

# oscana



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

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

### È possibile migliorare spendendo meno

di Sabina Nuti \*

Che la Regione Tosca-na 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'evidence based medicine, ossia la capacità di basare i processi decisionali consi-

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

e 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 siste-ma 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, pediatra 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 del-

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

a 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'ovaio, 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 me-diamente 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 \*

D alla relazione sulla Sani-tà toscana 2006-2008 - solo che i cittadini toscani vi-vono più a lungo e godono di 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

vono 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 ▼ Trapianto polmone, Careggi leader

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 dell'1/2/2010)

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



# Le virtù che premiano i Dg

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

### Incentivi assegnati in base ai miglioramenti su specifici indicatori

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

II 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 audiologico sui neonati e dall'altro la verifica del 10% delle schede di dimissione ospedaliera, come richiesto dal ministero delle 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

tuiscono 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

e Società della salute (Sds) costi- alla continuità di cura, tramite a esempio la misura delle dimissioni programmate. Per quanto riguarda invece i servizi di integrazione sociosanitaria 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"

A nche 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 defi-

nizione 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 quantificati 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
- la mortalità infantile, con i più bassi livelli di natimortalità (rapporto nati morti per nati vivi) europei e medici di fiducia e pediatri di libera 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-

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

Infatti, soddisfazione - addirittura in crescita - è stata espressa per scelta, ma anche, forse inaspettatamente, perfino nei confronti dei servizi ospedalieri, sia nelle occasioni di ricoveri che presso i pronto soc-

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

### **E possibile migliorare...** (segue dalla prima pagina)

derando le evidenze scientifiche- sero in linea con la crescita proquantitative, all'organizzazione e fessionale degli operatori. gestione delle strutture sanitarie, tato e ha reso più trasparente la definizione degli obiettivi e dei cia testimonianza alle altre Regiorelativi 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-

Nei prossimi anni è importante ha modificato il linguaggio adot- che la Regione Toscana consolidi questo modo di operare e ne facni. 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



Sanitario Toscana

# Urgenze, il voto dei cittadini

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

uest'anno l'indagine di soddisfazione degli utenti del Pronto orso 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 a esempio la professionalità e la cortesia di medici e infermieri; gestione del dolore, comfort e tempi di atte-

sa 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

Q uanti giorni deve atten-dere 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 delibe-

Tempi massimi

867/2006, sono erogate entro 30 giorni nel 94% dei casi. Uno degli obiettivi prio- rispettati ritari per il sistema sanita- quasi sempre rio della Regione Toscana

è il contenimento dei tempi di attesa tempi di attesa entro 15 giorsulla base del principio che ni per le prestazioni ambulai 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 preventiva-

La problematica dei tem-

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		

pi 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 ricevora della Giunta regionale no 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

toriali 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 inappropriatezza 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

on 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 complessa
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.

mente stabiliti.

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

6-12 aprile 2010

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

Visto che la Rete Toscana ha avuto

da sempre la capacità di unificare e

traverso la partecipazione e la realizza-

Vista la nota pervenuta dall'Azien-

menti con partners di livello naziona-

**ACCORDO TRA REGIONE, URTOFAR E CISPEL** 

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

### IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

D ubblichiamo 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 ospene alla Salute tra cui progetti promosdali per la promozione della salute-Progetto health promoting hospitals", con la quale è stata costituita la Rete Convenzione di Oviedo del 1997 toscana degli ospedali per la Promo- che tutela la protezione dei diritti zione della Salute, il cui coordinamen- dell'uomo e la dignità dell'essere to è stato affidato all'Aou Meyer, con umano riguardo alle applicazioni deluna struttura organizzativa finalizzate venzione sui diritti dell'uomo e la a rendere la promozione della salute biomedicina); un principio fondamentale dell'orga-

