



Regione Toscana

Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Il profilo dei servizi sanitari della Toscana

Relazione sanitaria regionale 2003 - 2005

Parte seconda

Il profilo dei servizi sanitari della Toscana

Relazione sanitaria regionale 2003-2005
Parte seconda

Con la collaborazione di MES e Irpet

Si ringrazia:

- il Registro tumori toscano e il Registro di mortalità regionale - CSPO
- il Registro toscano difetti congeniti - IFC - CNR
- il Registro toscano dell'infarto miocardico acuto
e il Registro toscano degli eventi cerebrovascolari acuti - UO Epidemiologia - AUSL 10
- gli autori degli studi ad hoc, citati nel testo, che hanno messo a disposizione i dati
- i colleghi e i professionisti che hanno collaborato alla revisione del testo

Revisione editoriale e impaginazione a cura di Elena Marchini - ARS Toscana

L'acquarello in copertina è stato gentilmente concesso dall'autrice Irene Pacini - studentessa Istituto statale d'arte di Firenze

INDICE

1. LA PREVENZIONE	pag. 5
L'Istituto toscano tumori come sviluppo della rete oncologica toscana	5
La prevenzione dei tumori	7
La ricerca	10
Igiene e sanità pubblica: profilassi delle malattie infettive e diffusive	10
Igiene degli alimenti e della nutrizione	14
La medicina legale	15
La medicina dello sport	16
Gli infortuni sul lavoro	18
Le malattie professionali	20
La prevenzione negli ambienti di lavoro	21
La sanità pubblica veterinaria	31
Igiene degli alimenti di origine animale	32
La sanità degli allevamenti	38
2. L'ASSISTENZA TERRITORIALE	45
I consultori in rete: un obiettivo concreto per adeguati percorsi assistenziali	45
I difetti congeniti	48
L'emergenza-urgenza	49
L'attività ambulatoriale	53
I tempi di attesa della specialistica ambulatoriale	60
La riabilitazione extraospedaliera	65
L'assistenza termale	69
La farmaceutica territoriale convenzionata	71
3. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	77
L'utilizzo dell'ospedale	77
Gli interventi per l'appropriatezza	80
Gli erogatori	81
I posti letto	81
I trapianti	83
Il rischio clinico	84
4. LA QUALITÀ DEI SERVIZI	97
L'accreditamento istituzionale	97
La Carta dei servizi oggi	102
Il rapporto con il cittadino	106
La dimensione etica quale elemento sostanziale della qualità dei servizi per la salute	107

5. LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO	113
Il fondo sanitario	113
La distribuzione della spesa per livelli di assistenza	113
I programmi di investimento in sanità	114
6. I CITTADINI SONO SOSSDISFATTI? (a cura del MES)	119
I servizi sul territorio: medicina di base, visite specialistiche ed esami diagnostici	121
I servizi del percorso materno-infantile	125
Il percorso emergenza nelle Aziende USL toscane	128
L'esperienza dei pazienti ricoverati negli ospedali toscani	131
I pazienti del percorso oncologico	135
Conclusioni	137
7. IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE: UN ATTORE IMPORTANTE DEL SISTEMA ECONOMICO TOSCANO (a cura di Irpet)	139
La spesa sanitaria in Toscana	139
La valutazione di impatto: la metodologia	140
L'impatto economico di breve periodo	142
Gli effetti economici di medio periodo	148
Gli effetti non economici e non misurabili	149

1. LA PREVENZIONE

L'ISTITUTO TUMORI TOSCANO COME SVILUPPO DELLA RETE ONCOLOGICA TOSCANA

Con la creazione nel 2003 dell'Istituto toscano tumori (ITT), la Regione Toscana ha definito come Istituto l'insieme delle strutture e dei professionisti della rete oncologica regionale, prefigurata già nel 1998 dalla "Azione programmata oncologia".

L'ITT non consiste quindi in un edificio, ma nella sommatoria di tutti i servizi di cura oncologici e di tutte le attività di studio e prevenzione sul cancro presenti nella regione, che diventano parte di una rete unica con un forte coordinamento centrale e con un potenziamento della ricerca anche attraverso la creazione di nuove strutture e infrastrutture.

Attori della rete sono tutte le numerose professionalità specialistiche presenti, in particolare:

- il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica (CSPO) di Firenze;
- i laboratori universitari, i laboratori del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) di oncologia e di ricerca sul cancro di Firenze, Pisa e Siena e altri che svolgono attività di ricerca sul cancro in Toscana;
- le AUSL (AUSL) toscane, con i servizi di screening, e i Dipartimenti oncologici comprendenti le Unità di oncologia medica, chi-

rurgia oncologica, radioterapia, psiconcologia, terapia palliativa, riabilitazione e altri servizi di supporto presenti;

- i medici di medicina generale (MMG);
- il volontariato oncologico.

Il valore aggiunto di questa scelta, anche sul piano della operatività, si fonda su **quattro presupposti fondamentali** che intervengono sul piano sia organizzativo sia giuridico-amministrativo:

- 1) individuazione di un unico sistema di governo del percorso assistenziale, dalla prevenzione primaria alla fase terminale o al follow-up;
- 2) valorizzazione del concetto di rete dei servizi;
- 3) scelta di un preciso modello di organizzazione del percorso, caratterizzato da accessi diffusi nel territorio (in ogni AUSL) in grado di attivare la prima valutazione multidisciplinare e programmare un percorso clinico in cui sono garantite le risposte di base, quelle più complesse e, quando necessarie, l'alta specializzazione, l'innovazione tecnologica, la ricerca clinica;
- 4) individuazione di specifiche competenze nei diversi livelli dell'organizzazione sanitaria. Compete ad ogni AUSL l'accesso, la presa in carico e l'avvio del percorso diagnostico terapeutico; l'area vasta attua una programmazione dell'offerta in grado di rispondere

alla quasi totalità della domanda dei residenti e, al tempo stesso, si fa carico di una quota di funzioni di livello regionale secondo una redistribuzione condivisa; il livello regionale monitorizza l'efficienza della rete, individua le procedure per garantire l'omogeneità di sistema, elabora le scelte strategiche sia sul piano assistenziale sia nella ricerca, realizza funzioni di service (ad esempio, Centro per le sperimentazioni cliniche, Registro tumori ecc.) di supporto per l'insieme dei servizi.

Questo modello, rispetto alle strutture fisiche di tipo tradizionale, si pone un obiettivo molto più ampio: garantire risposte ottimali e omogenee per l'intera popolazione regionale con interventi che vanno dagli stili di vita alla fase avanzata di malattia qualunque sia la sede di accesso ai servizi.

Oggi siamo in una fase già alquanto consolidata, all'interno e all'esterno del sistema, che ha chiari sia gli obiettivi (omogeneità, appropriatezza, qualità diffusa, continuità di cura) che gli strumenti per realizzarli (procedure di sistema, valorizzazione delle risorse, funzioni di servizio, programmazione sanitaria).

Tra le procedure di sistema citiamo, a titolo esemplificativo, alcune già operative:

- la pubblicazione delle raccomandazioni cliniche per i principali tumori solidi, elaborate e condivise da oltre 400 professionisti;
- la definizione dei modelli assi-

stenziali appropriati per l'attività di chemioterapia (ambulatorio/day-hospital - DH/ricovero ospedaliero);

- l'individuazione di una precisa procedura per la deospedalizzazione del paziente terminale in grado di garantire la continuità di cura.

La **valorizzazione delle risorse esistenti** non è solo un elemento di economicità, ma è anche una metodologia di intervento che obbliga a censire l'esistente, ad individuare le opportunità e le sinergie, a ottimizzarne l'utilizzo generale.

In questo ambito una importante realizzazione è l'attivazione del Centro regionale per la riabilitazione oncologica, articolato nelle 3 aree vaste, che si è resa possibile grazie alla sinergia anche economica del sistema sanitario regionale e di alcune associazioni del volontariato.

Uno strumento fondamentale per l'efficienza del sistema è la **valorizzazione delle funzioni di servizio** promosse dall'ITT. Si tratta di interventi di livello regionale che contribuiscono ad arricchire il sistema e a svilupparne alcune potenzialità.

In questo ambito sono stati definiti e avviati:

- l'estensione all'intero territorio regionale del Registro tumori;
- un progetto relativo a una realtà epidemiologicamente significativa sulla costa nordoccidentale (ca polmonare);

- l'intervento sulla qualità degli screening: questo varrà a sottolineare il ruolo regionale del CSPO anche come supporto nelle realtà territoriali in cui l'estensione degli interventi di screening presenta criticità;
- il finanziamento di programmi aziendali per l'umanizzazione dell'assistenza oncologica.

La fase attuale dell'ITT è quindi, in estrema sintesi, quella dell'avvio di un'operatività che per essere piena richiede un lavoro complesso che coinvolge l'istituzione regionale, l'insieme dei professionisti, le strutture amministrative e i cittadini stessi tenendo conto di un insieme di relazioni e di coerenze reciproche.

LA PREVENZIONE DEI TUMORI

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria dei tumori, la Regione Toscana ha voluto potenziare ulteriormente i criteri relativi al controllo di qualità dei programmi di screening oncologico con la delibera GR N. 1342 del 20/12/04, attraverso la quale si è potenziato e ulteriormente esplicitato il modello operativo di controllo e verifica della attività di screening organizzato. L'innovazione apportata da questa delibera riguarda inoltre la chiara attribuzione delle funzioni delle AUSL, del Centro di riferimento regionale e quella di indirizzo dell'ITT in ambito di prevenzione secondaria oncologica.

PROGRAMMI DI SCREENING DEI TUMORI FEMMINILI

Nel complesso i programmi di screening oncologico per la mammella e per la cervice uterina appaiono ormai ben consolidati su tutto il territorio (Fig. 1.1 e Fig. 1.2, Tab. 1.1 e Tab. 1.2), anche se è necessario operare ulteriori sforzi per migliorare i livelli di estensione della mammella e quelli di adesione per entrambi i programmi.

