmg custodi delle cronicità

Tra il 2009 e il 2010 monitoraggi aumentati tra l'1,2 e il 10,8%

La popolazione toscana sta invecchiando. E con l'aumento dell'età osserveremo nel prossimo futuro un incremento delle malattie croniche. Ma i sistemi sanitari non sempre si sono dimostrati adeguati per prendersi cura degli assistiti affetti da queste condizioni e la gestione delle malattie croniche sul territorio ha spesso presentato delle difficoltà.

In Toscana, su indicazione del Psr 2008-2010, si è deciso di passare da una medicina d'attesa a una Sanità d'iniziativa, in cui non si aspetta sulla soglia dei servizi il cittadino, ma si organizza l'attività giocando d'anticipo sull'evoluzione delle malattie croniche. Per far ciò, si è scelto di adottare il Chronic care model (Ccm), nuovo modello organizzativo e operativo delle cure primarie mediante l'attivazione del "Progetto per l'attuazione della Sanità d'iniziativa a livello territoriale". Il progetto si basa sul lavoro di team multi-professionali, denominati moduli, costituiti da medici di medicina generale (Mmg), infermieri e operatori sociosanitari. Nell'ambulatorio del

Mmg sono svolte e registrate sulla cartella clinica tutte le attività previste dai percorsi diagnostico-terapeutici per le 4 malattie finora prese in considerazione dal progetto (diabete, scompenso cardiaco, pregresso ictus e Bpco). Nei percorsi sono previsti i controlli periodici differenziati in base al rischio individuale, in occasione dei quali vengono eseguiti il counselling e il supporto all'autocura. Il progetto ha preso l'avvio a

giugno 2010 coinvolgendo, nella fase pilota, 504 Mmg distribuiti in 11 Asl della Toscana sui percorsi di cura per diabete e insufficienza cardiaca. Più recentemente, nella fase di estensione, sono stati considerati anche il pregresso ictus e la Bpco e sono stati coinvolti altri Mmg per un totale complessivo di 943 Mmg distribuiti in 93 moduli.

L'Agenzia regionale di Sanità sta conducendo uno studio quasi sperimentale per valutare l'impatto del progetto attivato in Toscana sulla qualità delle cure, in termini di indicatori di processo, e sui tassi di utilizzo di specifiche prestazioni sanitarie, a partire dai pa-

zienti affetti da diabete mellito arruolati nella fase pilota del progetto. Per far ciò si è avvalsa dei dati forniti dal Sistema informativo sanitario, utilizzando MaCro, una banca dati delle malattie croniche, messa a punto dall'Ars, che mediante un sistema di record linkage tra gli archivi dei ricoveri ospedalieri, delle prescrizioni farmaceutiche, delle esenzioni ticket per patologia e del registro di mortalità, è in grado di individuare i toscani con patologie croniche e di seguirne i percorsi diagnostici e terapeutici. MaCro è utilizzata, oltre che dalle aziende che richiedono dati dei loro assistiti, dai ricercatori, dalla Regione, anche nell'ambito di diversi studi epidemiologici, in particolare dei servizi sanitari.

Sono stati selezionati 504 Mmg aderenti al progetto e 1.875 Mmg non aderenti. I pazienti affetti da diabete assistiti dal primo gruppo di Mmg (gruppo di intervento) sono stati valutati sia per il 2009 che per il 2010, lo stesso è stato fatto per i diabetici assistiti dai Mmg non aderenti al progetto che hanno rappresentato il gruppo di controllo. Sono stati poi calcolati gli indicatori di processo, che danno conto dell'adesione alle linee guida, e i tassi di utilizzo di specifiche prestazioni sani-

tarie relative al 2009 (prima dell'intervento) ed al 2010 (dopo l'intervento).

Per il gruppo dei pazienti assistiti dagli Mmg aderenti al progetto, si osserva un generale incremento degli indicatori di processo. In particolare, gli indicatori riguardanti il monitoraggio mediante esami di laboratorio aumentano in maniera più marcata rispetto agli indicatori riguardanti il trattamento con specifici farmaci (le differenze vanno dal 5,4% del monitoraggio della creatinemia fino al 10,8% del monitoraggio della microalbuminuria e dall'1,2% della terapia con Ace inibitori fino al 3,5% della terapia con statine. La percentuale di pazienti che effettua una visita oculistica nei 12 mesi di osservazione aumenta del 4 per cento).

Sempre per lo stesso gruppo, riguardo all'utilizzo di prestazioni sanitarie specifiche, il tasso delle visite diabetologiche diminuisce (maggiore presa in carico dei pazienti da parte delle cure primarie) mentre, come atteso, aumentano gli esami di laboratorio e la diagnostica strumentale. Ciò che si teme-

va era un aumento del carico di lavoro del Mmg e pertanto una possibile minore attenzione nel monitoraggio delle patologie non prese in considerazione dalla Sanità d'iniziativa. Per fugare questo dubbio, sono stati calcolati gli indicatori di processo per una patologia quale il pregresso ictus che nel 2010 non era ancora inserita tra le patologie del Chronic care model. Dalla valutazione è risultato che gli indicatori restano invariati nei due gruppi. Possiamo quindi concludere che la Sanità d'iniziativa è un modello che sembra funzionare e rappresenta un primo passo verso una sanità in cui la gestione delle cure torna nelle mani del Mmg, presupposto essenziale per una Sanità equa e orientata verso la persona, non più verso la patologia.

Tra gli indicatori di processo inserito il «pregresso ictus»

Nella fase pilota coinvolti 504 medici di 11 Asl toscane

Valentina Barletta
Paolo Francesconi
Agenzia regionale di Sanità toscana
Lorenzo Roti
Responsabile Settore servizi alla persona sul territorio

GENERALISTI, SPECIALISTI E PERSONALE SANITARIO NEI MODULI INTEGRATI

Percorsi diagnostici al team multiprofessionale

Oggi è di fondamentale importanza la gestione delle cronicità e a Firenze, a novembre, è stato discusso approfonditamente l'argomento in un convegno dell'Agenzia regionale di Sanità della Toscana (Ars) durante il quale sono state presentate le evidenze sulla loro gestione sul territorio nella Regione grazie all'utilizzo dei dati amministrativi. Dopo una disamina del mutamento delle cure primarie e uno sguardo sui modelli organizzativi sviluppati all'estero, ci si è soffermati sul Chronic care model (Ccm), sui suoi elementi essenziali e sulla sua evoluzione nell'Expanded chronic care model (Eccm). In quest'ultimo l'elemento essenziale è il modulo, team multiprofessionale proattivo nelle cure primarie in cui gruppi di medici di medicina generale, abituati a lavorare da soli

o in gruppi monoprofessionali, lavorano con infermieri e operatori sociosanitari.

Proprio riguardo ai medici di medicina generale e alle relative forme associative, sono stati illustrati gli esiti del progetto "Valore", che ha coinvolto distretti di Veneto, Marche, Toscana, Emilia Romagna, Lombardia e Sicilia. Per quanto riguarda la gestione delle cronicità relativamente all'effetto dell'associazione semplice, di rete, medicina di gruppo, e medici singoli di medicina generale, si può dire che non siano state evidenziate significative differenze tra le diverse forme associative nell'adesione alle raccomandazioni per la diagnosi e cura di diabete, cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco. Ec-

co perché, nella ricerca di modelli che possano portare cambiamenti positivi sull'evoluzione di patologie (diabete, scompenso cardiaco, ictus e Bpco) la Regione Toscana sta puntando sulla Sanità d'iniziativa.

I moduli sono integrati funzionalmente da fisioterapisti, dietisti e dal supporto e la consulenza dei medici specialisti e i percorsi diagnostico-terapeutici sono concordati tra i professionisti sanitari coinvolti, definendo ruoli, compiti e responsabilità di ciascuno all'interno del percorso assistenziale. L'Asl garantisce l'organizzazione dei servizi per la presa in carico nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) e la verifica dell'andamento del progetto di modulo attraverso la

funzione dei medici di comunità.

Durante il convegno, è stato dato spazio ad approfondimenti descrittivi sulle diverse patologie croniche effettuati grazie all'utilizzo della banca dati MaCro. Per quanto riguarda lo studio di impatto della Sanità d'iniziativa, sono stati mostrati i primi risultati per la prima delle patologie prese in considerazione dal nuovo modello di gestione delle cronicità: il diabete. Nei pazienti con diabete arruolati dai Mmg aderenti al Ccm, confrontati coi pazienti con diabete arruolati dai Mmg non aderenti al Ccm, la qualità delle cure in termini di indicatori di processo sembra migliorare al contrario dei tassi delle visite specialistiche che sembrano diminuire. Non cambia la

percentuale di pazienti in trattamento con specifici farmaci. I tassi delle visite oculistiche e della diagnostica di laboratorio specifica sembrano aumentare. Tutto questo suggerisce una migliore gestione a livello di cure primarie della patologia cronica e una maggiore aderenza alle linee guida nazionali e internazionali per la diagnosi e cura del diabete.

È stato confermato che anche in Toscana chi ha meno risorse segue stili di vita meno salubri, è a maggior rischio di malattie croniche e segue processi di cura meno appropriati, ma che l'implementazione di programmi di "disease management" ha prodotto miglioramenti nei processi di cura dei pazienti diabetici con

riduzione delle disuguaglianze per condizione socio-economica. È pur vero che soltanto un modello "person-focused" può portare un reale vantaggio nella qualità della cura delle malattie croniche nelle persone svantaggiate, ma il progetto toscano, seppur al momento "disease-oriented", migliorando i processi di cura, riducendo le differenze per condizione socio-economica e rafforzando la centralità delle cure primarie, si avvia verso un sistema sanitario più equo e attento alla gestione delle patologie croniche.