Vista la Deliberazione Gr n. 302 no sanitario regionale 2008/2010»: del 31/03/2003 «Approvazione schema di Accordo quadro di collaborazio- al punto 7.6 «Umanizzazione, etica rie e degli organismi regionali, con i ne tra l'Ufficio regionale per l'Europa nelle cure e di fine vita» la Regione quali coopera anche nella programma- della salute un principio fondamenta- lendo maggiori connessioni e collegadell'Organizzazione mondiale della Toscana si pone come obiettivo quel- zione e nella gestione del governo le dell'organizzazione sanitaria; sanità e la Regione Toscana», avente lo del rafforzamento dell'attenzione regionale della Sanità; come finalità l'incremento delle capa- alle tematiche bioetiche nella gestione cità 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;



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 www.regione.Toscana.it

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

particolare l'art. 7 – L'educazione alla primaria importanza di ridurre le disu- te» di dare continuità ai progetti che dall'inizio, l'adesione di tutte le 16 na si impegna a promuovere, negli dini, al fine di garantire a tutte le l'Oms in particolare alla rete Health operando, così, un forte ri-orientaassistiti, la crescita di una cultura del- persone eguali opportunità per tutela- promotion hospital (Hph), alle reti in- mento delle strutture ospedaliere, la salute attraverso la diffusione di re e migliorare il proprio stato di saluconoscenze e di informazioni in gra- te. Lo stesso piano prosegue affer- for health (Rhn) e di definire un mo- voriscono la promozione della saludo 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 maggiormente rispondente all'autonoi 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 Educaziosi e portati avanti dalla Rete Hph;

Preso atto di quanto definito dalla

Vista la Deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16/07/08 «Pia-ruolo centrale di approfondimento,

Considerato che nel Psr 2008/2010 zio dei cittadini, delle aziende sanita-

to il personale medico e sanitario del servizio pubblico.

Considerato che la Regione Toscal'intento di sviluppare una cultura e la biologia e della medicina (Conna, nella sopraccitata Lr 40/2005, indi-

mando 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 mia 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 tut-

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

vidua la Commissione regionale di Bioetica come organismo tecnicoscientifico multidisciplinare con un consultazione e consulenza, al servi-

Vista la Lr n. 40/2005 «Disciplina e nella programmazione della Sanità prevede al punto 5.1 «Le scelte e le 416 con Centro di Coordinamento del servizio sanitario regionale» in per rispondere anche all'esigenza di alleanze per la promozione della salu- affidato all'Aou Meyer, ha visto, fin salute – con il quale la Regione Tosca- guaglianze in salute esistenti fra i citta- scaturiscono dalla collaborazione con Aziende sanitarie della Toscana, ternazionali come Network regions connotandole come "setting" che fadello integrato di documentazione sul- te dei pazienti, di loro familiari, dela promozione della salute che sosten- gli operatori sanitari e delle comuniga le iniziative regionali e locali, rac- tà di riferimento; colga i risultati relativi alle buone pratiche sui temi della salute;

Considerato, pertanto, che la salu- coordinare le varie esperienze e buote è, come espresso dall'Oms e in ne pratiche aziendali, dando loro sistelinea con le politiche della Regione maticità e uniformità a livello regiona-Toscana, un diritto inalienabile per le; ha inoltre consentito alle realtà delogni individuo e che ciò implica l'as- le Aziende sanitarie toscane di realizsunzione di strategie per ordinare le zare uno scambio di idee e un confronpolitiche di intervento secondo il prin- to delle strategie attuate in differenti cipio di investire le risorse per favori- culture e sistemi sanitari, attraverso la re il buono stato di salute della popo- realizzazione di laboratori interreti, at-

Considerato che la Rete internazio- zione di numerose conferenze e nale degli ospedali per la Promozione workshops di livello nazionale e interdella Salute (Hph) si configura come nazionale un Network che unifica e coordina tutte le Reti nazionali e regionali, so- da ospedaliero-universitaria Meyer stenendo lo scambio di idee e il con- con la quale si propone un'ipotesi di fronto delle strategie attuate nelle dif-riorganizzazione della rete regionale ferenti culture e sistemi sanitari, favo- Hph con lo scopo, da un lato di dare rendo la conoscenza di temi salienti e continuità e consolidare attività proallargando il punto di vista degli attori gettuali già intraprese, dall'altro innostessi, rendendo, così, la promozione vare e attivare nuove iniziative stabi-