Figura 1.1

Estensione dei programmi di screening mammografico - Proporzione di donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio - AUSL di residenza e Toscana, anni 1999-2005

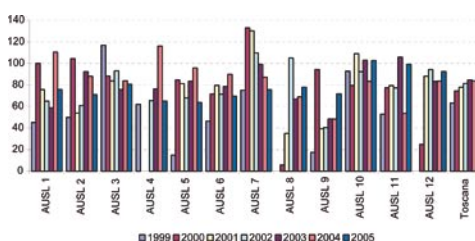


Figura 1.2

Adesione grezza (proporzione di donne rispondenti rispetto alla popolazione invitata) e corretta (per esclusioni dopo l'invito e inviti inesitati) ai programmi di screening mammografico - Toscana, anni 1999-2005

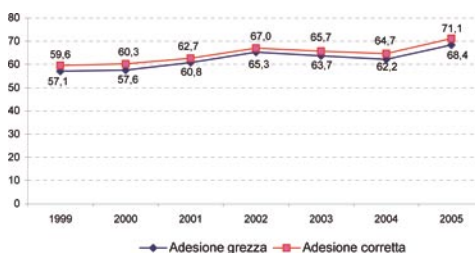


Tabella 1.1

Proporzione aggiustata di donne invitate dai programmi di screening cervicale (invitate/popolazione bersaglio-escluse) della regione Toscana per AUSL di residenza per l'anno 2005 e confronto anni 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004

Azienda USL di residenza	Popolazione bersaglio/anno*	N. invitate	N. escluse prima dell'invito	ESTENSIONE AGGIUSTATA (%)							
				2005	2004	2003	2002	2001°	2000°	1999°	
1 - Massa e Carrara	18.744	22.441	560	123,4	47,6						
2 - Lucca	19.929	17.204	0	86,3	98,7	81,7	62,2	98,2	100,6	46,3	
3 - Pistoia	26.378	25.916	2.890	110,3	119,4	67,6	57,8	95,6	87	80,3	
4 - Prato	22.835	17.363	0	76	159,4	78,1	39			11,8	
5 - Pisa	30.767	22.309	929	74,8	97,7	84,6	91,1	91,7	89,6	25	
6 - Livorno	32.472	27.830	0	85,7	115,2	76,9	86,9	84,4	45,7		
7 - Siena	23.819	21.976	927	96	104,3	104,2	107,3	90,9	107,2	65,2	
8 - Arezzo	30.754	18.110	1.089	61	40,2	58,6	58,9	88,1	131,1	81,3	
9 - Grosseto	20.601	18.147	7.537	138,9	88	80,8	50,9	69	69,1	37,5	
10 - Firenze	76.105	63.828	12.127	99,8	111,7	114	88,6	75,8	70,8	108,7	
11 - Empoli	21.103	25.581	2.292	136	86	120,8	185,6	127	168,1	103,2	
12 - Viareggio	15.833	12.600	3.855	105,2	81,4	64	79,9	81	92,4	97,7	
Toscana	339.340	293.305	32.206	95,5	98,1	82,7	76,7	76,8	68,9	61,2	

* Si riferisce ad un terzo delle donne residenti di età fra 25-64 anni.

° Disponibile soltanto il dato di estensione non aggiustata (invitate/popolazione bersaglio).

Tabella 1.2

Proporzione aggiustata di donne rispondenti ai programmi di screening cervicale (popolazione rispondente/popolazione invitata - inviti inesitati - escluse dopo invito) della regione Toscana per AUSL di residenza, anno 2005 e confronto anni 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004

Azienda USL di residenza	N. invitate	N. inviti inesitati	N. escluse dopo l'invito	N. rispondenti	ADESIONE AGGIUSTATA (%)							
					2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	
1 - Massa e Carrara	22.441	0	0	7.132	31,8	37,7						
2 - Lucca	17.204	91	0	6.282	36,7	40,7	32,4	43,3	26,0	16,9	20,4	
3 - Pistoia	25.916	558	115	11.682	46,3	53,1	54,1	48,8	45,0	47,7	48,2	
4 - Prato	17.363	51	2.074	7.884	51,7	50,9	49,8	47,4			49,6	
5 - Pisa	22.309	1.077	1.632	10.866	55,4	51,6	53,9	50,2	50,4	44,7	22,3	
6 - Livorno	27.830	1.095	150	10.620	39,9	31,6	34,3	33,1	31,2	28,0		
7 - Siena	21.976	165	0	9.065	41,6	39,5	39,6	31,8	37,4	32,8	31,0	
8 - Arezzo	18.110	121	1.649	8.463	51,8	50,9	39,6	37,2	27,4	34,7	10,9	
9 - Grosseto	18.147	1.327	1.535	6.667	43,6	24,2	25,9	29,5	27,1	28,1	32,0	
10 - Firenze	63.828	1.446	2.480	33.221	55,5	48,5	43,5	39,3	30,0	28,0	24,0	
11 - Empoli	25.581	320	0	12.961	51,3	45,5	32,3	34,1	38,0	42,5	33,3	
12 - Viareggio	12.600	667	5	5.493	46,1	41,4	50,8	37,8	39,7	37,8	33,7	
Toscana	293.305	6.918	9.640	130.336	47,1	44,4	41,3	38,7	34,7	34	27,5	

PROGRAMMA DI SCREENING DEL COLON-RETTO

Per quanto riguarda il programma di screening per il colon-retto, anch'esso

è in continua ascesa sul territorio con l'attivazione di due nuovi programmi aziendali nel 2005 e di altri 3 nel 2006 (Tab. 1.3 e Tabella 1.4). In particolare il valore dell'estensione risulta migliorato

Tabella 1.3

Proporzione aggiustata dei soggetti invitati dai programmi di screening per il carcinoma coloretale (invitati/popolazione bersaglio - esclusi) della regione Toscana per AUSL di residenza per l'anno 2005 e confronto anni 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004

Azienda USL di residenza	Popolazione bersaglio/anno*	N. escluse prima dell'invito	N. invitate	ESTENSIONE AGGIUSTATA (%)						
				2005	2004	2003	2002	2001	2000	
1 - Massa e Carrara	27.082	0	0							
2 - Lucca	28.947	0	23.433	81,0	76,4	51,9	51,8	52,9	46,0	
3 - Pistoia	36.709	1.340	11.880	33,6	8,5					
4 - Prato	30.435	529	9.789	32,7						
5 - Pisa	43.636	31	38.023	87,2	65,6	95,3	70,8	2,5	26,0	
6 - Livorno	47.031	0	42.962	91,3	106,3	99,2	93	79,4	44,0	
7 - Siena	34.597	0	0							
8 - Arezzo	43.587	337	38.070	88,0	46,2	111,4	51,8	11,5		
9 - Grosseto	30.789	0	0							
10 - Firenze	110.114	6.234	45.481	43,8	39,7	22,6	25,1	16,8	14,0	
11 - Empoli	28.736	0	29.840	103,8	72,6	64,2	81,9	61,6	83,0	
12 - Viareggio	22.364	0	0				69,7	51,0	62,0	
Toscana	484.057	8.471	239.478	50,4	39,0	40,4	37	22,1	21,0	

*metà della popolazione residente di età 50-70 anni.

Tabella 1.4

Proporzione aggiustata di soggetti rispondenti ai programmi di screening per il carcinoma coloretale (popolazione rispondenti/popolazione invitata - inviti inesitati - esclusi dopo invito) della regione Toscana per AUSL di residenza per l'anno 2005 e confronto anni 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004

Azienda USL di residenza	N. Invitati	N. inviti inesitati	N. esclusi dopo l'invito°	N. rispondenti	ADESIONE AGGIUSTATA (%)					
					2005	2004	2003	2002	2001	2000
2 - Lucca	23.433	59	0	6.643	28,4	28,6	22,7	20,7	34,3	26,0
3 - Pistoia	11.880	54	0	8.483	71,7	52,1				
4 - Prato	9.789	43	14	5.263	54,1					
5 - Pisa	38.023	981	27	22.100	59,7	61,4	51,1	54,5	46,9	43,0
6 - Livorno	42.962	731	79	19.273	45,7	47,4	45,3	45,0	37,8	38,0
8 - Arezzo	38.070	479	191	23.624	63,2	77,2	58,5	59,2	42,4	
10 - Firenze	45.481	877	205	22.374	50,4	53,5	50,9	52,4	50,6	48,0
11 - Empoli	29.840	70	335	13.582	46,1	49,2	50,8	58,4	54,4	50,0
Toscana	239.478	3.294	851	121.342	51,6%	52,0%	49,2%	47,8%	41,0%	39,0%

di 11 punti percentuali dal 2004 al 2005, mentre si registra una stabilizzazione nel livello di adesione negli ultimi 2 anni (2004-2005).

LA RICERCA

Anche per quanto riguarda la ricerca, si è fatta una scelta di organizzazione "a rete". Per coordinare e sviluppare le attività di ricerca sul cancro in Toscana è stato individuato un Direttore scientifico che, insieme al Direttore operativo, a rappresentanze delle tre aree vaste, dei MMG e del CSPO, costituisce la Direzione ITT.

Nel gennaio 2005 hanno avuto luogo tre riunioni (una per area vasta) dalle quali è emerso il quadro dell'attività di ricerca in oncologia di tutte le Aziende Sanitarie del territorio toscano.

Tutte le Aziende hanno attività clinica in campo oncologico di rilievo e in generale ben organizzata. Alcune svolgono una cospicua attività di ricerca clinica e una significativa attività nel campo della formazione. La ricerca clinica traslazionale è naturalmente accentrata essenzialmente nelle Aziende ospedaliero- universitarie (AOU).

In base a questa prima ricognizione è stato possibile potenziare alcuni progetti specifici, grazie al coinvolgimento di più unità operative.

Sono stati quindi sostenuti progetti specifici nell'ottica di uno **sviluppo razionale delle attività di ricerca, tenendo conto delle strutture già esistenti.**

Oltre alla valorizzazione e sviluppo delle attività di ricerca già in essere, è prevista l'attivazione di nuove strutture e infrastrutture:

STRUTTURE

È prevista la realizzazione di un **Core research laboratory** (CRL), per il quale è stato elaborato di concerto con la AOU di Careggi il piano di attuazione, e di **Laboratori satellite**, che verranno attivati presso le AOU Pisana e Senese.

INFRASTRUTTURE

È stato attivato in collaborazione con l'Università di Firenze e l'AOU Careggi un Laboratorio di ingegneria genetica per la produzione di modelli animali (Ligema) ed è in fase di primo avvio un Centro *clinical trials*, che verrà denominato Centro coordinamento sperimentazioni cliniche (CCSC), e darà adeguato supporto a molte attività già in corso.

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA: PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE

Nel triennio 2003-2005 si conferma, pur con qualche eccezione, la tendenza generale al decremento del numero di notifiche di malattie infettive già osservata nel corso degli anni precedenti (Tab. 1.5).