Valentina Barletta
Paolo Francesconi
Agenzia regionale di Sanità toscana
Lorenzo Roti
Responsabile Settore servizi alla persona sul territorio

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

convincere i colleghi che ancora si ostinano a lavorare nella loro vecchia condotta, dividendosi tra ambulatori dispersi nelle campagne, incrociandosi con gli altri professionisti o cercando di rispondere in modo globale alla domanda di salute crescente?

Siamo certi che le Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) siano un oggetto interessante per i medici di famiglia delle città, che cercano di porre un freno alle richieste di prestazioni dei cittadini più o meno informati, circondati da un'offerta specialistica di ogni tipo e che ogni giorno faticano per riconquistare una fiducia mai data per scontata?

Il valore della proposta è innegabile e altrettanto ineludibile la scelta. Ma quanti saranno i pro-

fessionisti realmente coinvolti e convinti? Quanti capiranno fino in fondo l'importanza di lasciare i propri ambulatori e condividere spazi comuni? Per quanti di loro le innovazioni informatiche saranno uno strumento di lavoro e non l'ennesima complicazione della burocrazia?

Mai come stavolta il cambiamento deve essere diffuso, non limitato ai più illuminati.

Stavolta non sarà possibile accontentarsi di laboratori innovativi, mentre il sistema resta impermeabile al cambiamento: sarebbe l'inizio della fine della medicina generale. Ma nello stesso tempo queste comunità di buone pratiche aperte all'integrazione, attente all'appropriatezza, pronte a valutarsi, non dovranno mai perde-

re quella peculiarità che rende le cure primarie toscane capaci di affrontare con successo i problemi di invecchiamento, cronicità, disagio crescente: la fiducia.

Un'intesa che va al di là di farmaci e accertamenti, che permette di costruire un'alleanza forte in ogni fase della vita: quel valore aggiunto che ancora accompagna i veri medici di famiglia che aprono l'ambulatorio ogni mattina, che non vogliono essere superati da un modello, ma diventarne parte viva e integrante. Ce ne sono tanti in terra toscana, troviamoli e ripartiamo da lì: da loro nascerà un'altra era del sistema. Forse.

* Direttore sanitario
Asl 5 di Pisa

La sfida della medicina... (segue dalla prima pagina)

ne della malattia.

Il medico di famiglia evolve verso il gestore della polipatologia con un nuovo ruolo attribuito alla "guardia medica" che andrà a soddisfare la continuità assistenziale anche nelle cure intermedie, nella domiciliarità, cioè là dove sempre più si concentra la necessità di legare la cura breve in ospedale con l'assistenza prossimale.

Le Aggregazioni funzionali, come logica evoluzione dei moduli, risponderanno a una migliore e completa organizzazione dei medici di famiglia. Al pari le Case della salute, che hanno visto un investimento triennale di oltre 20 milioni, o altri possibili sedi funzionali all'assistenza, rappresentano un punto di riferimento per i cittadini dove i medici di famiglia possono svolgere anche attività

specialistiche o utilizzare le competenze degli specialisti che dall'ospedale vanno sul territorio.

Altro elemento importante dell'accordo è rappresentato dall'ingresso in maniera strutturata dell'uso da parte dei medici di famiglia delle tecnologie informatiche e dell'Health care. Il patient summary, la prescrizione elettronica, la implementazione degli archivi clinici per la gestione sanitaria dei propri pazienti, la telemedicina.

In tal senso il sistema sanitario toscano traccia un percorso complesso ma affascinante che investe sulla Sanità odierna ma ancor più sui suoi giovani professionisti.

* Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale della Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Dal 2007 è cresciuta la produttività del laboratorio unico dell'Asl 5

Pisa «raddoppia» gli esami



Più efficienza e risparmi con i controlli e la revisione dei processi

Il modello organizzativo adottato in laboratorio dell'Area funzionale di laboratorio dell'Asl 5 di Pisa, recependo le Linee guida della Regione Toscana, ha raggiunto evidenti obiettivi di efficienza raddoppiando la produttività con un minor numero di risorse di personale. Il confronto con il 2007, quando è iniziata la fase d'implementazione del progetto, ha messo in evidenza un calo di due unità di tecnici di laboratorio e di quattro dirigenti.

Oltre all'appoggio totale della direzione aziendale, sono stati diversi i punti di forza del progetto. Si è partiti dalla condivisione degli obiettivi con tutti gli attori coinvolti, il passo successivo è stata la costituzione del «team», che ha permesso un monitoraggio sistematico di tutte le attività (diagnostiche, territoriali, logistica ecc.) in un'ottica di miglioramento continuo della qualità del servizio offerto all'utente, attuata a «piccoli passi», senza trascurare la costante analisi/revisione del processo in ottica «lean» per aumentarne l'efficacia (miglioramento del «TaT» - tempo che intercorre dall'arrivo del campione in laboratorio alla consegna del referto -, gestione pazienti in terapia anticoagulante, oncologici ecc.) e l'efficienza con ottimizzazioni organizzative e logistiche. Grazie all'ottimizzazione dei flussi con l'impiego della metodologia lean, l'arrivo dei campioni è in sincronia con l'attività analitica e ha permesso di ottenere «TaT» molto buoni per i campioni di routine. La continua revisione dei processi ha permesso la reingegnerizzazione delle risorse tecnologiche e la revisione dei carichi di lavoro all'interno della rete dei laboratori.

«Il progetto è stato implementato da un gruppo di lavoro multidisciplinare - spiega Fabio Bonini, direttore dell'area funzionale di laboratorio dell'Asl 5 - che ha coinvolto sia strutture ospedaliere sia territoriali. Il costante monitoraggio degli indicatori di attività e i

Così il Dipartimento snellisce la gestione della prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione dell'Asl 5 istituisce una struttura ad hoc con l'obiettivo specifico di ottenere un utilizzo ottimale delle risorse amministrative, per omogeneizzare i processi di lavoro nelle tre zone e razionalizzare l'impiego delle risorse umane, tecnologiche, organizzative attraverso una gestione dei processi amministrativi secondo criteri di economicità, efficacia, imparzialità, pubblicità e trasparenza. Il progetto si pone inoltre l'obiettivo di ottenere un continuo miglioramento dei servizi resi all'utenza pur abbattendo i costi e gli sprechi. Proprio in quest'ottica sono stati ampliati i servizi erogati dallo Sportello unico della prevenzione di Pisa (dove è ora possibile, a esempio, richiedere anche l'attivazione della propria tessera sanitaria) e ne sono stati aperti altri due distribuiti nel territorio di competenza dell'Asl 5 con l'obiettivo di offrire al pubblico un unico ufficio dove richiedere servizi e ricevere orientamento e informazioni chiare e precise per ogni settore di interesse del Dipartimento di prevenzione.

La riorganizzazione dei percorsi, oltre a semplificare l'accesso ai servizi da parte dell'utenza, sta procedendo a uno snellimento delle procedure e di conseguenza vede un migliore e più razionale impiego del personale amministrativo che all'interno del Dipartimento di prevenzione è composto da 30 persone, dislocate su tutto il territorio di competenza aziendale (3 zone: Pisana, Valdera e Alta Val di Cecina) e in ogni settore: veterinaria, igiene e salute pubblica, prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro e medicina legale. Per fare questo è stato costituito un gruppo di 3 amministrativi, reperiti all'interno dei 30 del Dipartimento di prevenzione, che ha adottato un metodo di lavoro che ha visto il coinvolgimento attivo dell'operatore oggetto dell'analisi.

Tre sono le fasi di reingegnerizzazione del processo: diagnosi, omogeneizzazione e riprogettazione. La fase di diagnosi ha evidenziato i punti in cui si concentrano le principali criticità e in cosa esse consistono, ed è stata fondamentale per mettere in atto misure capaci di definire obiettivi concreti di cambiamento, osservabili, quantificabili e quindi verificabili. La seconda fase, di omogeneizzazione dei processi di lavoro nelle tre zone, ha riguardato l'individuazione di percorsi snelli e funzionali da adottare in modo uniforme in tutti i settori di attività. La terza fase di riprogettazione vera e propria ha ridisegnato il flusso del processo di lavoro attraverso l'eliminazione delle attività ridondanti, inappropriate o inefficaci, la razionalizzazione delle attività necessarie, rimuovendo i «colli di bottiglia» e rivedendo l'organizzazione delle attività che generano ritardi. Inoltre, è stato ridotto drasticamente l'utilizzo di documenti cartacei, sono stati rivisti i software in dotazione alle strutture per verificare la possibilità di un utilizzo ottimale delle potenzialità dei programmi e sono state snellite e riorganizzate le procedure di emissione dei documenti contabili.