Considerato che la Rete Hph To-Considerato che il Psr 2008/2010 scana, costituita nel 2001 con Dgr n (continua a pag. 5) (segue da pag. 4)

le e internazionale, cercando nel con- Commissione regionale di bioetica; di mantenere il ruolo di Centro di Co tempo di valorizzare il lavoro svolto

laborazioni con le Aziende sanitarie do: della Regione Toscana (alleanze di benchmarking), valorizzando le speci- l'Aou Senese; ficità acquisite dalle singole Aziende attraverso la creazione di due poli di 1'Aou Meyer; riferimento per le attività da sviluppare, sulla base delle rispettive compe-

- Aou Meyer come Azienda di riferimento per l'Area vasta centro per le «Bilancio di Previsione per l'anno fitematiche di promozione della salute correlate all'ambito internazionale e di cooperazione sanitaria internazionadiritti 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 ril'azienda dovrà garantire anche le fun- gli obiettivi; zioni connesse con l'operatività della

Giudicato adeguato per il raggiungisino a ora con l'obiettivo di integrarlo mento di tali obiettivi, per l'anno e di concentrarsi sulle attività di pro 2010, un finanziamento di euro mozione della salute orientate all'ambi-Considerato che nella proposta sud- 200.000,00 per sostenere le attività so- to internazionale e di cooperazione sa detta si prospetta l'ipotesi di mantene- vra menzionate, da imputare sul capire all'Aou Meyer il Coordinamento tolo 24047 del Bilancio di previsione della rete Hph Toscana ma nel con- 2010 che presenta la necessaria dispotempo si promuove lo sviluppo di col- nibilità, da ripartire nel seguente mo-

- euro 120.000,00 da destinare al-

- euro 80.000,00 da destinare al-Vista la Lr n. 36 del 06/08/2001

«Ordinamento contabile della Regio-Vista la Lr n. 78 del 23/12/2009

nanziario 2010 e Bilancio pluriennale 2010-2012»

2010-2012»;

A voti unanim

### DELIBERA

1. Di approvare il progetto presentaspetto dei diritti e all'umanizzazione to dall'Azienda ospedaliero-universitadelle cure e in stretta collaborazioni ria Meyer, con l'intento, da un lato, di con le attività condotte dalla Commis- dare continuità e di consolidare alcune sione regionale di bioetica, oltre alla attività progettuali di promozione delpromozione di un cultura della promo- la salute condotte sinora per dare loro zione della salute fra gli operatori del maggiore organicità e, dall'altro, la Sst; nell'ambito di tale funzione necessità di rilanciare e rifocalizzare l'Aou Senese;

2. di dare mandato all'Aou Meyer l'Aou Meyer.

fissato in 16.500.000,00 (sedicimilionicin-

quecentomila.00) euro. În detta quota è

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 og-

Trimestralmente le parti si incontre-

getto del presente accordo.

per le conseguenti valutazioni;

Verifiche

ordinamento della Rete Hph Toscana nitaria oltre che a quelle connesse con i diritti del bambino in ospedale;

3. di dare mandato all'Aou Senese di focalizzare il proprio ruolo sulle attività di promozione della salute maggiormente correlate ai temi di bioetica, deontologia e diritti, in stretta collaborazione con la Commissione regionale di bioetica oltre alla promozione di un cultura della promozione della salute fra gli operatori del Sst; nell'ambito di tale funzione l'Aou Senese dovrà garantire anche le funzioni

connesse con l'operatività della Com

missione regionale di bioetica; **4.** di conferire mandato alle sovra citate Aziende, di dare stabilità alle Vista la Dgr n. 1298 del esperienze già in essere per quanto le, oltre che a quelle connesse con i 28/12/2009 «Approvazione bilancio concerne le attività finora descritte, gestionale 2010 e pluriennale con particolare attenzione alle problematiche di interesse bioetico e alle esperienze di promozione della salute realizzate in ambito regionale, nazionale e internazionale:

> 5. di destinare l'importo di euro 200.000,00 al finanziamento delle attività sovra indicate, da imputare sul capitolo 24047 del bilancio di previsio ne 2010 che presenta la necessaria disponibilità così ripartite:

euro 120.000,00 da destinare al

Allegato B

REGIONE TOSCANA DICHIARAZIONE A VERBALE CONGIUNTA

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

URTOFAR-CISPEL

2. Entro 30 giorni dall'adozione de presente accordo sarà definita la distribuzione in nome e per conto dei farmadi spesa di cui al precedente punto 2) e ci Osp2 tramite le farmacie sul territo 4) Il presente accordo dovrà essere rio con le stesse modalità operative del rimborsabilità con oneri a carico del sottoscritto oltre che dai rappresentanti presente accordo, a eccezione della Ssn contrassegnati dall'Aifa con la sigla della Regione Toscana e delle Oo.Ss. re- remunerazione che sarà invece contrat-Pht (Prontuario della distribuzione di- gionali delle farmacie pubbliche e private tata, per ogni confezione di medicinale

- i farmaci che verranno ammessi alla Usl e da tutti i rappresentanti sindacali 3. Relativamente alle verifiche mensisporre di tutti i dati necessari si indivi-

4. Riguardo alla validità, si concorda Aziende Usl devono riconoscere alle Il presente accordo ha validità trienna- che il periodo triennale può essere infe-

accordi che modifichino le condizioni

contenute nel presente accordo; L'assessore al Diritto alla Salute b) i contenuti del presente accordo Il presidente Urtofar non siano rispettati su tutto il territoL'APERTURA DI NUOVE SEDI

# Presidi farmaceutici: 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 farmaceu-

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 presi- e la necessità di servizi farmaceutici agdio sussidiario della farmacia stessa con giuntivi 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 farmaceuti-

a) Particolari condizioni topografiche la presenza di strade di montagna, collidenza non particolarmente adeguate al transito pedonale dove, soprattutto d'in- precedente punto a); verno aumentano le difficoltà di percor-

con la farmacia più vicina; b) Comuni definiti montani o parzialmente montani. Nei comuni definiti montani o parzialmente montani l'istituin considerazione quanto riportato al precedente punto a):

farmacia più vicina. Nel calcolo della ge.

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 ii debita considerazione anche al fine di evitare l'indebolimento della distribuzione delle farmacie sul territorio, risultato opposto allo scopo che la legge si prefig-

A voti unanimi

### DELIBERA

I. Di approvare, per le motivazion espresse in narrativa, i seguenti criteri generali di riferimento per l'individuazione delle condizioni di disagio dell'utenza

a) Particolari condizioni topografiche e di viabilità. Tale espressione indica sia 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 trasposto 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'istitue di viabilità. Tale espressione indica sia zione delle proiezioni è, di norma, circo scritta alle porzioni di territorio comunari o sterrate, tortuose o in forte pen- nale effettivamente montano tenendo in considerazione quanto riportato al

c) Distanza di una proiezione dalla renza, sia la inadeguatezza del trasposto farmacia più vicina. Nel calcolo della pubblico che collega un nucleo abitato 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'artico zione delle proiezioni è, di norma, circo- lo 17, comma 6, compatibilmente con i scritta alle porzioni di territorio comu- presupposti di cui sopra, è tenuta in nale effettivamente montano tenendo debita considerazione anche al fine di evitare l'indebolimento della distribuzione delle farmacie sul territorio, risultato c) Distanza di una proiezione dalla opposto allo scopo che la legge si prefig-

### **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: I) di dare mandato all'Estav centro

di garantire il necessario raccordo 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 provl'Estav Centro n. 73 del 3/2/2010;