Nel 2005, che risulta l'anno in cui è stato registrato il minor numero di segnalazioni dall'introduzione del nuovo

sistema di rilevazione (D.M. 15/12/90), sono stati notificati 8932 casi classificati dal D.M. del '90 in I, II, e III classe, con una riduzione percentuale totale di circa il 41% rispetto al 2004.

La varicella rimane in assoluto la patologia più frequente; nel 2004 si registra

un picco epidemico con la segnalazione di 11.445 casi.

L'andamento delle notifiche di TBC, che risulta pressoché costante nel corso degli ultimi anni, registra una lieve flessione nel 2005 (18,3% in meno rispetto al biennio precedente).

Tabella 1.5

Notifiche di malattie infettive per 100.000 abitanti (popolazione di riferimento al 31/12/2004). Toscana, anni 2003-2005

Malattia	2003		2004		2005	
	Casi	Tassi	Casi	Tassi	Casi	Tassi
Blenorragia	5	0,1	7	0,2	9	0,3
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Brucellosi	5	0,1	3	0,1	4	0,1
Diarrea infettiva	90	2,5	141	3,9	115	3,2
Epatite A	184	5,1	155	4,3	133	3,7
Epatite B	84	2,3	144	4	100	2,8
Epatite C	22	0,6	33	0,9	26	0,7
Epatite Delta acuta	-	-	-	-	1	0
Epatite E	1	0	3	0,1	2	0,1
Epatite NANB	11	0,3	3	0,1	3	0,1
Epatite non spec.	-	-	-	-	1	-
Febbre tifoide	2	0,1	5	0,1	3	0,1
Legionellosi	60	1,7	65	1,8	89	2,5
Leishmaniosi cutanea	-	-	3	0,1	2	0,1
Leishmaniosi viscerale	8	0,2	10	0,3	6	0,2
Leptosirosi	3	0,1	5	0,1	3	0,1
Listeriosi	9	0,3	4	0,1	4	0,1
Malaria	48	1,3	51	1,4	38	1,1
Meningite meningococcica	14	0,4	25	0,7	33	0,9
Meningo-encefalite a.v.	197	5,5	131	3,6	216	6
Micobatteriosi non tb	21	0,6	33	0,9	22	0,6
Morbillo	219	6,1	15	0,4	12	0,3
Morbo di hansen (caso importato)	-	-	1	0	-	-
Parotite epidemica	113	3,1	97	2,7	127	3,5
Pertosse	55	1,5	100	2,8	53	1,5
Rickettsiosi	6	0,2	2	0,1	4	0,1
Rosolia	44	1,2	27	0,8	17	0,5
Salmonellosi non tifoidee	759	21,1	919	25,5	578	16,1
Scarlattina	1.210	33,6	1.260	35	1064	29,6
Sifilide	46	1,3	35	1	45	1,3
Tetano	10	0,3	6	0,2	5	0,1
Tularemia	1	0	-	-	2	0,1
Tubercolosi	398	11,1	400	11,1	327	9,1
Varicella	9.569	266	11.445	318	5888	164

Si conferma la tendenza all'aumento delle segnalazioni di legionellosi già evidenziata nel triennio precedente, periodo nel quale sono state promosse e realizzate specifiche campagne informative per la prevenzione dei casi nelle strutture ricettive.

Il significativo aumento dei casi di meningite meningococcica particolarmente evidenziato nel biennio 2004-2005 e i risultati di laboratorio derivanti dal sistema di sorveglianza nazionale che hanno permesso di tracciare un profilo più preciso degli agenti patogeni responsabili delle meningiti batteriche, hanno orientato e sostenuto la scelta che ha portato all'introduzione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il meningococco C nel territorio regionale (deliberazione della Giunta regionale N.379 del 7/3/2005).

Il tetano, che è stato oggetto di campagne vaccinali negli anni '90, periodo in cui si è registrata la massima incidenza dei casi (N. 26 notifiche nel 1998 con 6 decessi) e che viene offerto gratuitamente a tutti coloro che ne fanno richiesta, ha registrato, nel 2005, il numero minimo di segnalazioni degli ultimi venti anni (5 casi).

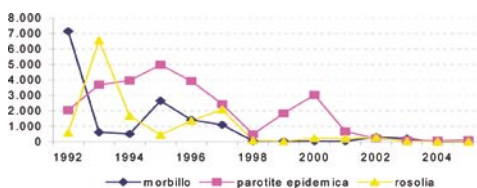
I dati epidemiologici e virologici dell'influenza derivano da un sistema di sorveglianza dedicato che vede coinvolti medici e pediatri sentinella rappresentativi di tutto il territorio regionale. L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica poiché causa epidemie stagionali che colpiscono, ogni anno, un considere-

vole numero di persone. Si stima che nel corso della stagione epidemica 2004-2005, periodo di massima incidenza nel triennio considerato, siano stati colpiti nel territorio regionale circa 430.000 soggetti. La vaccinazione, che rappresenta lo strumento ottimale per prevenire l'influenza e ridurre il rischio di complicanze, è offerta gratuitamente ai soggetti a rischio di tutte le età e agli ultrasessantacinquenni. Il corso del triennio 2003-2005, è caratterizzato da un costante incremento del tasso di copertura vaccinale per i soggetti di età pari o superiore ai 65 anni che nella stagione epidemica 2005-2006 ha raggiunto il 67,64% (5,5% in più rispetto alla precedente).

Tra le malattie prevenibili con vaccinazione risulta particolarmente significativa la riduzione dei casi di morbillo e rosolia registrata nel biennio 2004-2005 (nel 2005 - 94,5% rispetto al 2003) risultato raggiunto anche grazie all'impegno dei centri vaccinali che hanno attuato con successo quanto previsto dal piano regionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (Fig. 1.3). Dall'analisi delle notifiche obbligatorie emerge che i casi di morbillo segnalati sono stati 219 nel 2003, 15 nel 2004 e 12 nel 2005. Il numero di casi notificati è quindi in netta diminuzione e ha toccato nel 2005 un minimo storico. Tale diminuzione è attribuibile sia all'incremento delle coperture vaccinali che al periodo postepidemico. La stessa situazione si presenta per la rosolia.

Figura 1.3

Numero di notifiche di morbillo, parotite e rosolia - Toscana, anni 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004



In generale comunque risulta soddisfacente la situazione delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate (pertosse ed haemofilus influenzae di tipo B - HIB) a 24 mesi che superano, a livello regionale, il 95%. Più bassa, invece, la copertura a 24 mesi anti-morbillo, -parotite e -rosolia (MPR) che mostra comunque un considerevole incremento sfiorando la soglia del 90% (Tab. 1.6 e Fig. 1.4.).

Tabella 1.6

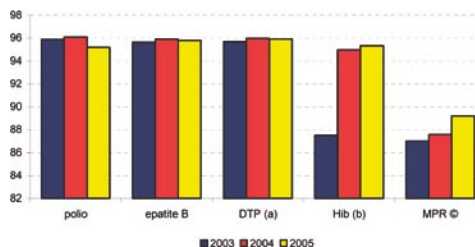
Coperture vaccinali per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate a 24 mesi - Stima regionale per tipo di vaccino - Valori percentuali - Toscana, anni 2003-2005

Tipo vaccino	2003	2004	2005
Polio	95,88	96,09	95,20
Epatite B	95,63	95,91	95,79
DTP ^(a)	95,69	95,97	95,92
HIB ^(b)	87,50	94,97	95,35
MPR ^(c)	87,02	87,58	89,20

Dal dicembre 2003, nell'ambito del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, che ha come obiettivo l'eliminazione del morbillo entro il 2007, il morbillo, la parotite e la rosolia sono stati oggetto di una campagna straordinaria di vaccinazione rivolta ai bambini in età scolare. L'attività vaccinale di recupero ha

Figura 1.4

Coperture vaccinali per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate a 24 mesi - Stima regionale per tipo di vaccino - Valori percentuali - Toscana, anni 2003-2005



riguardato, nel 2004, le coorti di nascita 1993-1997 e, nel 2005, le coorti 1991-1992.

La popolazione bersaglio era costituita da 167.273 ragazzi. Lo stato vaccinale della popolazione target all'inizio e alla fine della campagna è riportato in Tabella 1.7 e in Figura 1.5. Si è partiti da una copertura vaccinale media per almeno una dose di anti-MPR dell'81,5% (39,1% soggetti già vaccinati con una dose, 42,4% già vaccinati con due dosi), è stata raggiunta una copertura regionale dell'88,2% (range: 69,6-96,6) con un incremento di circa il 7%. La copertura per seconda dose è salita in misura maggiore di quella per prima dose a testimonianza del fatto che è più difficile raggiungere chi non è mai stato vaccinato. Dai dati disponibili emerge quindi che, grazie soprattutto all'elevato coinvolgimento degli operatori delle AUSL, gli obiettivi di copertura vaccinale per prima dose di anti-MPR sono stati pressoché raggiunti, anche se appare probabile che all'aumentare delle coperture vaccinali diventi sempre più difficile migliorare l'adesione alla vaccinazione.

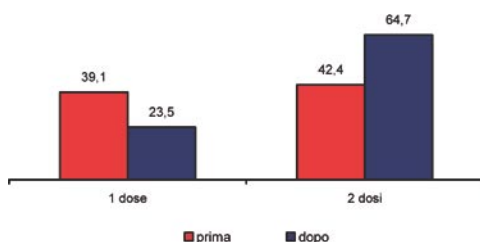
Tabella 1.7

Risultati della campagna straordinaria di vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia rivolta nel 2004-2005 ai ragazzi delle scuole elementari e medie - Coorti di nascita 1991-1997 - Toscana

Percentuali di bambini già vaccinati con 1 dose inizio campagna	39,1
Percentuali di bambini già vaccinati con 2 dosi inizio campagna	42,4
Percentuali di bambini vaccinati per prima dose durante la campagna	6,6
Percentuali di bambini vaccinati per seconda dose durante la campagna	22,2
Percentuali di bambini vaccinati con 1 dose fine campagna	23,5
Percentuali di bambini vaccinati con 2 dosi fine campagna	64,7
Percentuali di bambini vaccinati con almeno 1 dose a fine campagna	88,2
Popolazione coinvolta (coorti di nascita 1991-1997)	167273

Figura 1.5

Proporzione di bambini vaccinati con 1 o 2 dosi prima e dopo la campagna straordinaria di vaccinazione anti-morbillo, -parotite, -rosolia rivolta nel 2004-2005 ai ragazzi delle scuole elementari e medie - Coorti di nascita 1991-1997, Toscana



Gli interventi hanno dimostrato efficacia nel ridurre le tossinfezioni alimentari.