Infine, è stato attuato lo snellimento dell'organizzazione, anche con la creazione di gruppi di lavoro interfunzionali composti da unità di personale con competenze trasversali che abbracciano più settori e in grado quindi di ricoprire anche ruoli differenti in base alle necessità. Insomma una vera e propria rivoluzione del modo di lavorare a favore di un migliore orientamento dell'utenza nell'accesso ai servizi offerti dal Dipartimento, più flessibilità e integrazione del personale amministrativo, maggiore efficienza gestionale del dirigente responsabile e infine la riduzione significativa del numero degli amministrativi.

alta specializzazione tecnologica non è vincente, bensì quello di diffondere una formazione di base a tutte le figure professionali impegnate nei due macrosettori che permettesse di svolgere le normali procedure di routine. Restano, tuttavia, essenziali gli «specialisti delle tecnologie» per risolvere problematiche che vanno oltre la formazione di base.

I risultati sono stati evidenti. Innanzitutto il raddoppio dell'attività (oltre 4 milioni di esami/anno) e l'esecuzione dello screening del cervicocarcinoma con iso-risorse di personale tecnico-sanitario di laboratorio biomedico (Tslb) e assunzione di un dirigente; poi il recupero della professionalità del Tslb che, grazie alla filosofia insita nell'automazione, non è più impegnato in attività marginali (stappatura provette, centrifugazione ecc.) ma si dedica alla gestione strumentale come calibrazione, controlli. Inoltre, lo spostamento di alcune attività a Volterra, oltre che a valorizzare la professionalità del personale e a equilibrare i carichi di lavoro di chi opera a Pontedera, ha risposto ai requisiti della «Rete dei laboratori» il cui razionale è la creazione di una massa critica, unita a flessibilità. Dal punto di vista economico la razionalizzazione delle risorse tecnologiche e il consolidamento delle attività analitiche ha ridotto il costo esame da € 1,15 del 2008 a € 0,76 del 2011 e la «rete» ha permesso la riacquisizione di attività, inviate in precedenza ad altre aziende, con un recupero di circa 200mila euro (proiezione 2012). Un valore aggiunto dell'intero progetto è la trasformazione dello stesso in «progetto di area funzionale» in cui anche il personale del Centro trasfusionale (Ct) verrà coinvolto per implementare ulteriori ottimizzazioni organizzative in modo da raggiungere obiettivi di efficienza.

pagina a cura di Daniela Gianelli Ufficio stampa Asl 5 Pisa

feed-back delle riunioni organizzative con il personale dei macrosettori del laboratorio, i responsabili dei presidi ospedalieri, gli informatici, hanno permesso l'individuazione delle criticità». «Inoltre - aggiunge Bonini -, le esigenze aziendali di introdurre nuove attività (pap-test, quantiferon) e di diminuire l'impegno di risorse economiche conseguenti all'invio di attività diagnostiche ad altre aziende, che rispondono non in un'ottica di sistema ma di mercato, ha imposto una revisio-

ne del modello per individuare azioni di miglioramento». «Ancora, - continua Bonini - la modernizzazione e l'implementazione della tecnologia in uso in laboratorio, elemento trainante per il raggiungimento dell'obiettivo d'efficienza, ha impegnato il personale in un processo formativo che ha portato alla creazione di un numero limitato di professionisti altamente specializzati e ha permesso di portare a regime il modello organizzativo, aspetto, questo, fortemente positivo per la

partenza e la messa a regime ma fortemente negativo per la sostenibilità del modello». «In una fase successiva - conclude il direttore dell'area funzionale di laboratorio - per arrivare al consolidamento dell'organizzazione è stato necessario aumentare la formazione delle varie figure professionali per un loro impiego più razionale e versatile (interscambiabilità)». L'obiettivo della formazione non è stato la creazione di «tuttologi», che in un contesto di alta produttività e di

IL RUOLO DELL'UNITÀ OPERATIVA RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Riabilitazione sul territorio: accesso alla rete a colpi di appropriatezza

La rete riabilitativa pisana imbocca nuove strade e mette in atto una piccola rivoluzione per garantire appropriatezza, riferimenti omogenei ed efficienza, senza dimenticare un'azione di promozione di buone pratiche, anche rispetto al privato e al convenzionato. Nel 2011 l'Unità operativa recupero e rieducazione funzionale (Uo Rrf) dell'Asl 5 di Pisa si è impegnata per creare e governare la rete riabilitativa territoriale dando vita a nuovi percorsi nei diversi settori di competenza. Mentre risulta ben rappresentata la fase ospedaliera del percorso riabilitativo (reparti cod. 75, cod. 28, cod. 56) della quale sono stabiliti caratteristiche e criteri di accesso, la fase extra-ospedaliera risulta assai meno determinata, talvolta con sovrapposizioni e frammentazioni di servizi, senza che sia garantito un coerente utilizzo delle diverse tipologie di «setting» nel rispetto dei bisogni dell'utenza e delle risorse del territorio.

Per questo motivo l'accesso alla rete è stato gestito attraverso una continua verifi-

ca dei bisogni dell'utenza, mediante contatto sia coi familiari sia con i medici di famiglia: in questo modo sono state intercettate le richieste di visita a domicilio realmente necessarie, con una riduzione dell'utilizzo delle risorse del 90% rispetto all'anno precedente e una previsione di risparmio di 24mila euro. Anche l'attività ambulatoriale di riabilitazione, erogata in prevalenza da strutture private convenzionate, è stata inserita nella rete riabilitativa territoriale, demandando agli operatori della Uo Rrf la fase di valutazione delle richieste dell'utenza rispetto ad appropriatezza, efficacia ed equità delle prestazioni, con una previsione di contenimento della spesa pari a 120mila euro, ossia del 20 per cento.

Le attività più complesse di riabilitazione (ex art. 26) sono considerate da tempo come un nodo fondamentale della Rete, specialmente in relazione alla possibilità di residenzialità degli utenti. Tuttavia, anche il governo di queste risorse attraverso la condivisione dei criteri di accesso da parte

della Uo Rrf e delle stesse strutture ha permesso un contenimento della spesa di circa il 15% rispetto al 2010 con una previsione di risparmio di 180mila euro. La definizione della rete riabilitativa territoriale consentirà nel complesso un contenimento del consumo del budget disponibile, che si aggira intorno ai 2 milioni di euro, di circa il 16 per cento.

Oltre a questi risultati, nel complesso positivi, la riabilitazione della Asl 5 sta progettando una nuova procedura per l'erogazione dell'assistenza protesica, volta a razionalizzare un settore, quello di ausili, protesi e ortesi, in cui è necessaria una mediazione fra i bisogni dell'utenza e la necessità di contenimento della spesa, attraverso un percorso virtuoso in cui la reale presa in carico del paziente permetta la scelta ponderata dell'ausilio necessario. Tutto questo è stato possibile grazie al forte impegno profuso dalla Uo Rrf e dalle tre Società della salute presenti sul territorio pisano nella diffusione capillare - così co-

me auspicato dalla Regione Toscana - dell'attività fisica adattata quale approccio preventivo alla disabilità, promozione di un corretto stile di vita e mantenimento delle capacità residue stabilizzate: in Provincia di Pisa un ultrasessantacinquenne su cinque partecipa a un corso-Afa.

Accanto a ciò tutti gli operatori della Uo Rrf, struttura aziendale trasversale con specifiche competenze tecnico-scientifiche e gestionali, si sono adoperati per esercitare una forte azione a garanzia dell'appropriato utilizzo delle risorse, attraverso una coerente stratificazione del bisogno, una valutazione del setting appropriato e una gestione del passaggio dell'utente da un nodo a un altro della rete riabilitativa territoriale. Si consideri che la riabilitazione è una delle discipline sanitarie maggiormente coinvolte nella promozione della continuità ospedale-territorio, attraverso la presa in carico del paziente finalizzata al recupero del maggior grado di autonomia e al reinserimento nello specifico contesto di vita.

DOCUMENTI Ecco il testo dell'intesa tra Regione e Fimmg per la riorganizzazione dell'assistenza sul territorio



Cure primarie, patto coi generalisti

Focus su appropriatezza, realizzazione di Aft e Uccp e snellimento degli iter assistenziali

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito l'Atto di intesa tra assessore alla Salute della Toscana e Fimmg regionale, per la rimodulazione delle cure primarie sul territorio.

Atto di intesa fra Assessore alla Salute Regione Toscana e Fimmg Toscana

L'intesa con la Medicina generale (Mg) si sviluppa all'interno del quadro prospettato dal Pssir.

La definizione di un accordo in questa fase rappresenta una intesa alta, strategica e comprende la definizione di una serie di azioni/step di progressiva attuazione rispetto ai temi che si riconoscono fin da subito prioritari per lo sviluppo del sistema delle cure primarie in Regione Toscana.

Regione Toscana e Mg riconoscono e condividono la necessità di rispondere all'attuale fase di compressione e riduzione delle risorse del sistema socio-sanitario condividendo obiettivi e mettendo in atto le azioni, anche innovative, che, utilizzando al meglio le risorse esistenti, consentano di rispondere in modo etico e universalistico alla domanda di salute presente ed emergente, secondo i criteri di equità, responsabilità deontologica e compatibilità economica.