capoverso, alla prenotazione della somma complessiva di € 884.400 a favore dell'Estay Centro sul bilancio pluriennale vigente 2010 € 2012 e sul corrispondente capitolo dei bilanci pluriennali per gli esercizi successivi fino al 2014 ripartita nel modo seguente: - € 202.675 sul capitolo 26064 del Bilancio di previsione 2010; - € 221.100 sul capitolo 26064 del Bilancio pluriennale verifica del servizio regionale di elisoc- 2010-2012, annualità 2011; - € corso e il consulente aeronautico ester- 221.100 sul capitolo 26064 del Bilancio no, al fine di un monitoraggio continuo pluriennale 2010-2012, annualità 2012; del servizio regionale di elisoccorso - € 221.100 per l'annualità 2013 ed € con particolare attenzione agli aspetti 18.425 per l'annualità 2014 sul corririferiti alla qualità del servizio e alla spondente capitolo dei successivi bilansicurezza aeronautica e degli operatori; ci pluriennali, subordinatamente agli 2) di provvedere alla copertura fi- stanziamenti definitivi che verranno apnanziaria del servizio di consulenza e provati dal Consiglio regionale in ordine a questi ultimi;

3) di provvedere, ai fini dell'attuazio

ne di quanto stabilito al precedente

4) di incaricare il competente Settore della Direzione generale del Diritto vedimento del coordinatore del Dipar- alla salute e politiche di solidarietà di timento acquisizione beni e servizi del- porre in essere tutti gli atti necessari per dare attuazione al presente atto.

### del I° febbraio 2010 con cui la Giunta ha approvato il nuovo schema di protocollo d'intesa per la distribuzione diretta dei farmaci.

La Giunta regionale

D ubblichiamo la delibera n. 88

Preso atto che, l'articolo 8 comma I 2001 n. 347 «Interventi urgenti in mate- le, attraverso specifici accordi con le Oo. ria di spesa sanitaria» convertito, con Ss. delle farmacie pubbliche e private; modificazioni, nella legge 16 novembre bliche e private per consentire agli assistiparte delle farmacie convenzionate;

Vista la propria deliberazione n. 135 Preso atto della dichiarazione a verba- e le Province autonome di Trento e di La delibera Giunta regionale n. 299 dell'11 febbraio 2002 avente a oggetto le congiunta Urtofar e Cispel allegato B Bolzano, anche con provvedimenti am- del 21 febbraio 2005 avente a oggetto: «Norme applicative di cui alla legge alla presente delibera che ne costituisce ministrativi, hanno facoltà di: 405/01 relativamente all'assistenza farma-parte integrante e sostanziale; ceutica territoriale. Indirizzi alle Aziende Ritenuto necessario migliorare la pro- sindacali delle farmacie convenzionate, nali alle farmacie convenzionate. Presa sanitarie» con la quale sono stati definiti cedura di accesso al farmaco da parte pubbliche e private, per consentire agli d'atto; alcuni aspetti, di competenza regionale, dell'utente; relativi alla sopraccitata legge 405/01 qua- A voti unanimi

- L'individuazione del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale; I. Di approvare lo schema di proto- previste per la distribuzione attraverso le

dei farmaci nel proprio territorio;

- i livelli di spesa per le zone distretto gato di sottoscriverlo.

nonché per i medici, singoli o associati. vo della delibera 135/02 relativamente ai sente atto di cui costituisce parte intemedicinali di cui all'allegato 2 del decreto grante e sostanziale; 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 potranlettera a) del decreto legge 18 settembre no essere rideterminate, a livello regiona-

Vista la propria deliberazione n. 1263 2001 n. 405 come successivamente mo- del 18 novembre 2002 con la quale è dificato dall'articolo 52 comma 65 della stato approvato un protocollo fra la Relegge 28 dicembre 2001 n. 448, dà facol- gione Toscana e le Oo.Ss. regionali delle tà alle Regioni di stipulare accordi con le farmacie pubbliche e private sulla eroga- Le parti associazioni sindacali delle farmacie pub- zione della assistenza farmaceutica da

ti di rifornirsi di alcuni medicinali anche Vista la propria deliberazione n. 299

- le modalità di erogazione, ai cittadini, collo, allegato A, alla presente delibera, strutture aziendali del Servizio sanitario dando mandato al Presidente o suo dele- nazionale, da definirsi in sede di conven-