La Figura 1.6 mostra il trend dei ricoveri per patologie infettive ricollegabili agli alimenti: nel triennio in esame si è assistito ad una riduzione del numero di ricoveri ospedalieri pari al 32% con il relativo risparmio di spesa per il sistema sanitario regionale pari al 18, 25%.

Tabella 1.8

Risultati dell'attività di vigilanza sui prodotti alimentari effettuata dai SIAN delle Aziende USL - Toscana, anni 2003-2005

IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

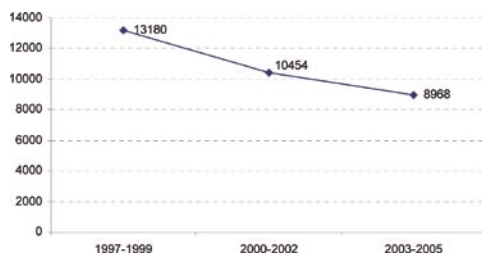
I risultati concernenti il controllo ufficiale degli alimenti per il triennio 2003-2005, effettuato dai servizi d'Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) delle AUSL, sono sintetizzati nella Tabella 1.8.

Gli interventi sono stati focalizzati negli ambiti della distribuzione e della ristorazione collettiva senza peraltro trascurare tutte le altre tipologie produttive della filiera alimentare.

Attività di vigilanza	2003	2004	2005
UNITA' PRODUTTIVE	93.579	98.935	92.533
unità controllate	13.172	15.919	13.537
% unità controllate	14%	16%	15%
unità con infrazioni	3.290	3.148	2.693
% unità con infrazioni	25%	20%	20%
ISPEZIONI	16.034	19.132	15.787
CAMPIONI PRELEVATI	7.025	5.739	5.507
campioni non regolamentari	130	114	51
INFRAZIONI:			
a) igiene generale	1.874	1.630	1.435
b) igiene (HACCP, formazione personale)	2.549	1.825	1.931
PROVVEDIMENTI:			
a) amministrativi	6.326	5.497	4.257
b) notizie di reato	69	104	82

Figura 1.6

Numero di ricoveri per patologie infettive ricollegabili agli alimenti - Toscana, trienni 1997-1999, 2000-2002, 2003-2005



Dati interessanti sono quelli relativi all'analisi di tutti i casi di tossinfezioni alimentari notificati (ricoverati o meno). Nella Figura 1.7 è evidente che prevalgono le tossinfezioni generate in ambito domestico (53%) rispetto a quelle che si sono generate negli esercizi pubblici (35%) con un andamento nell'ultimo decennio che evidenzia però l'efficacia delle azioni promosse da questo settore regionale nell'ambito dell'educazione sanitaria e della promozione della salute.

L'incremento dei casi manifestati nei pubblici esercizi mostra la duplice necessità di:

- mantenere destinate parte delle risorse impiegate alle attività di vigilanza e ispezione;

- attivare specifici sistemi di verifica nella valutazione dell'efficacia degli interventi formativi destinati agli addetti nel settore alimentare.

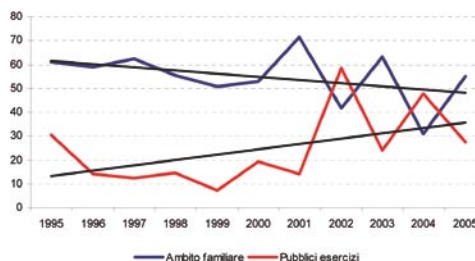
L'analisi dei maggiori problemi riscontrati in fase di vigilanza è coerente e coerente con quella relativa allo studio dei fattori che hanno contribuito a generare i casi di epidemia: si evince in particolare

infatti che i principali fattori causali sono (Fig. 1.8):

- cattiva igiene dell'alimentarista;
- cottura inadeguata;
- scorretto mantenimento della temperatura.

Figura 1.7

Percentuale di malattie trasmesse dagli alimenti (MTA) in ambito familiare e nei pubblici esercizi - Toscana, anni 1995-2005

**Figura 1.8**

Fattori contribuenti all'epidemia - Confronto tra ambito familiare ed esercizi pubblici



LA MEDICINA LEGALE

Uno degli obiettivi principali per i servizi di Medicina legale, individuato dal Piano sanitario regionale 2005-2007, è il contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni di competenza. In particolare la riduzione dei

tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap e la disabilità di cui alla legge 12 marzo 1999, N. 68 (*"Norme per il diritto al lavoro dei disabili"*).

L'impegno della sede regionale si è espresso nell'individuazione di schemi e soluzioni applicative ispirate a criteri di semplificazione di talune procedure, al fine di assicurare un percorso accertativo con una certezza di una corretta valutazione medico - legale in tempi ristretti, evitando passaggi procedurali soverchi al raggiungimento dell'obiettivo della tutela della persona assistita, utente del Servizio sociosanitario.

Nella Tabella 1.9 viene riportato il quadro della situazione al 31.12.2005.

Alle 132 Commissioni funzionanti istituite presso le AUSL arrivano mediamente 468 domande ogni mese, il tempo di attesa medio per la visita è di circa due mesi e mezzo.

LA MEDICINA DELLO SPORT

Le attività motorie e lo sport rappresentano un fattore importante per lo stato di salute, un corretto e sano stile di vita.

La medicina dello sport, collocata dal Piano sanitario 2005-2007, all'interno del Dipartimento della prevenzione, con evidenti finalità di disciplina preventiva, è chiamata a sviluppare e supportare gli aspetti di educazione all'attività motoria di tutta la popolazione, promuovendo l'avviamento alle attività fisiche e motorie di fasce e/o gruppi di popolazione che non svolgono alcuna pratica motoria; ed effettuando la valutazione dei soggetti praticanti attività agonistiche e professionistiche, al fine di prevenire eventuali effetti collaterali in genere, e nei giovani in fase di accrescimento.

Attività prevalente delle strutture ambulatoriali del settore sono le visite di idoneità agonistica.

Tabella 1.9

Funzionamento delle attività di accertamento di invalidità civile nelle AUSL - Toscana, situazione al 31/12/2005

Azienda USL	COMMISSIONI			ACCERTAMENTI		DOMANDE			
	Istituite	Funzionanti	Presiedute da Spec. Med. Leg.	Sedute mensili (media)	Persone invitate a seduta (media)	In arrivo (media mensile)	Definite (media mensile)	Giacenti	Attesa (giorni medi)
1 - Massa e Carrara	7	7	7	48	25	417	314	623	45
2 - Lucca	2	2	2	34	16	386	336	1120	77
3 - Pistoia	11	11	11	52	27	589	618	1550	90
4 - Prato	22	22	22	28	17	350	291	1297	90
5 - Pisa	12	12	12	62	14	520	507	1588	90
6 - Livorno	8	8	8	39	17	588	625	1431	60
7 - Siena	8	8	8	28	12	450	384	500	60
8 - Arezzo	11	11	11	34	9	209	227	385	57
9 - Grosseto	12	12	12	30	19	400	423	1128	78
10 - Firenze	26	26	26	101	13	1097	1220	4183	90
11 - Empoli	9	9	9	25	12	300	300	600	60
12 - Viareggio	4	4	4	16	23	315	288	318	120
Totale	132	132	132	41	17	468	461	14723	76

La Tabella 1.10 riporta i dati relativi all'anno 2005. Sono state effettuate 127.617 visite, con una percentuale di idonei dello 0,21%.

Tabella 1.10

Attività degli ambulatori di Medicina dello Sport - Toscana, anno 2005

Età	Soggetti visitati	DI CUI IDONEI	
		N.	%
Minori di 18 anni	60.232	50	0,08
18 anni e oltre	67.385	214	0,32
Totale	127.617	264	0,21

IL PROGRAMMA TRIENNALE PER I CONTROLLI ANTIDOPING (D.G.R. 15/03/2004, N. 232)

La Regione Toscana considera la lotta al doping una priorità sociale e nel marzo 2004 ha approvato un primo programma triennale di contrasto al fenomeno.

Il Programma si inserisce e si adegua alle risoluzioni, raccomandazioni e pronunciamenti dell'Unione europea, oltre che alle disposizioni specifiche nazionali e internazionali.

La partecipazione congiunta al Programma degli Assessorati regionali competenti in materia di sanità e sport costituisce un'importante novità nel panorama delle iniziative contro il doping, oltre ad offrire maggiori potenzialità per il raggiungimento degli obiettivi.

Il Programma prevede una serie di iniziative come la realizzazione di eventi e campagne di comunicazione rivolte ad atleti, allenatori, medici, insegnanti, genitori; l'organizzazione di percorsi formativi e di momenti di studio e riflessione; il

prelievo volontario dei campioni di urina al termine di manifestazioni sportive, ma anche nel corso di allenamenti o di raduni, sugli atleti dai quattordici anni di età, per avere un controllo capillare della situazione in Toscana.

Il Programma ha anche portato all'istituzione del Laboratorio regionale antidoping (LAD), all'interno del laboratorio di Sanità pubblica dell'AUSL di Firenze, con il compito di effettuare controlli analitici sulle sostanze vietate per doping.

Il Programma triennale antidoping è coordinato da una Commissione regionale istituita con il decreto dirigenziale della Regione Toscana N. 5615 del 29/09/2004.

Inoltre, con il decreto dirigenziale della Regione Toscana N. 3435 del 10/06/2005 è stato istituito il Comitato scientifico del laboratorio regionale antidoping. Il Comitato, costituito da rappresentanti dei tre Atenei universitari e delle AUSL della Toscana, avrà i seguenti compiti:

- organo tecnico di riferimento della Commissione regionale di coordinamento del Programma triennale in materia di tecniche e metodiche analitiche dei controlli antidoping
- promuovere e garantire la ricerca e lo sviluppo di tecniche e metodiche analitiche in tema di controlli antidoping
- individuare tematiche di ricerca in materia di prevenzione, vigilanza e monitoraggio dell'uso di sostanze e pratiche vietate per doping.