Gli elementi strutturali e di sistema che definiscono il contesto nel quale orientare le azioni future sia in termini di vincoli che di opportunità:

1. la riduzione del livello di finanziamento del Ssr;
2. la scarsità di risorse per investimenti a fronte del venir meno del meccanismo di finanziamento statale ex art. 20; è indubbio però che la sostenibilità del Ssn e toscano

è legata allo spostamento di gestione di alcune patologie dall'ospedale al territorio con l'intento di definire ulteriormente la mission dell'ospedale alla gestione dell'acuzie;

3. la forte riduzione nei prossimi 10 anni dei Mmg per il pensionamento di un numero significativo di questi professionisti;

4. l'invecchiamento della popolazione e l'aumento quindi del fenomeno della fragilità e cronicità;

5. la tecnologia informativa e telematica per la gestione della continuità delle cure (patient summary, registri di patologia per richiamo attivo, telemedicina/teleassistenza), la valutazione delle performance (indicatori di processo ed esito per i principali processi di cura), la semplificazione di procedure per i cittadini e per i professionisti (es. certificazione telematica per malattia, prescrizione elettronica);

6. la contrazione della durata delle degenze ospedaliere e la conseguente creazione di forme di assistenza intermedia (residenziali o domiciliari);

7. il recupero a una funzionalità maggiormente integrata nel sistema delle cure la figura e il ruolo del medico di conti-

nuità assistenziale;

8. il lavoro in team multidisciplinare come forma organizzativa di base del servizio sanitario per le cure primarie (es. le aggregazioni funzionali territoriali - Aft - o le Unità complesse di cure primarie - Uccp) partendo dalla valorizzazione della esperienza in corso con i moduli della Sanità di iniziativa;

9. l'estensione del modello della Sanità d'iniziativa, rivisto alla luce del primo anno di sperimentazione rappresentata dalla formulazione organizzativa interprofessionale di riferimento per lo sviluppo e l'evoluzione delle cure primarie;

10. il riconoscimento del cittadino/paziente come parte attiva e informata non soltanto nella scelta delle cure ma anche nella promozione e gestione della salute individuale;

11. la valorizzazione e l'articolazione della parte variabile della remunerazione su obiettivi condivisi, professionali e di sistema.

In questo scenario la sostenibilità del sistema complessivo e la possibilità di mantenere un forte orientamento assistenziale verso il paziente in un momento di forti cambiamenti organizzativi non può prescindere dalla capacità di coinvolgere con un ruolo centrale la Mg.

Sulla Mg poggia infatti un nuovo modello di assistenza, che mira a riportare a livello territoriale la gestione della salute del cittadino, e in particolare quella della cronicità, attraverso investimenti destinati a garantire le risorse e gli strumenti indispensabili.

In particolare è necessario condividere una nuova filosofia dell'associazionismo della medicina generale, funzionale a uno sviluppo programmatico della riorganizzazione;

- l'associazionismo tradizionale, legato agli inquadramenti contrattuali oggi in divenire, deve confluire progressivamente nelle nuove forme associative, costituendone lo scheletro, in linea con quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale (Acn);

- mettere a sistema lo sviluppo progressivo di una diversa organizzazione che passa attraverso la riorganizzazione funzionale della Mg orientata all'obiettivo del ruolo unico con operatori a tempo pieno a doppio inquadramento: a ciclo di fiducia e a rapporto orario.

Gli strumenti da utilizzare per la costruzione di un siste-

ma di cure primarie più forte e centrato sulla professionalità e le crescenti responsabilità organizzative della medicina generale, che saranno i punti cardine da sviluppare congiuntamente, sono:

- la realizzazione delle Aft quale modello di raccordo funzionale della Medicina generale che evolve anche a partire dai moduli della Sanità d'iniziativa e afferma un modello diverso di presa in carico professionale territoriale. L'Aft è lo strumento con cui si realizza il governo clinico della medicina generale, attraverso la condivisione di principi di comportamento e obiettivi, responsabilizzando professionalmente la Mg e semplificando le modalità di raccordo con le strutture aziendali valorizzando la figura del coordinatore delegato dei moduli/Aft;

● l'evoluzione delle cure primarie anche attraverso un sistema di valutazione delle performance focalizzato principalmente su: 1. appropriatezza terapeutica e prescrittiva; 2. appropriatezza nel ricorso alla specialistica, clinica e diagnostica anche attraverso la valorizzazione delle professionalità intrinseche alla medicina generale; 3. obiettivi di pre-

venzione primaria e secondaria (inclusa attività fisica adattata); 4. valorizzazione degli obiettivi di salute;

● diffondere e sviluppare i presidi integrati di assistenza territoriale quali luoghi di aggregazione delle componenti professionali dove si attua l'evoluzione organizzativa strutturale dell'associazionismo della medicina generale e della medicina convenzionata e dove si strutturano le collaborazioni e le integrazioni dei servizi e delle professioni del Ssr. I presidi integrati di assistenza territoriale possono realizzarsi nelle Case della salute o in strutture disponibili sul territorio anche laddove messe a disposizione e gestite da società di servizio, quali cooperative dei medici di medicina generale. Attraverso le Uccp si avvierà, in linea con Acn, la riallocazione e rifunzionalizzazione degli incentivi e delle indennità già prevista nell'art 26-ter Acn;

● creare un modello toscano di cure intermedie capaci di organizzare anche il territorio per risposte a intensità di cure, residenziali o domiciliari, sostenendo così una migliore

● condividere i percorsi di crescita del ruolo professionale, organizzativo e manageriale della medicina generale subordinandola alla definizione di percorsi formativi rinnovati, che rendano più snello il processo formativo e lo focalizzino su argomenti strategici. Il rinnovamento prevede anche la realizzazione all'interno del Formas di un'area di attività che valorizzi tutti i segmenti formativi: formazione specifica in medicina generale, programmi Ecm di formazione continua, alta formazione, avvalendosi degli specifici apporti della Medicina generale attraverso la costituzione di un organismo congiunto di indirizzo e programmazione;

● superare le forme di associazione semplice attraverso il loro progressivo inserimento nelle Aft e Uccp;

(continua a pagina 5)

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Chirurgia robotica, in arrivo le linee di indirizzo per i centri regionali

Pubblichiamo la delibera n. 957 del 7/1/2011, sul "Modello organizzativo del polo di chirurgia robotica (assistita da computer) della Regione Toscana".

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che il Psr 2008-2010 indica che a garanzia dell'appropriatezza e della sostenibilità del sistema è necessario organizzare processi anche centralizzati di valutazione sistemica delle innovazioni;

Ricordato che nello stesso Psr 2008-2010, in raccordo con il Psn 2006-2008, è indicato il processo di Health technology assessment (Hta) come quello più idoneo a creare il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori operanti a vari livelli del sistema sanitario;

Dato atto che il Piano integrato sociale regionale resta in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 104 della Lr 29 dicembre 2010 n. 65, fino al 31 dicembre 2011;

Considerato che con la Dgr n. 318 del 28/04/2008 "Chirurgia mini invasiva "robot-assisted": indirizzi alle aziende ospedaliere universitarie e determinazioni" si impegnano le aziende ospedaliere-universitarie di Careggi, Pisa e Siena a organizzare adeguate competenze professionali e a dotarsi di tecnologie necessarie al fine di programmare, ove non presente, attività di chirurgia mini-invasiva robot-assisted.

Tenuto conto della Dgr n. 272 dell'8/03/2010 "Progetto Chirurgia robotica: utilizzazione multidisciplinare e di Area vasta del sistema Robotico da Vinci Si. Approvazione e attribuzione della denominazione "Centro di chirurgia robotica per l'Area vasta Nord-Ovest" alla azienda ospedaliere-universitaria Pisana. Autorizzazione alla contrazione di mutuo ventennale";

Ricordato che il Psr 2008-2010 indica che a garanzia dell'appropriatezza e della sostenibilità del sistema è necessario organizzare processi anche centralizzati di valutazione sistemica delle innovazioni;

lati oltre 1.571 da Vinci@System, di cui 53 in Italia, e che in Toscana sono presenti 8 Sistemi da Vinci: due presso l'azienda Usl di Grosseto, due presso l'azienda ospedaliere-universitaria di Pisa, due a Firenze (Aou Careggi e Villa Ragionieri), uno presso l'azienda ospedaliere-universitaria di Siena e uno presso l'azienda Usl di Arezzo;

Tenuto conto della necessità di coordinare e monitorare le iniziative inerenti alla chirurgia robotica, anche al fine di una validazione scientifica dell'attività sia attraverso studi di Hta che di studi prospettici randomizzati nelle varie discipline;

Valutata la necessità di promuovere il coordinamento tra i diversi centri secondo il concetto di rete regionale; A voti unanimi

Considerato che attualmente nel panorama internazionale sono instal-

lati oltre 1.571 da Vinci@System, di cui 53 in Italia, e che in Toscana sono presenti 8 Sistemi da Vinci: due presso l'azienda Usl di Grosseto, due presso l'azienda ospedaliere-universitaria di Pisa, due a Firenze (Aou Careggi e Villa Ragionieri), uno presso l'azienda ospedaliere-universitaria di Siena e uno presso l'azienda Usl di Arezzo;

Tenuto conto della necessità di coordinare e monitorare le iniziative inerenti alla chirurgia robotica, anche al fine di una validazione scientifica dell'attività sia attraverso studi di Hta che di studi prospettici randomizzati nelle varie discipline;

Considerato che attualmente nel panorama internazionale sono instal-

In via di istituzione un Gruppo di coordinamento

DELIBERA

1. di stabilire l'istituzione di un gruppo di coordinamento regionale per la chirurgia robotica, che opererà presso la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, che si avvale di un comitato tecnico-scientifico, formato da rappresentanti delle aziende sanitarie in cui è presente il Sistema da Vinci;