2. Di prendere atto del verbale con-

### 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)

L'articolo 8 del decreto Legge 18 maceutica territoriale. Indirizzi alle Aziensettembre 2001 n. 347, convertito, con de sanitarie; presso le suddette farmacie con le mede- del 21 febbraio 2005 «Protocollo d'inte- modificazioni nella legge 16 novembre La delibera Giunta regionale 1263 del sime modalità previste per la distribuzio- sa relativo alla distribuzione diretta dei 2001 n. 405 come modificato dall'artico- 18 novembre 2002 avente a oggetto: ne attraverso le strutture aziendali del medicinali tramite le farmacie convenzio- lo 52 comma 65 della legge 28 dicem- «Articolo 8, comma 1, lettera a) legge bre 2001 n. 448 dispone che le regioni 405/01 – direttive alle aziende Uu.Ss.Ll.»;

> assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricor- Preso atto che rente del paziente anche presso le farma- L'accordo sperimentale di cui alla succie predette con le medesime modalità

b) assicurare l'erogazione diretta da Preso atto che al punto 5 del dispositi- giunto Urtofar e Cispel allegato B al pre- parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e se-

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 alle legge 405/01 relativamente all'assistenza far-

Protocollo d'intesa relativo all'estensioa) stipulare accordi con le associazioni ne della distribuzione diretta dei medici-

(continua a pag. 5)

(segue da pag. 4)

citata delibera 299/2005 relativo all'esten-ricompreso anche l'onere che le Aziensione della distribuzione diretta dei medi- de Usl verseranno alle farmacie convencinali anche alle farmacie convenzionate zionate per le prestazioni di erogazione prevede, fra l'altro, la possibilità di risolve- diretta del mese di gennaio 2010 re, prorogare, o sancire definitivamente l'accordo in questione;

Nell'integrare l'accordo quadro di cui alla delibera 229/2005 come segue:

1) Campo di applicazione Óggetto del presente accordo sono: - i farmaci ricompresi nell'allegato B) ranno per la stima del rispetto del tetto di cui alla delibera Giunta regionale n.

rimborsabilità durante il periodo di vigen- delle farmacie pubbliche e private a livello li e trimestrali si conviene che per diza del presente accordo contrassegnati provinciale. dall'Aifa con la sigla Pht (Prontuario della Tutti le disposizioni contenute negli dui una gestione informatica unica e distribuzione diretta) 2) Remunerazione

Per l'anno 2010 il tetto regionale **Firmato** massimo per la remunerazione delle farmacie, relativo alla distribuzione dei far-

maci di cui al precedente punto I), è

accordi precedenti che contrastano con trasparente su tutto il territorio regioil presente accordo devono essere ritenu- nale con possibilità di accesso via Web. A decorre dal 1° febbraio 2010 le te nulle.

essere rivisto con cadenza semestrale.

farmacie una quota pari a 5 euro + lva le, fatto salvo il tetto di spesa di cui al riore qualora:

Il Presidente Cispel rio regionale.

da tutti i Direttori generali delle Aziende erogata.

per ogni confezione di medicinale ero- punto 2) del presente accordo che potrà a) intervengano a livello nazionale

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

fianca ai documenti di programmazione, primo tra tutti il Piano sanitario regionale, il monitoraggio dei risultati raggiunti tramite l'utilizzo del sistema di valutazione. e valutazione è indubbiamente un

a Regione Toscana da anni af- 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 moni-Tale integrazione, programmazione toraggio 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.

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

La misurazione dei risultati e il del management aziendale e dei professionisti sulle tematiche strategiche della Sanità toscana e di individuare le adeguate azioni per il migliora-

> Anna Bonini MeS Scuola superiore Sant'Anna

### **TEMPESTIVITÀ DELL'INTERVENTO**

### Fratture del femore, bisturi più rapido

a 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

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'opera-

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 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

n che modo si può valutare l'efficienza organizza-tiva di un ospadale? Che recent tiva 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							
	Ind	lice di perfor	mance degenza	a media (Tos	cana)		
2008		2009		Media	Media		
(O-A)*/N	Num	N. dimissioni	(O-A)*/N	Num	N. dimissioni	2008	2009
-0,39	-178.442	454.872	-0,64	-289.041	451.010	-0,44	-0,69
Degen	nza media pr	e-operatoria	per interventi	chirurgici pro	ogrammati (	Toscana)	
	2008 2009		Media	Media			
Deg. media pre-op.	Gg deg. pre-op.	N. dimessi	Deg. media pre-op.	Ggg deg. pre-op.	N. dimessi	2008	2009
1,36	114.248	84.145	0,91	103.983	114.868	-	-
(*) (O-A) = Degenza osservata - degenza attesa							