Tra il 2004 e il 2005 sono stati eseguiti 1.150 controlli su 30 discipline sportive

(Tab. 1.11) e sono state riscontrate 47 positività secondo le tipologie riportate in tabella 1.12.

Tra il 01/07/2004 e il 31/12/2005 la percentuale di positivi è stata del 4,09%.

Tabella 1.11

Numero di controlli eseguiti per disciplina sportiva, anni 2004-2005

Sport	2005	2004	Totale
Arbitri (Calcio)	3	-	3
Atletica	14	12	26
Baseball	5	-	5
Basket	76	-	76
Boxe	10	-	10
Bridge	8	-	8
Calcio	357	135	492
Canottaggio	4	-	4
Ciclismo	41	70	111
Danza	3	-	3
Equitazione	1	-	1
Ginnastica	5	-	5
Hockey	5	-	5
Judo	9	-	9
Karate	14	-	14
Nuoto	41	26	67
Palestra	6	-	6
Pallanuoto	27	-	27
Pallavolo	121	35	156
Pattinaggio	5	-	5
Pentathlon	1	-	1
Podismo	7	-	7
Rugby	63	-	63
Rugby sub.	-	11	11
Scherma	3	-	3
Sci	2	-	2
Sub	2	-	2
Surf	1	-	1
Tennis	3	-	3
Triathlon	4	-	4
Vari	-	20	20
Totale	841	309	1.150

Tabella 1.12

Numero e tipologia di positività riscontrate, anni 2004-2005

Anno	THC	Cocaina	Anabolizzanti	Stimolanti	Diuretici	Totale
2004	16	4	3	0	0	23
2005	20	0	0	4	0	24
Totale	36	4	0	4	0	47

GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Dall'analisi dei flussi informativi nazionali di Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) - Istituto superiore prevenzione e sicurezza sul lavoro (Ispesl) - Regioni, scaturiti da un fondamentale accordo di collaborazione fra questi enti, è possibile un'adeguata descrizione del fenomeno degli infortuni sul lavoro.

La Tabella 1.13 mostra il numero di addetti assicurati all'Inail e il numero assoluto degli infortuni indennizzati relativi alla gestione Inail Industria e Servizi e i tassi grezzo e standardizzato per ogni 1000 addetti assicurati negli anni 2001, 2002, 2003 in Toscana.

Dal confronto dei dati nei tre anni si osserva nel 2003 un calo del numero assoluto di infortuni indennizzati, diminuzione che acquista più consistenza considerando l'aumento del numero degli occupati assicurati.

Durante il triennio 2001-2003 si sono verificati in media 37,11 infortuni indennizzati ogni 1000 addetti assicurati, contro i 30,58 del dato nazionale (Tab. 1.14). La situazione quindi presenta ancora la necessità di una forte attenzione.

Tabella 1.13

Infortuni indennizzati: numero assoluto, tasso grezzo e tasso standardizzato (sulla base della composizione per comparti delle attività produttive delle AUSL) - Toscana, anni 2001-2003

Anno	Addetti (Inail)	Infortuni indennizzati	Tasso grezzo infortuni indennizzati x 1.000 addetti	Tasso standardizzato infortuni indennizzati x 1.000 addetti
2001	1.147.537	43.078	37,54	40,24
2002	1.156.292	44.169	38,20	40,02
2003	1.183.285	42.165	35,63	37,55

Tabella 1.14

Infortuni indennizzati: numero assoluto, tasso grezzo e tasso standardizzato (sulla base della composizione per comparti delle attività produttive delle AUSL) per AUSL di indennizzo - Toscana e Italia, triennio 2001-2003

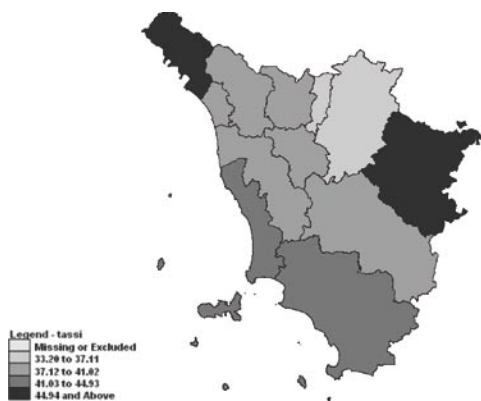
Azienda USL	Addetti (inail)	Infortuni indennizzati	Tasso grezzo infortuni indennizzati x 1.000 addetti	Tasso standardizzato infortuni indennizzati x 1.000 addetti
1 - Massa e Carrara	153.320	8.066	52,61	51,67
2 - Lucca	217.921	8.833	40,53	40,72
3 - Pistoia	230.450	9.008	39,09	40,94
4 - Prato	266.698	8.210	30,78	32,77
5 - Pisa	304.359	11.583	38,06	39,49
6 - Livorno	286.200	13.391	46,79	45,95
7 - Siena	309.681	9.627	31,09	37,58
8 - Arezzo	298.427	13.407	44,93	49,06
9 - Grosseto	146.535	5.550	37,87	38,94
10 - Firenze	918.805	28.900	31,45	33,45
11 - Empoli	223.021	7.138	32,01	37,60
12 - Viareggio	131.700	5.699	43,27	41,24
Toscana	3.487.114	129.412	37,11	38,63
Italia	50.801.182	1.553.887	30,58	

La Figura 1.9 mostra la distribuzione territoriale per AUSL degli infortuni sul lavoro nel loro insieme, utilizzando il tasso standardizzato per numero di addetti nei diversi settori industriali degli infortuni ac-

caduti nel corso del 2003 e indennizzati al 30 aprile 2005. Le AUSL che mostrano la maggior incidenza sono quelle di Massa e Carrara e Arezzo, mentre all'estremo opposto si collocano quelle di Prato e Firenze.

Figura 1.9

Tassi standardizzati di infortuni sul lavoro accaduti nel 2003 e indennizzati al 30 aprile 2005 nelle AUSL toscane



LE MALATTIE PROFESSIONALI

Il fenomeno delle malattie professionali è complesso e di non facile descrizione. La Tabella 1.15 mostra il numero delle malattie professionali manifestatesi e denunciate all'Inail in Toscana nel triennio 2001-2003 e definite a tutto il 30 aprile 2006 secondo i dati forniti dalla banca dati Inail. Si nota l'importanza in termini assoluti e percentuali delle malattie non tabellate che sono passate dal 59% nel 2001, al 63% nel 2002, e al 71% nel 2003 sul totale delle malattie definite dall'Inail. Per le malattie non tabellate sussiste a carico del lavoratore l'onere della prova del nesso di causalità a fini di riconoscimento e indennizzo da parte dell'ente assicuratore; mentre per quelle tabellate vige la presunzione legale del nesso.

Negli ultimi anni tra le malattie non tabellate hanno acquisito sempre più importanza in termini di frequenza al-

cuni quadri classificati nel gruppo delle *work-related muscolo-skeletal disorders* (WMSDs - malattie muscoloscheletriche lavoro-correlate) da sovraccarico biomeccanico agli arti superiori e inferiori e alterazioni a carico del rachide. In generale le malattie comprese fra quelle non tabellate hanno un'origine multifattoriale, dovute cioè a fattori lavorativi ed extralavorativi. È intuibile come sia assai difficoltoso stabilire l'efficacia causale del rischio lavorativo a fini del riconoscimento in un sistema assicurativo del tipo "tutto o nulla" come quello italiano.

Fonte banca dati Inail

Dal 2000 è attivo un flusso informativo relativo alle segnalazioni di malattie professionali (Sistema Mal.Prof) che pervengono ai Servizi di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (Pisll) delle AUSL della Toscana. Il Sistema prevede la valutazione del nesso di causalità della malattia sulla base della anamnesi lavorativa. La Tabella 1.16 riporta il numero di segnalazioni divise per nesso di causalità negativo, positivo e mancante e per anno nel periodo 2000-2004.

Nonostante sia ancora insufficiente il quadro di copertura del sistema soprattutto se paragonato al numero di denunce presentate all'Inail, il numero registrato di malattie professionali con nesso di causalità positivo è risultato più alto rispetto al numero di malattie riconosciute e indennizzate dall'ente assicuratore. Il riconoscimento e l'indennizzo delle

Tabella 1.15

Numero assoluto di malattie professionali manifestatesi e denunciate all'Inail negli anni 2001-2003 in Toscana e definite a tutto il 30 aprile 2006

Malattie professionali	2001			2002			2003		
	Indennizzate	Non indennizzate	Totali definite	Indennizzate	Non indennizzate	Totali definite	Indennizzate	Non indennizzate	Totali definite
Non tabellate	151	1.274	1.425	151	1.208	1.359	192	1.196	1.388
In complesso	448	1.971	2.419	409	1.740	2.149	410	1.555	1.965

malattie professionali da parte dell'Inail tiene conto di elementi valutativi propri del sistema assicurativo. Attualmente tracciare un quadro del fenomeno delle patologie da lavoro è estremamente difficile e solo dall'incrocio di più fonti informative si può sperare di avere un'idea più precisa.

Tabella 1.16

Segnalazioni di malattia professionale (MP) pervenute alle UF Pisll delle AUSL della Toscana, anni 2000-2004

MP con nesso di causalità	2000	2001	2002	2003	2004
Mancante	210	90	101	101	60
Negativo	102	134	96	111	125
Positivo	795	987	983	850	1023
Totale	1.107	1.211	1.180	1.062	1.208

LA PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

I profondi cambiamenti intervenuti nel mercato del lavoro, unitamente alla frammentazione produttiva caratteristica della nostra regione, hanno imposto un ripensamento sui processi di vigilanza e

assistenza e un ri-orientamento dei servizi Pisll della Toscana.

In particolare l'analisi del fenomeno infortunistico ha permesso di declinare specifici elementi di criticità verso i quali si sono rivolte le nuove iniziative dei servizi Pisll. Ai rischi lavorativi tradizionali, ascrivibili alle specificità dei singoli comparti produttivi, si sono aggiunte fonti di rischio legate alla condizione lavorativa, alle forme di contratto di lavoro, alla dimensione aziendale.

Inoltre, la centralità del singolo lavoratore nel processo di prevenzione delineato dalle norme europee richiede di investire nella formazione scolastica e professione quale leva importante per promuovere la consapevolezza individuale sui rischi lavorativi e su comportamenti corretti.

Pertanto gli ambiti sui quali si sono concentrati gli interventi dei servizi Pisll sono quelli di seguito riportati.