2. di attribuire al gruppo di coordinamento regionale per la chirurgia

RISULTATI D'ESERCIZIO 2010

Gestione contabile e finanziaria, approvati i bilanci delle aziende sanitarie e ospedaliere

"Bollino" da una società di revisione iscritta alla Consob - Pareggio confermato senza ticket e imposte in più

Pubblichiamo di seguito la delibera n. 909 del 24/10/2011, con cui la Giunta della Regione Toscana ha approvato i bilanci d'esercizio 2010 delle aziende sanitarie. Nello schema in pagina, il dettaglio azienda per azienda grazie al quale la Regione è risultata adempiente al Tavolo di verifica e degli adempimenti ministeriali per quanto riguarda i risultati al IV trimestre 2010 e per la parte economica ai precedenti Tavoli di verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 a oggi definiti, e presenta un risultato di gestione positivo cumulato ante 2010 pari a 11 milioni circa.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40;

Nella funzione di cui all'articolo 10, comma 3, lettera b) della sopracitata legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40;

Viste le deliberazioni dei direttori generali delle aziende sanitarie toscane aventi a oggetto l'adozione dei bilanci di esercizio al 31 dicembre 2010 delle rispettive aziende;

Considerato che i bilanci di esercizio 2010 delle aziende sanitarie toscane risultano costituiti da stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa e sono correlati dalla relazione del direttore generale;

Verificato che i bilanci di esercizio 2010 delle aziende sanitarie toscane sono stati redatti in modo sostanzialmente conforme allo schema di bilancio approvato dalla Giunta regionale con Delibera n. 1171/2003;

Viste le relazioni dei Collegi sindacali ai bilanci di cui sopra;

Preso atto che la Regione Toscana:

- è risultata adempiente al Tavolo di verifica e degli adempimenti ministeriali per quanto riguarda i risultati al IV trimestre 2010;

- è risultata altresì adempiente per la parte economica ai precedenti Tavoli di verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 a oggi definiti, e presenta un risultato di gestione positivo cumulato ante 2010 pari a € 11 milioni circa;

Preso altresì atto che:

- nel computo del risultato posto alla valutazione del Tavolo di verifica degli adempimenti ministeriali non vengono considerati determinati costi e ricavi legati alla gestione patrimoniale e in particolare i costi derivanti dagli ammortamenti degli investimenti;
- dall'anno 2005 sono stati introdotti i principi contabili regionali e che pertanto i bilanci, redatti in osservanza di tali principi, consentono una maggiore confrontabilità e sono propedeutici alla certificabilità dei bilanci aziendali da parte di apposite società abilitate;
- Tenuto conto che anche nei bilanci 2010, in ossequio ai principi contabili, i costi relativi agli ammortamenti degli investimenti sono stati calcolati in modo pieno e che tali costi hanno determinato in alcune aziende perdite di natura non monetaria;
- Considerato che nel corso dell'anno 2010, a seguito del Dl 78/2010, l'ammontare del Fondo sanitario è stato rideterminato e complessivamente ridotto di circa € 35 milioni rispetto a quanto previsto, anche considerando i minori costi per farmaceutica e personale dipendente che tale decreto prefigurava, e che anche per l'esercizio 2010, la Regione Toscana non ha dovuto ricorrere all'applicazione di maggiori imposte e di ticket aggiuntivi;
- Tenuto conto altresì che il risultato civilistico complessivo è stato determinato in buona misura da alcune situazioni aziendali di natura straordinaria, quali:
 - per quanto concerne l'Ausl 1 di Massa Carrara, da maggiori costi di esercizio e oneri straordinari emersi nel corso della gestione commissariale, per complessivi circa € 75 Milioni, coperti per € 48 milioni da un assegnazione straordinaria di risorse del bilancio regionale extra fondo sanitario, a seguito della Dgr n. 1167/2010. A seguito di tali risultanze, come riportato nella Dgr n. 860/2011 relativa all'approvazione del bilancio preventivo 2011 e pluriennale 2011-2013, l'Ausl 1 di Massa Carrara ha adottato uno specifico piano di rientro, che dovrebbe consentire il ritorno al pareggio di bilancio senza risorse aggiuntive per l'anno 2013;
 - per quanto concerne l'Ausl 3 di Pistoia, facendo seguito alle osservazioni del Collegio sindacale relativamente al bilancio di esercizio 2009, e in preparazione del processo di revisione contabile, relativamente a maggiori oneri per ammortamenti e per svalutazioni, in parte compensati da sopravvenienze attive per sterilizzazioni non contabilizzate, anche con riferimento a esercizi precedenti

determinati costi e ricavi legati alla gestione patrimoniale e in particolare i costi derivanti dagli ammortamenti degli investimenti;

- dall'anno 2005 sono stati introdotti i principi contabili regionali e che pertanto i bilanci, redatti in osservanza di tali principi, consentono una maggiore confrontabilità e sono propedeutici alla certificabilità dei bilanci aziendali da parte di apposite società abilitate;

Tenuto conto che anche nei bilanci 2010, in ossequio ai principi contabili, i costi relativi agli ammortamenti degli investimenti sono stati calcolati in modo pieno e che tali costi hanno determinato in alcune aziende perdite di natura non monetaria;

Considerato che nel corso dell'anno 2010, a seguito del Dl 78/2010, l'ammontare del Fondo sanitario è stato rideterminato e complessivamente ridotto di circa € 35 milioni rispetto a quanto previsto, anche considerando i minori costi per farmaceutica e personale dipendente che tale decreto prefigurava, e che anche per l'esercizio 2010, la Regione Toscana non ha dovuto ricorrere all'applicazione di maggiori imposte e di ticket aggiuntivi;

Tenuto conto altresì che il risultato civilistico complessivo è stato determinato in buona misura da alcune situazioni aziendali di natura straordinaria, quali:

- per quanto concerne l'Ausl 1 di Massa Carrara, da maggiori costi di esercizio e oneri straordinari emersi nel corso della gestione commissariale, per complessivi circa € 75 Milioni, coperti per € 48 milioni da un assegnazione straordinaria di risorse del bilancio regionale extra fondo sanitario, a seguito della Dgr n. 1167/2010. A seguito di tali risultanze, come riportato nella Dgr n. 860/2011 relativa all'approvazione del bilancio preventivo 2011 e pluriennale 2011-2013, l'Ausl 1 di Massa Carrara ha adottato uno specifico piano di rientro, che dovrebbe consentire il ritorno al pareggio di bilancio senza risorse aggiuntive per l'anno 2013;

- per quanto concerne l'Ausl 3 di Pistoia, facendo seguito alle osservazioni del Collegio sindacale relativamente al bilancio di esercizio 2009, e in preparazione del processo di revisione contabile, relativamente a maggiori oneri per ammortamenti e per svalutazioni, in parte compensati da sopravvenienze attive per sterilizzazioni non contabilizzate, anche con riferimento a esercizi precedenti

ti, che hanno portato a un risultato di esercizio negativo per € 23.953.405, da considerarsi "una tantum" e con riflessi di natura monetaria di ridotta entità; tale revisione sulla rappresentazione del patrimonio, trova positivo riscontro nel giudizio espresso dalla società incaricata;

Ritenuto pertanto di dover procedere all'approvazione dei bilanci dell'esercizio 2010 delle Aziende sanitarie che mantiene la condizione di pareggio con un risultato di positività al tavolo degli adempimenti ministeriali;

Dato atto che il bilancio delle seguenti aziende è stato certificato positivamente da società di revisione contabile, scelta con procedura di evidenza pubblica tra quelle iscritte all'albo Consob, nell'ambito dell'implementazione del processo di certificazione adottato volontariamente dalla Regione Toscana già a partire dall'anno 2002, e la cui documentazione è agli atti del settore finanza, contabilità e controllo della Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale":

- Ausl 2 di Lucca;
- Ausl 4 di Prato;
- Ausl 7 di Siena;
- Ausl 8 di Arezzo;
- Ausl 10 di Firenze;
- Ausl 11 di Empoli;
- Ausl 12 di Viareggio;
- Aou Careggi;
- Aou Meyer.

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare i bilanci di esercizio al 31 dicembre 2010 delle aziende sanitarie, che vengono allegati al presente atto (Allegato 1: composto da diversi documenti, non è stato pubblicato in formato digitale e per la sua ampiezza non è stato possibile riportarlo in queste pagine);

2. di dare atto che le risultanze contabili delle sopra citate Aziende sanitarie dell'esercizio 2010 sono riportate nella sintesi dei conti economici (Allegato 2);

3. di dare atto che il risultato civilistico complessivo dell'esercizio 2010 delle aziende sanitarie espone un risultato in perdita per € 131.794.658, che mantiene la condizione di pareggio con un risultato di positività al Tavolo degli adempimenti presso il ministero dell'economia e Finanze;

4. di incaricare la Segreteria della Giunta regionale di dare comunicazione al Consiglio regionale dell'avvenuta approvazione degli atti di bilancio in oggetto ai sensi dell'articolo 10, comma 3, lettera b) della legge regionale 40/2005 e di trasmettere al Consiglio regionale gli atti di bilancio medesimi.