### **APPROPRIATEZZA**

### Diagnostica per immagini troppo «variabile»

**Q** uante 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'attenzio-

i asso 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 I I di Empoli	109,19744			
Asl 5 di Pisa	100,63855			
Asl 4 di Prato	126,93825			
Asl I 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			

ne 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

**9** 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 I 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 II 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



Sanitario della

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

i 12 centri clinici europei del progetto che punta a riparare i difetti ossei mediante le cellule stâminali. 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 da 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

ospedale pediatrico Meyer di Firenze è tra clinici multicentrici utilizzando biomateriali avanzati e cellule da fonti autologhe o allogeniche. Cinque studi clinici in chirurgia ortopedica e maxillofacciale 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 allogenici (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

### Meningite: diagnosi veloce grazie | Entro fine 2010 il robot debutterà | Presentato il bilancio sociale aperto a un test molecolare innovativo

il Dna del germe

n collaborazione con Chiara dimostrerà per la profilassi da Azzari del Meyer l'équipe di Margherita Niccolai, 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 non ha bisogno di germi vivi e la ricerca è mirata a cercare direttamente il Dna del germe campioni biologici (di solito nel sangue ma anche nel liquor cefalorachidiano).

«Siamo molto soddisfatti dell'introduzione di questo innovativo test - è il commento di Riccardo Lari - conseguito dal Meyer anche grazie al contributo della nostra équipe. Con questa metodica, che presto sarà estesa ad altre Asl, la diagnosi di questa temibile malattia potrà essere più rapida e specifica: anche entro poche ore dal prelievo - ha spiegato - potrà essere già disponibile il risultato e quindi l'orientamento terapeutico da seguire; altrettanto utile si

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 molecolare nuovo test nel nostro laborato-

rio di microbiologia - continua Lari - è uno dei Si cerca direttamente frutti della riorganizzazione, durata circa tre anni, dei laborasu campioni biologici tori 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

Sarà l'evoluzione

**S** ono sempre più frequenti al-l'ospedale di Lucca gli inter-viamente un più veloce recupeventi 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

"esplose" le potenzialità della metodica miniinvasiva, che permette già ora di effettuare inter- della chirurgia venti anche molto complessi ri- mini-invasiva ducendo il trauma chirurgico. Questa tecnica

viene utilizzata in varie strutture dell'azienda sanitaria.

«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

ro e ritorno alle normali attività quotidiane. Sembra inoltre che il minor trauma consenta addirittura di preservare le difese dell'or-

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, co-

lon, reni, surreni, milza, utero, ovaie e via di-cendo. Alcune procedure chirurgiche innovative elaborate da Carobbi hanno recentemente ottenuto la validazio-

ne su importanti riviste scientifiche internaziona-

«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

# in sala operatoria: investiti 3 milioni alle "voci" di volontari e cittadini

**Potenziato** 

di famiglia

**S** i è svolta martedì 23 marzo garantire in modo sempre più nella sede del polo didattico efficace la continuità delle cure, 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 dei tumori e delle malattie car-

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 sinda-

ci, 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 sociosanitari 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

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

diovascolari». Un progetto

dei medici di

medicina gene-

fondamentale portato avanti nell'ultimo biil ruolo dei medici ennio è poi quello dell'informatizzazione degli studi

> rale, che consente di mettere in rete con i presìdi aziendali tutte quelle informazioni necessarie a garantire rapidità e qualità dei servizi.

> La digitalizzazione delle immagine 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**

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.

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.

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 Niccolai, 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 percorsoperiodo di assistenza e

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 mi-gliorare la qualità dei servizi e per delocalizzare l'assistenza a casa dei pazienti, evitando loro ulteriori e gravosi disagi dovuti ai trasferimenti.