MECCANICA E SIDERURGIA

Il settore della siderurgia sta attraversando da anni una fase di profonda

ristrutturazione delle linee produttive, con una radicale riorganizzazione del lavoro e conseguente riduzione della mano d'opera. Inoltre, a fronte di una contrazione del numero degli addetti si sta assistendo, di fatto, ad una sensibile ripresa della produzione annua.

Lavori di ristrutturazione, esternalizzazioni di numerosi servizi e attività hanno però portato alla presenza, dentro le acciaierie, di molte ditte in appalto, con lavoratori non perfettamente a conoscenza dei molti rischi di infortunio nell'ambiente di lavoro.

Lavorare nell'industria siderurgia non consente errori veniali: ogni mancata procedura, ogni distrazione sulla pianificazione delle lavorazioni può rischiare di provocare un danno irreparabile per il lavoratore.

Sono infatti accaduti negli ultimi anni infortuni gravi e gravissimi che hanno richiamato l'attenzione della opinione pubblica e dei movimenti sindacali sulla necessità di migliorare le condizioni di lavoro.

La Giunta regionale si è pertanto fatta promotrice di un apposito protocollo di intesa tra Acciaierie Lucchini, Sindacati locali e regionali, Comune di Piombino, Provincia di Livorno, Associazione industriali con lo scopo di:

- analizzare congiuntamente tra Lucchini, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e AUSL 6 di Livorno l'andamento degli infortuni nello stabilimento di Piombino negli ultimi anni, con un'analisi sulle cause e le modalità di acca-

dimento maggiormente ricorrenti;

- avanzare proposte di correzioni e integrazione del Piano della sicurezza;
- coinvolgere e rendere partecipi tutti i lavoratori attraverso una puntuale e diffusa informazione sul progetto aziendale della prevenzione;
- avanzare proposte per contribuire al miglioramento delle condizioni di sicurezza delle ditte in appalto attraverso una indagine sugli infortuni avvenuti negli ultimi anni e l'analisi delle procedure di selezione delle imprese appaltatrici;
- contribuire a elaborare un piano di formazione dei lavoratori;
- costituire un gruppo di lavoro per il monitoraggio del progetto e delle azioni in esso previste.

Nelle Acciaierie di Piombino è infatti in corso un programma di aggiornamento e ristrutturazione della cokeria e una commissione congiunta Lucchini, Sindacati locali, Rappresentanze sindacali unitarie e Arpat, coordinata dal Comune di Piombino, sta monitorando i lavori e proponendo i miglioramenti per diminuire l'esposizione dei lavoratori alle emissioni della cokeria stessa.

In considerazione della complessità dei problemi di sicurezza e salute presenti nello stabilimento Lucchini di Piombino, la Regione Toscana e l'AUSL 6 di Livorno hanno costituito una Unità funzionale specializzata denominata Grandi aziende della Val di Cornia, con personale dedicato.

VALORIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO NELLA MICROIMPRESA DELL'ARTIGIANATO E DEL MONDO COOPERATIVO

Nel territorio della Regione Toscana si stimano circa 300.000 unità locali attive con classi di addetti inferiori a 10, (pertanto rientranti nella classificazione di microimprese) è stimabile, ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo 626/94, un numero quasi equivalente di datori di lavoro che svolgono anche le funzioni di responsabile del servizio prevenzione e protezione.

Allo scopo di assicurare a queste figure una formazione adeguata è stato strutturato un percorso formativo integrativo della formazione prevista dal D.M. del 1997 avendo a riferimento i datori di lavoro delle piccole e medie imprese che si sono autonomamente Responsabili del servizio di prevenzione e protezione e che alla luce delle numerose variazioni e aggiornamenti del d.lgs. 626/94 hanno necessità di rivedere il percorso formativo.

Il progetto fa parte delle proposte contenute nel nuovo patto per lo sviluppo e l'occupazione e si realizza attraverso la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra le Organizzazioni sindacali, Confederazione nazionale della piccola e media impresa, Casartigiani e Confartigianato.

MIGRANTI

Secondo il rapporto Caritas 2004, la Toscana risulta essere tra le principali

mete dei flussi migratori, con un'incidenza maggiore nelle province di Pistoia, Prato, Firenze e Lucca. Una sfida del sistema sanitario toscano è quella di offrire a questi cittadini servizi appropriati e garantire loro pari diritti in termini di salute.

Il concetto di salute, come quello di rischio e di vulnerabilità psicofisica, sono determinati da fattori culturali e soggettivi: il gruppo di appartenenza, le condizioni economiche, sociali e ambientali, il livello di istruzione e di integrazione sono i principali determinanti di salute rispetto ai quali il sistema sanitario incide marginalmente.

Il bisogno di salute percepito da queste persone è generalmente sbilanciato sulla cura, piuttosto che sulla prevenzione delle malattie e troppo spesso le esigenze di tutela della salute impattano con altre priorità: la difficoltà ad ottenere un regolare permesso di soggiorno, l'emergenza abitativa e quella occupazionale.

Ma le difficoltà a lavorare sui temi della salute dei cittadini stranieri non sono solo esterne al sistema sanitario: occorre formare il personale dei servizi e organizzare l'attività in modo funzionale alle esigenze emergenti.

Nell'ambito territoriale dell'area vasta Centro, che comprende le province di Firenze, Prato e Pistoia, è stato promosso e realizzato un progetto per la comunicazione interculturale del dipartimento della prevenzione. Tra gli obiettivi del progetto si richiamano i seguenti:

- migliorare la comunicazione interna al Dipartimento di prevenzione,

attraverso la realizzazione di una campagna di comunicazione che coinvolga le diverse strutture dipartimentali;

- valorizzare il ruolo comunicativo ed educativo degli operatori del Dipartimento di prevenzione per promuovere la salute e utilizzare al meglio le risorse e i servizi esistenti;
- promuovere la qualificazione degli operatori del Dipartimento di prevenzione per renderli capaci di rispondere alle esigenze di una società multietnica;
- avvicinare l'utenza multietnica ai servizi del Dipartimento di prevenzione, utilizzando la diversità come risorsa;
- promuovere la personalizzazione delle richieste di salute e facilitare la fruizione dei servizi del Dipartimento di prevenzione.

Al termine di un lungo lavoro preparatorio di ricognizione, il progetto è approdato ad una campagna di comunicazione esterna, finalizzata a sensibilizzare i cittadini stranieri sui temi della prevenzione collettiva. A questo scopo sono state contattate preliminarmente le realtà più significative sul fronte dell'accoglienza ai migranti stranieri nelle società e nelle istituzioni; è stata svolta all'interno dei dipartimenti un'indagine per conoscere come vengono vissuti sul lavoro i contatti con i cittadini stranieri, la loro frequenza, la tipologia, i problemi incontrati e le possibili soluzioni. Il valore aggiunto di questa indagine sta anche nell'aver promosso

una riflessione tra gli operatori e all'interno dell'organizzazione sulla capacità di progettare interventi appropriati, sulla preparazione del personale ad accogliere utenti stranieri, sulle barriere culturali che rendono inefficaci gli sforzi di dialogo delle strutture del dipartimento della prevenzione con le comunità straniere.

NUOVI LAVORI E RISCHI PSICOSOCIALI CONTRATTI DI LAVORO ATIPICO

Il progressivo cambiamento dei rapporti di lavoro e la crescente frammentazione delle tipologie contrattuali hanno profondamente modificato il mercato del lavoro, introducendo nuove variabili nel processo di gestione del rischio lavorativo. L'obiettivo è dunque quello di coniugare queste esigenze con quelle della tutela della salute dei lavoratori, individuando percorsi e strumenti per abbattere il rischio di precarietà del lavoro flessibile.

La Regione Toscana ha promosso il piano mirato "Il lavoro atipico: analisi del fenomeno e proposte operative per la tutela della salute dei lavoratori", che ha avuto inizio nel 2003 e che ha visto impegnate le AUSL di Pisa, Pistoia, Firenze ed Empoli, con il pieno coinvolgimento di tutti i Dipartimenti di prevenzione delle AUSL della Toscana.

La conclusione di questo mandato è tuttavia l'inizio di un nuovo compito del quale la stessa Regione Toscana si farà coordinatrice e che vedrà impegnati i servizi di prevenzione e le forze sociali per giungere alla stesura definitiva di

linee guida condivise e concretamente applicabili nei luoghi di lavoro.

MOBBING

Recenti ricerche, tra cui un'indagine promossa dalla Regione Toscana, hanno stimato intorno a cinque milioni i lavoratori che soffrono di disagio lavorativo in Italia: la dimensione del fenomeno è quindi tutt'altro che trascurabile. Potremmo definirlo una nuova forma di terrorismo psicologico che coinvolge lavoratori con un titolo di studio medio-alto e con età variabile intorno ai 50 anni. Le donne risultano più colpite dal mobbing e dal fenomeno contrario, il *bossing*, ovvero da un'azione di pressione psicologica perpetrata rispetto a ambiti direttivi.

Queste forme di pressione psicologica si accompagnano spesso a situazioni di vero e proprio rischio in ambito lavorativo, addirittura con possibilità di infortuni anche gravi. Il disagio lavorativo può trasformarsi, spesse volte e in modo non del tutto controllabile, in disagio di vita che condiziona fortemente la sfera individuale di ciascun lavoratore, interessando i rapporti interpersonali finanche all'esclusione sociale. E anche in questo contesto purtroppo è la donna a pagare il prezzo più alto.

È necessario quindi mantenere alta l'attenzione verso il disagio lavorativo, soprattutto verso quei lavoratori più deboli o anche meno attrezzati, anche dal punto di vista contrattuale.

Le patologie mobbing-correlate rappresentano solo una parte di quelle de-

rivanti dal rischio stress occupazionale, le cui cause possono essere molteplici e spesso riconducibili ad incongruenze dell'organizzazione del lavoro (ritmi di lavoro eccessivi, lavoro notturno, lavoro a catena ecc.).

Il mobbing è un tema relativamente recente che ha ottenuto attenzione prima nella società e solo successivamente negli ambienti sanitari che si occupano di malattie correlate con il lavoro o di disagio mentale.

A livello sociale sono sorti diversi centri di ascolto e di sostegno sociale, legale e in qualche caso psicologico, istituiti presso associazioni soprattutto sindacali.

Nel 2004 la Regione Toscana ha divulgato un atto di indirizzo sul tema della violenza morale sul lavoro, per orientare il lavoro dei Dipartimenti di prevenzione delle AUSL e stimolare una riflessione comune tra gli operatori, favorendo il confronto e lo scambio di esperienze nel territorio regionale.