I conti economici (allegato 2*)

Sintesi dei Conti economici delle Aziende sanitarie della Toscana - Anno 2010

Azienda/Aggregato	Ausl 1 Ms	Ausl 2 Lu	Ausl 3 Pt	Ausl 4 Po	Ausl 5 Pi	Ausl 6 Li	Ausl 7 Si	Ausl 8 Ar
A - Totale valore della produzione	439.915.345	424.985.909	505.514.736	430.928.651	587.089.640	638.114.100	472.052.9516	634.516.866
B - Totale costi della produzione	450.687.971	417.371.674	529.777.359	429.227.825	580.102.722	630.829.087	470.164.863	628.241.285
Differenza tra valore e costi di produzione (A-B)	-10.772.626	7.614.235	-24.262.622	1.700.826	6.986.918	7.285.013	1.888.088	6.275.581
C - Totale proventi e oneri finanziari e straordinari	-7.175.621	1.742.292	10.953.867	2.003.776	-2.158.334	3.236.029	4.556.722	5.214.844
Risultato prima delle imposte (A-B+C)	-17.948.247	9.356.527	-13.308.756	3.704.602	4.828.584	10.521.042	6.444.809	11.490.425
D - Imposte e tasse	-10.265.157	-9.341.255	-10.644.649	-9.062.252	-7.942.216	-14.058.922	-8.407.617	-14.250.449
Utile/Perdita dell'esercizio	-28.213.404	15.272	-23.953.405	-5.357.650	-3.113.632	-3.537.880	-1.962.808	-2.760.024

* L'allegato 1 è composto da diversi documenti, non è stato pubblicato in formato digitale e per la sua ampiezza non è stato possibile riportarlo in queste pagine - Dati espressi in euro

Sanità Toscana

direttore responsabile ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale Roberto Turno
comitato scientifico Aldo Ancona Susanna Cressati Sabina Nuti Luca Zamboni

Versione Pdf dell'Allegato al n. 2 del 17-23/01/2012 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

EMPOLI

L'Asl 11 ha istituito nel Dsm un'unità dedicata alla «Salute in carcere»



Montelupo guarda oltre l'Opg

Al lavoro con la Regione per superare l'ospedale psichiatrico giudiziario

Nel territorio dell'Asl 11 sono presenti due istituti penitenziari, ambedue caratterizzati da una specificità: l'ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) di Montelupo Fiorentino e la casa circondariale femminile di Empoli. Il primo istituto, uno dei 6 presenti su tutto il territorio nazionale, ha il compito di ospitare le persone che commettono reati in una condizione di incapacità di intendere e volere ed è ritenuta socialmente pericolosa, soggetta pertanto all'applicazione di una misura di sicurezza prevista nel Codice penale. L'Opg è oggetto di uno specifico documento dove sono previsti interventi, articolati in più fasi, il cui obiettivo finale è il superamento dell'attuale struttura, fino alla definitiva chiusura. La casa circondariale di Empoli, fino al giugno 2009 istituito a custodia attenuata, ha riaperto l'attività nel mese di agosto 2010 per detenute donne.

La direzione aziendale, per l'erogazione dei servizi nei due istituti penitenziari, ha disposto con l'atto aziendale la costituzione di una struttura organizzativa complessa, denominata "Salute in carcere", inserita nel Dipartimento di Salute mentale. Tale unità operativa ha assorbito il personale già in servizio nelle due strutture penitenziarie, attuando le norme contenute nel

Dpcm e le deliberazioni organizzative, e di armonizzazione contrattuale, emanate dalla Regione Toscana.

L'attività dell'Uoc è particolarmente rivolta alla realizzazione del mandato di cura e di riabilitazione delle persone internate nell'Ospedale psichiatrico giudiziario. A tale riguardo, in continuità con le procedure operative già avviate prima del trasferimento delle funzioni, e del personale, al Servizio sanitario nazionale, si è ulteriormente potenziata la capacità di intervento e di collegamento con i Servizi psichiatrici del territorio di provenienza delle persone internate, azione finalizzata a individuare, e realizzare, i percorsi di cura attivati nella struttura, e nel territorio circostante, a favore delle persone internate e garantire la continuità terapeutica attraverso la

presa in carico da parte dei servizi del territorio di residenza al momento della dimissione.

Come ha sottolineato Franco Scarpa, direttore dell'Uoc Salute in carcere, per facilitare l'inserimento della nuova struttura organizzativa nel complesso aziendale, fin dal primo momento, si è costituito un gruppo di lavoro interno all'azienda per cui i bisogni, le necessità di adeguamento e di intervento presenti nelle due strutture penitenziarie sono state esaminate congiunta-

mente dai Dipartimenti e servizi interessati (Igiene pubblica, Tecnologie, Farmacotossicodipendenze, Farmaceutica, Formazione e altre) e sono stati previsti interventi mirati. Il personale della Uoc è stato dotato di strumenti informatici e, fin dove è stato reso possibile dall'amministrazione penitenziaria, di collegamento diretto alla rete intranet aziendale per poter fruire delle medesime forme di accesso ai servizi e alle estensioni applicative in uso.

Particolare attenzione è stata data all'inserimento nei percorsi formativi aziendali già vigenti. Un'attività fondamentale è stata condotta dall'Uo di Igiene pubblica e territoriale attraverso periodiche ispezioni della struttura sia degli ambienti destinati alla degenza delle persone sia dei servizi logistici e delle funzioni alberghiere della struttura (cucina, pulizie, ricambio e manutenzione degli ambienti), funzioni comunque restano in carico all'amministrazione penitenziaria.

La stretta collaborazione tra la struttura Uoc e l'assessorato alla Salute della Regione Toscana, dove è stato previsto uno specifico tavolo per il superamento dell'Opg, ha consentito di intraprendere importanti azioni, in coerenza con quanto prevede il Dpcm, per il superamento dell'Opg attraverso:

- la definizione dei percorsi di collaborazione e di condivisione di progetti terapeutici individuali per i pazienti internati con tutti i Dsm della Regione

Toscana per facilitarne la dimissione. In specifico sono ancora in corso di completamento due progetti per dimissioni mirate e condivise con i Dsm regionali, il Progetto "Oltre le Mura", che ha consentito la dimissione di 16 pazienti su 20 selezionati, e un altro progetto, sostenuto direttamente dalla Regione, finalizzato alla dimissione di ulteriori altri 23 pazienti;

- il sostegno per la riattivazione del progetto "Casa del Drago" che consente la realizzazione di percorsi di cura e di riabilitazione psichiatrica per le persone internate sia tramite laboratori attivati nella struttura stessa sia nel centro esterno alla struttura allestito nel territorio di Montelupo Fiorentino;

- la definizione di azioni concordate con le Regioni Liguria, Sardegna, Umbria, nell'ambito del tavolo di coordinamento del bacino di Regioni collegate all'Opg in Toscana, il cui esito finale dovrà condurre alla realizzazione della Fase III prevista nel Dpcm, ossia la presa in carico regionale dei pazienti internati negli Opg e sottoposti a misure di sicurezza.

Allo stato attuale, a partire dal 2009, sono state dimesse ben 84 persone che risultano negli ultimi tre anni transitate e dimesse dall'Opg di Montelupo per essere affidate ai servizi inte-

ressati nella Regione. Grazie anche alla contrazione degli ingressi negli ultimi tre anni, il numero di presenze nell'Opg di Montelupo di persone residenti in Toscana si è ridotto dai 53 del dicembre 2009 ai 41 presenti del mese di ottobre 2011.

I passaggi sui quali intervenire nel prossimo futuro sono:

- la definizione degli ulteriori passaggi per l'attuazione del Dpcm sia a livello regionale che nazionale con le altre Regioni di provenienza dei pazienti (Liguria, Sardegna, Umbria);

- la definizione di criteri standard per l'effettiva garanzia dell'attuazione di un trattamento pienamente terapeutico e riabilitativo per le persone internate, adeguando i reparti dell'istituto, di proprietà dell'amministrazione penitenziaria, ai requisiti richiesti dalla normativa, nazionale e regionale, per le strutture residenziali terapeutiche;

- la definizione delle specifiche competenze in merito ai determinanti di salute (i già citati aspetti alberghieri e di accoglienza) che restano ancora in carico all'amministrazione penitenziaria.

Vanno definiti progetti terapeutici individuali

a cura di
Maria Antonietta Cruciatà
Asl 11 Empoli

CHIRURGIA D'ECCELLENZA AL DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

Cure globali contro i tumori ginecologici

L'attività chirurgica dell'Unità operativa complessa del Dipartimento materno-infantile dell'Asl 11 di Empoli, diretta da Marco Filippeschi, nell'ambito dei tumori ginecologici, ha raggiunto negli ultimi 10 anni livelli di eccellenza (oltre 900 interventi per patologia neoplastica). Infatti, oltre alle professionalità del chirurgo ginecologo, l'esperienza maturata ha permesso un approccio globale nei confronti non solo della malattia tumorale, ma anche della paziente stessa. Per cui, oltre alla individualizzazione del professionista, è stato portato avanti il principio dell'integrazione della chirurgia con le altre modalità di trattamento dei tumori, unendo in un approccio multidisciplinare le maggiori conoscenze in campo

oncologico al miglioramento delle tecniche chirurgiche ginecologiche e anestesiolgiche. Ciò ha permesso di eseguire interventi sempre meno demolitivi, più sicuri e con percentuali di successo sempre più elevate non soltanto in termini di sopravvivenza post-chirurgica, ma anche a medio-lungo termine.

Il cambio di passo ha consentito così di affrontare i tumori ginecologici con una mentalità altamente qualificata per conoscenze cliniche, chirurgiche e scientifiche in merito alla biologia della neoplasia. Inoltre, l'interazione del chirurgo ginecologo con altri medici specialisti, in primis con l'oncologo,

ma anche con l'anestesista, il cardiologo, lo psicologo, il nutrizionista ecc. ha permesso di raggiungere ottimi risultati per il benessere totale della paziente. A esempio, la buona "preparazione pre-chirurgica" della paziente, spesso debilitata in conseguenza della patologia tumorale, consente di ridurre l'inevitabile rischio operatorio che comunque non potrà mai essere ridotto a zero.

Allo stesso modo, l'esperienza decennale acquisita presso l'Asl 11 dalla chirurgia ginecologica ha permesso di modernizzare costantemente l'approccio chirurgico alla malata di tumore, mettendo da parte i virtuosismi chirurgici a favore del

concetto di radicalità modulata, il che significa, dopo aver valutato attentamente in toto ogni singolo caso clinico, sapere fin dove e in quali casi è possibile raggiungere una reale radicalità chirurgica senza determinare lesioni spesso più difficili da sopportare per la paziente del tumore stesso e che in ogni caso non determinano di certo un miglioramento della qualità di vita.

La chirurgia ginecologica è diventata dunque il punto di riferimento per il trattamento del tumore dell'endometrio, del collo dell'utero, dell'ovaio e della vulva: l'ausilio della laparoscopia ha avuto grande spazio, in quanto tale tipo di approccio mini-invasivo permette di valu-

tare l'entità dell'estensione della malattia a carico dell'ovaio e di prelevare campioni di tumore, senza grossi traumi chirurgici, offrendo all'oncologo la possibilità di conoscere il tipo di neoplasia e di indirizzare meglio la terapia con farmaci antitumorali.

L'esperienza maturata ha sottolineato l'importanza della citoreduzione chirurgica quale uno dei fattori di fondamentale importanza ai fini della sopravvivenza. Questa strategia chirurgica permette di ottenere tumori residui microscopici, ridurre le complicanze emorragiche intra-operatorie, la morbidità e mortalità post-operatorie e il periodo di ospedalizzazione e, in-

fine, migliorare la qualità di vita della paziente.

Sempre a Empoli è utilizzata la chemio-ipertemia intra-peritoneale - somministrazione nella cavità peritoneale di farmaci anti-neoplastici a temperatura elevata - nei tumori ovarici in fase avanzata, per la prevenzione e il trattamento delle recidive tumorali.

L'approccio multi-disciplinare è anche alla base del trattamento del carcinoma del collo dell'utero. L'interazione fra specialisti diversi ha un'ulteriore applicazione nell'ambulatorio oncologico di follow-up presente presso l'Unità operativa complessa di Ginecologia, fra i cui scopi primari vi è quello di garantire al paziente le migliori condizioni possibili di vita, dopo l'intervento chirurgico.

VINCENTE IL CONFRONTO TRA PARI

Patto con medici di famiglia e specialisti per l'appropriatezza

L'appropriatezza è prima di tutto professionalità e solo conseguentemente risparmio e nell'Asl 11 l'appropriatezza è una ricerca continua. L'azione di reporting sulla "farmaceutica" è iniziata circa 20 anni fa. «Successivamente - ha spiegato Piero Salvadori del Dipartimento territorio fragilità dell'Asl 11 - si è pensato che un confronto fra pari in sedute di audit a carattere organizzativo, potesse innescare meccanismi di confronto tra pari in un circolo virtuoso di miglioramento continuo per una maggiore appropriatezza nelle prescrizioni. Negli ultimi 10 anni, ciò è avvenuto in particolare con i medici di medicina generale, attraverso le équipe previste dall'Acn».

Se molto è stato fatto sul versante della farmaceutica (abbiamo una spesa per farmaceutica convenzionata tra le più basse d'Italia), molto resta da fare nell'ambito della specialistica che presenta un assorbimento pro capite di risorse pari a quello della farmaceutica. Da 5 anni, si organizzano incontri di revisione tra pari nelle équipe dei Mmg. Recentemente l'attenzione si sta spostando anche sull'ospedale o comunque negli ambulatori degli specialisti. Infatti, tra Mmg e specialista, rispetto alla prescrizione degli accertamenti, esiste un continuo e quotidiano "rimballo" di responsabilità come in un'interminabile partita di ping pong.

Su questo versante la Regione si è molto impegnata, emanando la Dgrt 1038/05. Servono indicatori semplici, diretti, condivisi e facilmente fruibili da usare negli incontri tra tutti gli specialisti della stessa branca e i referenti Mmg delle équipe, con l'obiettivo di affrontare gli accertamenti necessari nelle varie branche interessate. Qui i vari Pdta vengono rivisti e riformati. All'interno di ciascuna équipe di Mmg si riportano e si discutono i dati delle performance di ciascuna équipe e di ogni singolo medico. Lo stesso viene fatto per ciascuna Uoc ospedaliera.

Tale processo porta all'appropriatezza prescrittiva nella specialistica ed è dimostrabile dagli

outcome e dagli indicatori che presidiano l'intero percorso.

È previsto che ciascun medico ospedaliero o Mmg possa, tramite una password, accedere all'interno del portale della propria Asl a una area a lui dedicata che riporti questi dati ed eventuali valutazioni. Il progetto prevede anche la costruzione di un software che tramite warning possa costituire un supporto alle decisioni nella diagnostica, come nel Ccm. Ogni fase del processo sarà oggetto di una campagna informativa/educativa per la popolazione per spiegare che «un monte di esami NON corrisponde a un monte di salute, anzi...».

LIVORNO Su un 91enne il primo utilizzo della rete on line inaugurata a fine 2011

Telecardiologia: web salvavita



Servizio esteso all'Elba - Entro aprile coperto tutto il territorio aziendale

Primo intervento salvavita della nuova rete di telecardiologia avviata a fine 2011 dalla Asl 6 di Livorno. Un'ambulanza del 118 è, infatti, intervenuta a casa di un uomo di 91 anni di Bibbona riscontrando un caso di infarto. «Le nuove apparecchiature e soprattutto le nuove procedure - spiega Francesco Genovesi, direttore del Dipartimento per l'emergenza-urgenza - hanno permesso ai soccorritori di inviare in tempo reale il tracciato elettrocardiografico del paziente assieme a tutta una serie

di suoi parametri vitali. I dati sono stati ricevuti dalla centrale di Emodinamica di Livorno che ha immediatamente interpretato i tracciati e indirizzato la squadra dei soccorritori a portare l'uomo alla sala di intervento livornese per essere operato».

Il 91enne è così arrivato in meno di 60 minuti ovvero oltre mezz'ora risparmiata rispetto ai 90 minuti massimi previsti dalla procedura. «Mi preme sottolineare il funzionamento della nuova procedura che ha permesso di eliminare un inuti-

le passaggio al pronto soccorso dell'ospedale di Cecina che avrebbe semplicemente allungato i tempi - ha detto Enrico Magagnini, responsabile dell'Area specialistica ad alta intensità -. Terminata la fase critica l'uomo sarà comunque riportato all'Utic di Cecina per garantire la prossimità con i familiari».

La nuova procedura è stata avviata a inizio dicembre nelle postazioni medicalizzate di Cecina e Rosignano. Il nuovo servizio è stato esteso all'Elba per coprire poi entro aprile l'intero territorio azien-

dale. La nuova apparecchiatura a disposizione delle ambulanze monitora una serie di parametri vitali. «Tra questi - dice Andrea Belardinelli, direttore dell'Unità operativa innovazione e sviluppo - tracciato cardiaco, pressione, saturazione e altri. Tutti questi vengono inviati con un semplice tocco al laboratorio di Emodinamica che in tempo reale valuta le condizioni del paziente e lo indirizza verso la struttura più adeguata evitando soste improprie e permettendo di dare indicazioni immediate su un'eventuale trombo-

lisi pre-ospedaliera ovvero sulla necessità di ricorrere a un trattamento farmacologico domiciliare o in ambulanza per lo scioglimento del coagulo che ha portato all'infarto. Questa novità ha una grossa ricaduta sull'offerta sanitaria visto che a oggi, circa la metà degli infartuati passa dal pronto soccorso, una tappa che in questo modo risulta evitabile con beneficio, in primis, degli stessi pazienti».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

AREZZO/1

Arriva l'uretero-renoscopia digitale per curare calcoli e tumori renali

Il Calcit, Comitato autonomo per la lotta contro i tumori "colpisce" ancora e l'ospedale San Donato cresce in qualità. È stato donato ed è arrivato nel blocco operatorio, a disposizione dei chirurghi della Uo Urologia, lo strumento più moderno esistente in questo momento al mondo per intervenire su particolari patologie del rene. Si chiama "uretero-renoscopia flessibile digitale" e si basa su un sistema video di ultima generazione.

«Si tratta davvero di uno strumento di grandissima qualità e utilità - sottolinea Michele De Angelis, direttore della Unità operativa di Urologia - perché garantisce miglioramenti su

Migliore operatività e meno esposizioni alle radiazioni

più fronti, sia di natura operativa, che di buon risultato». Nella pratica clinica, l'uretero-renoscopia flessibile acquistato dal Calcit si configura come strumento fondamentale nel trattamento principalmente di calcoli renali di difficile accesso, ma anche di alcune forme tumorali e rappresenta una evoluzione dei precedenti modelli, già in dotazione all'ospedale, sia sul piano strumentale che della migliore operatività e risparmio di esposizione a radiazioni, per il paziente e gli operatori.