La mancanza di un'esperienza consolidata nei servizi delle AUSL suggerisce di prevedere un periodo di transizione per convalidare le esperienze e garantire un approccio coerente e corretto al fenomeno del mobbing cui potrà seguire la stesura di un documento regionale di linee guida.

Poche sono le strutture sanitarie con esperienza nella diagnosi di danni alla salute da violenza morale sul lavoro tra cui: il Centro per il disadattamento lavorativo con sede presso la Clinica del lavoro di Milano, il Centro presso la UO

di salute mentale dell'AUSL di Napoli e il Centro della salute mentale di Taranto.

In Toscana è sorto presso l'Ambulatorio di medicina del lavoro dell'AOU Pisana, un Centro per il disadattamento lavorativo analogo a quello di Milano.

Queste sono le uniche strutture che affrontano il problema con approccio interdisciplinare (medici del lavoro, psicologi, psichiatri e medici legali).

FORMAZIONE

LA SCUOLA: IL PROGETTO REGIONALE "SCUOLA SICURA"

L'azione regionale finalizzata alla tutela della salute dei lavoratori in agricoltura e selvicoltura, prevede uno specifico intervento nelle scuole superiori ad indirizzo agrario tecnico e professionale.

La Regione Toscana e l'AUSL 3 di Pistoia, hanno predisposto il progetto "Scuola sicura: la tutela della salute dei lavoratori in agricoltura e selvicoltura", attraverso il quale si intende favorire l'accrescimento delle conoscenze dell'individuo per promuovere nei cittadini lo sviluppo di una cultura della salute e creare una capacità individuale e collettiva di autotutela.

Il progetto si compone di una parte che riguarda la formazione dei docenti e di una parte finalizzata a far diventare gli Istituti luoghi di incontro e formazione tra istituzioni, scuola e mondo produttivo agricolo.

IL PROGETTO "SICUREZZA IN CATTEDRA"

Con l'anno scolastico 2004-05 è terminata la prima fase del progetto "Sicurezza

in cattedra" che ha coinvolto 12 istituti ad indirizzo tecnico-professionale situati in sei regioni, che nel triennio 2003-2005 hanno sperimentato sul campo metodologie didattiche e attività in materia di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, i cui risultati sono in fase di analisi e valutazione da parte del Gruppo di coordinamento del progetto.

L'obiettivo della seconda fase è quello di procedere alla pubblicazione dei risultati, e alla loro diffusione attraverso la costituzione e il rafforzamento di "Reti regionali", strumento per applicare le attività che hanno dato esito positivo nel corso della sperimentazione prevista dal progetto, e al tempo stesso riferimento per gli istituti scolastici presenti nel territorio.

Il progetto si rivolge innanzitutto agli istituti ad indirizzo tecnico-professionale della Regione Toscana e della Regione Veneto promotrici del progetto "Sicurezza in cattedra" con lo scopo di costituire un riferimento per le altre realtà educative con analoghe caratteristiche.

EDILIZIA

L'edilizia è il settore dove si concentra il maggior numero di infortuni in termini assoluti di frequenza rispetto al numero lavoratori e per la gravità degli esiti.

Nella logica del sistema definito dalle norme europee, dlgs. 626/94 e d.lgs. 494/96, i Dipartimenti di prevenzione oltre al ruolo di vigilanza dell'intero sistema hanno anche un ruolo di regia e di promozione e sostegno e assistenza. Ed è in questa logica di indirizzo ad ampio raggio

attraverso fasi definite che si è mossa la Regione Toscana affrontando anche il problema degli infortuni in edilizia nell'ambito più generale della pianificazione sanitaria, sviluppando un'analisi sulle attività di vigilanza nei cantieri edili, secondo metodi e procedure standardizzate.

Allo scopo di incidere efficacemente nel settore è stato predisposto un piano mirato di intervento all'interno del quale sono stati individuati gli obiettivi e le strategie.

Il piano mirato è stato oggetto di confronto nei tavoli di concertazione istituiti con gli Ordini e Collegi professionali, con le Associazioni di categoria e le Associazioni sindacali.

In ragione dell'alto numero di infortuni che permane nel settore sono state organizzate campagne straordinarie di intervento nei cantieri con i seguenti obiettivi:

- lotta al lavoro irregolare;
- prevenzione dei pericoli di caduta dall'alto;
- controllo sulla corretta applicazione della legge regionale 8/200;
- vigilanza integrata con INPS, Inail e Direzione regionale del lavoro per il controllo della regolarità contributiva, previdenziale e assicurativa.

Molto spazio è stato dedicato all'attività informativa che si sta concretizzando con le seguenti iniziative:

- campagne informative sugli adempimenti del d.lgs. 494/96 rivolte ai committenti, anche amministratori condominiali, tramite l'utilizzo di materiale informativo distribuito

sia negli uffici pubblici che presso strutture private di maggior afflusso pubblico, con la quale si è inteso mettere a conoscenza i cittadini, in quanto possibili futuri committenti di opere edili, sulle responsabilità che la normativa di settore pone a loro carico;

- organizzazione di seminari e convegni che hanno permesso confronti e chiarimenti sugli aspetti di maggiore difficoltà interpretativa, offrendo interpretazione incisive e omogenee;
- È stato predisposto del materiale informativo e di divulgazione per far conoscere il contenuto delle linee guida sulla predisposizione dei piani di sicurezza e coordinamento e un esempio pratico, quale utile riferimento per i coordinatori;
- Utilizzo, all'interno del sito regionale di una pagina dedicata alla promozione della sicurezza nel settore edile contenente indicazioni e servizi rivolti a quanti a vario titolo operano nel settore.

LA NORMATIVA REGIONALE

Le leggi regionali N. 52/99, N. 8/00 e la recente legge regionale N.64 del 23.12.2003 contro le cadute dall'alto nei cantieri edili, hanno lo scopo di contribuire ad elevare il livello di sicurezza dei cantieri del territorio regionale, anche tramite specifiche azioni di monitoraggio sul rispetto delle norme di sicurezza negli interventi di nuova costruzione o recupero

compresi nei programmi regionali di edilizia residenziale pubblica, e comunque nei cantieri edili che usufruiscono, a qualunque titolo, di finanziamenti regionali.

La legge regionale del 23 dicembre 2003 N. 64, detta norme per la prevenzione delle cadute dall'alto nei cantieri edili, "*Modifiche alla legge regionale del 14 ottobre 1999, N. 52 concernente la disciplina delle attività edilizie*", si propone la finalità di prevenire e rischi d'infortuni sul lavoro a seguito di cadute dall'alto nei cantieri temporanei o mobili di cui al decreto legislativo 14.8.1996 N. 494 e si articola prioritariamente in tre ambiti:

- approva la "*Linea guida per l'individuazione e l'uso di dispositivi di protezione individuale contro le cadute dall'alto. Sistemi di arresto e caduta*";
- modifica il comma 11 dell'articolo 7 della legge regionale 52/99;
- dispone azioni straordinarie di controllo e di prevenzione contro le cadute dall'alto.

La Giunta regionale, in applicazione dell'articolo 4, ha proposto al Consiglio regionale tramite l'adozione di una deliberazione consiliare, l'approvazione del progetto obiettivo per la prevenzione delle cadute dall'alto nei cantieri edili relativo agli anni 2004-2005-2006 che si propone di garantire un intervento incisivo e a tale scopo prevede tre tipologie di azioni:

- la campagna straordinaria di vigilanza nei cantieri edili;
- le iniziative informative rivolte alle imprese;

- le iniziative formative rivolte ai lavoratori.

La campagna straordinaria di vigilanza nei cantieri si propone lo scopo di incrementare del 20% il numero dei sopralluoghi effettuati nei cantieri edili dalle AUSL toscane, ha preso avvio già a partire dal primo anno di validità del progetto, i cantieri oggetto dell'intervento di vigilanza sono individuati tra quelli ove risulta presente il pericolo di caduta dall'alto.

Parallelamente all'incremento dell'attività ispettiva prenderà avvio un'azione informativa rivolta ai datori di lavoro e alle maestranze con una campagna regionale di informazione, oltre ad iniziative specifiche di formazione in cantiere rivolte ai lavoratori.

L'attività formativa viene realizzata con la collaborazione delle AUSL, dei Comitati paritetici e del Comitato tecnico paritetico della toscana.

LE GRANDI OPERE INFRASTRUTTURALI

La Regione Toscana ha stanziato complessivamente nei due ultimi Piani sanitari regionali la cifra considerevole di 4,5 miliardi di lire che hanno consentito all'AUSL 10 di Firenze di operare assunzioni finalizzate, di formare adeguatamente tutto il personale interessato, di acquistare la strumentazione tecnico scientifica necessaria per la rilevazione dei rischi e dei danni ai lavoratori, di acquistare gli automezzi necessari per il raggiungimento dei cantieri e dei fronti di scavo, e di fornire a tutti gli operatori

i dispositivi di protezione individuali necessari per accedere in galleria.

Le previsioni effettuate prima della costruzione della tratta ferroviaria ad alta velocità Bologna - Firenze prevedevano, sulla base di quanto accaduto nella realizzazione di precedenti opere analoghe, un infortunio mortale per ogni chilometro di galleria realizzato. Recenti stime di analoghe opere in corso di realizzazione nel territorio della Svizzera, valutano un infortunio mortale per tre chilometri di galleria. Ad oltre metà dell'opera e con oltre 75 chilometri di gallerie realizzate, gli infortuni mortali verificatisi nelle gallerie sono stati 3.

Tuttavia gli indici di frequenza e di gravità degli infortuni rimangono alti e impongono un'attenzione particolare da parte di tutti i soggetti interessati (lavoratori, rappresentanti alla sicurezza dei lavoratori, imprese che realizzano l'opera, servizio pubblico di prevenzione).

Due aspetti ci sembrano particolarmente positivi in questo progetto:

- 1) il ruolo assunto dal servizio pubblico di prevenzione di definire, con apposite circolari regionali, i livelli di prevenzione possibili ai quali le imprese devono uniformarsi;
- 2) la capacità di monitorare in tempo reale gli infortuni, lo stato di salute dei lavoratori, l'avanzamento dei lavori e l'attività dei servizi in modo da consentire a tutti i soggetti interessati (lavoratori, rappresentanti alla sicurezza dei lavoratori, organizzazioni sindacali, imprese e servizio pubblico di prevenzione)

di adeguare il proprio comportamento alle priorità di sicurezza di volta in volta emergenti.