Si compone di una cannula

flessibile e una punta distale con una grande capacità di curvatura, ed è in grado di garantire contemporaneamente una minore invasività per i pazienti, un decorso post operatorio più semplice e una miglior visione per i chirurghi. La "camicia" che contiene il cavo di collegamento è ridotta a pochissimi millimetri per un accesso ottimale a tutte le regioni renali. Di altissima qualità le immagini, in full hd, riprese da una microtelecamera affiancata da un led che fornisce la luce diretta, evitando così l'utilizzo di fibre ottiche. Il tutto viene registrato su un hard disk con una grandissima memoria.

Il personale del San Donato già esperto nell'uso di questi strumenti, è stato individuato dalla stessa ditta fornitrice come gruppo pilota anche per la formazione a professionisti esterni. «Sarà un modo per far recuperare al Calcit, al quale come sempre va il nostro ringraziamento - dice ancora De Angelis - un po' di risorse grazie all'aggiornamento che stiamo già programmando su richiesta di altre Asl interessate ad acquisire lo strumento».

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

PISTOIA

Nuova segnaletica per l'ospedale: cartelli e totem orientano i pazienti

Cambia la segnaletica nel presidio ospedaliero di Pistoia con il nuovo progetto messo a punto dalla direzione sanitaria che ha previsto la realizzazione di un sistema di cartelli, totem, pannelli a parete e soprattutto colori per rispondere in maniera più efficace alle esigenze di orientamento dell'utenza all'interno dell'area ospedaliera.

Con la nuova segnaletica le varie strutture (reparti, ambulatori, servizi ecc. ...) sono state raccolte e inserite nella specifica area funzionale e i cittadini potranno orientarsi all'interno dell'ospedale senza difficoltà.

Il progetto è stato realizzato dalla Ikon segnali di Mantova, azienda esperta e qualificata nel trovare, soprattutto per le organizzazioni complesse, le soluzioni più adeguate che permettano di chiarire immediatamente la distribuzione degli spazi e la loro articolazione con indicazioni riassuntive e semplici.

All'ospedale di Pistoia la complessità, che è cresciuta nel tempo con gli ulteriori adeguamenti strutturali e con le recenti modifiche organizzati-

ve, ha sempre reso problematico, da parte degli utenti e dei pazienti, trovare servizi, attività, ambulatori e stanze di degenza. Nello specifico è stato adottato un sistema di orientamento basato su sei blocchi, contrassegnati dalle prime sei lettere dell'alfabeto, ed altrettanti colori che raggruppano le diverse aree funzionali anticipando quella che sarà la filosofia del nuovo ospedale, dove la segnaletica è costituita soprattutto da elementi cromatici.

Lettere dell'alfabeto e diversi colori per identificare 6 blocchi

La nuova segnaletica ha, infatti, anche un intento comunicativo e formativo nei confronti dei cittadini: nei cartelli sono stati introdotti alcuni vocaboli (aree, week e day surgery, ...) propri della terminologia che caratterizzerà il nuovo ospedale.

Il nuovo sistema di orientamento ha previsto il posizionamento dei totem informativi ai tre ingressi con le prime indicazioni a carattere generale, così che il visitatore, identificato il percorso raggiunge la destinazione desiderata.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

AREZZO/2

Salute mentale: liste d'attesa a metà per valutare le terapie nei minori

Da un anno a sei mesi: questo il primo miglioramento già raggiunto sui tempi di attesa per una valutazione riabilitativa dei minori in cura al Dipartimento della salute mentale (Dsm) di Arezzo. Ma anche un nuovo progetto, da avviare in questo mese di gennaio assieme ai medici pediatri, per ridurre ancor più i tempi di accesso al servizio, con l'obiettivo di assicurare tempi d'attesa non superiori ai 15 giorni per le prime visite. Sono queste alcune delle novità presentate in un incontro a metà dicembre in occasione della Giornata nazionale della salute mentale (5 dicembre).

Negli ultimi anni è molto cambiata la tipologia di utenti dei servizi di salute mentale nel panorama nazionale e aretino. I servizi che fino agli anni '80 si rivolgevano quasi unicamente a ex degenti dell'ospedale psichiatrico, progressivamente sono andati verso una offerta per nuovi disagi personali, spesso legati a difficoltà nel ciclo di vita. Il Dsm si occupa di problemi psichici della popolazione adulta (superiore a 18 anni) e di problemi psicopatologici dell'età infantile e adolescenziale. Sono servizi territoriali, con momenti di

alta integrazione con i presidi ospedalieri, con i servizi sociali aziendali o con i Comuni. Forte la collaborazione con i medici di famiglia e i pediatri che sono i principali "inviati" alle varie strutture di valutazione e cura. Nel 2010 sono stati seguiti direttamente 6.569 adulti e 2.031 minorenni. La Regione Toscana ha certificato un livello di qualità molto alto dei servizi offerti dalla Asl aretina: nella popolazione adulta, a esempio, per i pazienti

maggiorenni l'accesso ai servizi è pari al 22 per mille degli abitanti, contro una media regionale di 21 e, in Area vasta, 16 di Grosseto e 17 di Siena. Il Dsm gestisce anche i

Attività di screening in partnership con Mmg e pediatri

ricoveri in occasione di condizioni acute e critiche: nella popolazione maggiorenne sono stati in un anno 546, contro i quasi novemila della Toscana. Arezzo ha anche una bassissima percentuale di ricoveri ripetuti a trenta giorni da una precedente dimissione. Nel 2010 in provincia di Arezzo si sono avuti solo 20 Tso, cioè i trattamenti sanitari obbligatori, ben al di sotto della media regionale.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IN BREVE

LIVORNO

Ammontano a circa 42mila in 8 mesi le chiamate ricevute dal nuovo numero unico aziendale della continuità assistenziale, meglio conosciuta come Guardia medica. La guardia medica, o medico di continuità assistenziale, assicura l'assistenza medica gratuita, in ambulatorio o al domicilio per i casi non differibili non rientranti nella casistica dell'emergenza, per i quali è invece attivo il servizio 118 e di pronto soccorso. Da aprile scorso, infatti, da tutto il territorio dell'Asl 6 di Livorno basta comporre il numero verde gratuito 800.06.44.22 per accedere al servizio. Il numero è attivo nei momenti di non-reperibilità del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta ovvero tutte le sere dopo le 20, i pre-festivi dalle 10 e i festivi dalle 8 con chiamata gratuita sia da telefono fisso che mobile.

LUCCA

In occasione della Giornata mondiale contro l'Aids i rappresentanti delle istituzioni locali e della Asl 2 si sono recati nella casa circondariale di Lucca per assistere, con il direttore Francesco Ruello e un gruppo di detenuti, alla performance della compagnia "Empatheatre". Un'iniziativa promossa per raggiungere una popolazione esposta al problema dell'Aids (circa il 7% dei reclusi è Hiv positivo) ma generalmente esclusa dalle attività di promozione sociale e informazione. Per la seconda volta, dunque, dopo l'esperienza dell'anno scorso con la proiezione del film "+ o - sesso confuso" di Adriatico e Corbelli - si è entrati in una struttura penitenziaria per ricordare che la lotta all'Aids deve avvenire ovunque e che non esistono luoghi chiusi per combattere questa infezione.

SIENA

L'ospedale di Siena è stato l'unico centro italiano a essere collegato in diretta web, insieme a Brasile, India, America e altri Stati Ue, per interventi chirurgici di alta specializzazione su orecchio e base cranica. Dopo l'esperienza positiva dello scorso anno, mercoledì 14 dicembre è stato possibile collegarsi al sito www.lion-web.org per poter assistere in diretta dalla sala operatoria del policlinico senese a due interventi effettuati dall'équipe guidata da Franco Trabalzini, direttore Uoc Chirurgia otologica e base cranica. La Lion Winter Videoconferenza Broadcast quest'anno è dedicata alle tecniche chirurgiche sull'otosclerosi. «È stato un evento di grande rilievo scientifico - ha detto Trabalzini - al quale hanno preso parte specialisti di tutto il mondo: il nostro ospedale è l'unico in Italia ad avere questa opportunità».

CALENDARIO



LUCCA

La Asl di Lucca organizza un convegno formativo dal titolo "10 anni di bioetica clinica in Toscana": si parlerà di formazione in ambito bioetico con i coordinatori dei Comitati etici locali delle 16 aziende regionali. Per info: 0583970613, s.ardis@usl2.toscana.it



SIENA

All'Asl 7 di Siena si terrà un seminario, rivolto ai Medici di medicina generale, dal titolo "Errore e qualità in Medicina generale". Nel corso dell'incontro si parlerà di rischio clinico, esempi pratici di casi clinici e ruolo del Mmg. Per info: 0577536065, formazione.siena@usl7.toscana.it



SESTO FIORENTINO

La Fondazione Cfo (Centro oncologico fiorentino) Onlus organizza nella propria sede di Sesto Fiorentino (Firenze) il convegno dal titolo "Una filosofia per la Medicina". Temi del dibattito concezione di natura, linguaggio, razionalità clinica e ragionevole. Per info: 05301603-605, segreteria@lacittadellasalute.it

CHI DONA SANGUE HA CUORE.

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



NUMERO VERDE
800 556060

www.regione.toscana.it/donareilsangue



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana



AVIS



FRATRES
DONATORI DI SANGUE