Riteniamo in sintesi che la Regione Toscana e l'AUSL 10 di Firenze abbiano compiuto uno sforzo eccezionale per garantire la sicurezza dei lavoratori impegnati nella realizzazione della tratta ferroviaria ad alta velocità, che rischia anche di determinare una flessione degli interventi negli altri settori lavorativi.

Pur tuttavia la estrema complessità dei lavori connessi alla realizzazione di un'opera di queste dimensioni non può mai lasciare tranquilli in ordine alla possibilità dell'accadimento di eventi infortunistici e pone l'assoluta necessità di mantenere un livello di complessiva attenzione ai temi della prevenzione e di vigilanza uguale a quello fino ad oggi assicurato.

La Regione Toscana e il Governo hanno recentemente firmato l'intesa generale quadro per la realizzazione delle opere considerate strategiche. L'intesa prevede opere per circa 9.800 milioni di euro. Per quanto riguarda i corridoi ferroviari, l'intesa prevede la tratta ad alta velocità Firenze-Bologna, dove i cantieri sono già aperti e che dovrebbe essere completata entro il 2007.

Sono in programma il corridoio Tirreno-Brennero, la tratta Pontremolese e il nodo di Pisa.

Per quanto riguarda i corridoi autostradali e stradali, sono stati inseriti il corridoio dorsale, la Variante di valico dell'autostrada A1, il corridoio tirrenico con il completamento della Cecina-Ci-

vitavecchia. E sul collegamento tirrenico la Regione e il Ministero competente si impegnano a individuare il tracciato ottimale che consenta l'avvio della progettazione preliminare.

E sempre nell'ambito delle opere stradali, l'intesa generale prevede anche i corridoi trasversali, compreso il collegamento veloce Grosseto-Fano, l'adeguamento e la riqualificazione della viabilità dei valichi appenninici tosco-emiliani, la statale 74 Porrettana, la statale 77 Tosco-romagnola, la statale 12 dell'Abetone, la statale 73 del Cerreto, la statale 72 della Cisa, nuovo collegamento veloce Lucca-Modena.

Riguardo a porti e interporti, l'intesa quadro prevede gli allacciamenti plurimodali al porto di Livorno e all'Interporto di Guasticce, oltre al rafforzamento dell'interportualità nell'area Firenze-Prato.

Gli interventi previsti per il sistema urbano e metropolitano riguarderanno il nodo ferroviario di Firenze, con la nuova stazione e il nuovo attraversamento ferroviario, la nuova tramvia fiorentina a guida vincolata, l'ampliamento della rete di tramvie, il Centro sperimentale ferroviario di Osmannoro.

AGRICOLTURA E SELVICOLTURA

L'andamento del fenomeno infortunistico in agricoltura presenta dati che destano ancora una certa preoccupazione sia per gravità che per frequenza pur consolidando un regime di controtendenza almeno in valori assoluti: dai dati del Rapporto congiunto Inail-Regione

Toscana risalente al 2002 (5.672 infortuni) si rileva infatti una sensibile riduzione rispetto all'anno 2001 (6.036 infortuni).

Dalle caratteristiche generali (impiego di sostanze chimiche, in particolare prodotti fitosanitari, utilizzo di numerosi macchinari, tipologia della manodopera) e dalle peculiarità del fenomeno infortunistico e delle malattie professionali del settore agricolo e forestale, emerge la necessità che a questo comparto si dedichi attenzione soprattutto alle iniziative di formazione, informazione e assistenza nei confronti di tutti i soggetti, pubblici e privati, chiamati a fare prevenzione nei luoghi di lavoro.

Ma mentre per le aziende agricole che rientrano nel campo di applicazione della normativa di prevenzione sul lavoro, il Servizio pubblico può garantire interventi incisivi ed efficaci, utilizzando tutti gli strumenti previsti nella normativa (formazione, informazione, sorveglianza sanitaria, vigilanza, indagini specifiche e mirate), per quelle escluse da tale ambito normativo è necessario intervenire predisponendo iniziative regionali mirate ad informare, sensibilizzare, educare il singolo alla tutela della propria salute.

Fondamentale risulta essere il ruolo propulsivo e attivo che la Regione Toscana può svolgere per favorire le iniziative di informazione rivolte a coloro che, pur non ricadendo negli ambiti di applicazione del d.lgs. 626/94 (prime tra tutte le imprese di tipo familiare), lavorano in agricoltura e sono quindi esposti a rischi per la propria salute, ma anche per quella della collettività (pensiamo ad esempio alle negative

ricadute sull'ambiente e sugli alimenti di un trattamento antiparassitario effettuato non correttamente).

La realtà rurale del nostro territorio, fortemente polverizzato in piccole aziende agricole, molte volte ubicate in zone lontane da centri abitati, rende particolarmente difficile raggiungere, con un intervento di informazione e sensibilizzazione adeguata, coloro che lavorano in agricoltura. In specifico si tratta di aziende che sono condotte per lo più direttamente dall'imprenditore, da solo o con l'aiuto di familiari, attraverso una gestione spesso esercitata attraverso attività part time o a pensione già conseguita.

Queste caratteristiche rendono particolarmente difficile raggiungere gli addetti con informazioni inerenti i numerosi rischi specifici ed emergenti del lavoro agricolo e le misure di prevenzione adeguate.

Fermo restando il ruolo fondamentale delle Organizzazioni di categoria e sindacali, quali soggetti privilegiati del rapporto con gli agricoltori, è necessario favorire la presenza dei Dipartimenti di prevenzione nei momenti di maggiore socializzazione del mondo rurale, primi tra tutti mercati di settore e fiere, che consentono agli agricoltori, ma anche agli hobbisti, di prendere visione delle principali innovazioni tecnologiche e di avere utili informazioni sulle produzioni.

In quelle occasioni si potranno divulgare maggiormente i messaggi preventivi inerenti l'igiene e la sicurezza del lavoro e favorire la realizzazione di un rapporto dinamico con i cittadini attraverso uno

Sportello informativo, come presenza sul territorio dello Sportello unico della prevenzione.

Molto spazio si è quindi dedicato alla realizzazione di iniziative di informazione, cercando di creare punti di incontro privilegiati tra Dipartimenti di prevenzione delle AUSL toscane e utenza, al fine di diffondere il messaggio preventivo in materia di sicurezza e igiene dei lavoratori in agricoltura.

Per il supporto a tali attività di informazione è stato predisposto materiale divulgativo contenente informazioni generali e specifiche su:

- i compiti e le funzioni dei Dipartimenti di prevenzione e dello Sportello unico per la prevenzione;
- la normativa generale di riferimento e le norme specifiche;
- i principali rischi a cui sono esposti i lavoratori;
- le modalità operative, tecniche e organizzative che aiutano a diminuire la probabilità di infortunio e/o malattia professionale;

Tali informazioni sono inserite puntualmente sulla pagina Web della Regione Toscana www.salute.toscana.it.

LA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

I cittadini chiedono alimenti sicuri; operatori del settore e personale del sistema sanitario regionale sono impegnati ognuno per il proprio ruolo a soddisfare questa aspettativa.

Ciò implica l'utilizzo di tecniche di produzione rispettose dell'ambiente, l'offerta

di alimenti in linea con stili di vita sani, la diffusione di una corretta informazione e il mantenimento, sia pure rinnovandole, delle tradizioni che tanto peso hanno avuto nell'affermarsi di un modello di vita toscano.

I principi della legislazione alimentare stabiliti dal regolamento (CE) N. 178/2002, disciplinano l'igiene degli alimenti e il controllo ufficiale di alimenti e mangimi; si basano sul controllo di tutta la filiera produttiva con attenzione alla salute degli animali compreso il controllo del loro benessere e dell'alimentazione fino alla trasformazione e vendita dei prodotti derivati.

Nel triennio 2003-2005 il sistema veterinario regionale ha risposto a questa esigenza orientando la propria attività verso lo sviluppo dei sistemi informativi, il miglioramento dello stato sanitario degli allevamenti, l'affinamento dei metodi di programmazione dei controlli degli alimenti di origine animale. È stata sviluppata inoltre, attraverso lo sviluppo del sistema di allerta e in sinergia con il settore di Igiene pubblica, la capacità dentro una rete internazionale di prevenire la circolazione di alimenti non conformi.

Al contempo sono state affrontate in maniera efficace in alcune emergenze sanitarie tra cui l'influenza aviaria.

IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

La sicurezza degli alimenti di origine animale destinati al consumo umano dipende dall'appropriatezza dei sistemi

di produzione, trasformazione e commercializzazione rispetto ai requisiti strutturali, gestionali e sanitari stabiliti dalle norme di settore.

A partire dal regolamento (CE) N.178/2002, sono entrati in vigore i regolamenti comunitari (definiti nel loro complesso come "pacchetto igiene") che hanno ridefinito la disciplina in materia di alimenti a livello comunitario avendo come riferimento lo sviluppando dei sistemi di rintracciabilità dei prodotti, la responsabilità principale dell'operatore, l'analisi del rischio, il principio di precauzione.

Questi principi hanno ricevuto veste di norma con la delibera Giunta regionale N. 1073 del 31 ottobre 2005; inoltre al fine di orientare il controllo ufficiale dal 2004 sono stati condotti degli studi per la quantificazione dei rischi legati alle varie categorie di prodotti di origine animale.

ANAGRAFE DEGLI IMPIANTI

Gli impianti di lavorazione degli alimenti di origine animale devono essere conformi ai requisiti previsti dalla normativa comunitaria per i settori specifici.

La conformità ai requisiti è attestata preliminarmente dal provvedimento di riconoscimento, rilasciato dal Sindaco a seguito di controllo ispettivo dell'AUSL e necessario al fine dello svolgimento dell'attività d'impresa. Il numero di riconoscimento attribuito all'impianto è attribuito dal livello regionale e permette al consumatore di identificare con certezza dalla lettura dell'etichetta lo stabilimento dal quale proviene l'alimento.

Tabella 1.17

Numero degli impianti di trasformazione di prodotti di origine animale a bollo CE attivi sul territorio regionale per AUSL - Situazione al 31/12/2005

Azienda USL	IMPIANTI DI MACELLAZIONE			ALTRI IMPIANTI				
	carne	pesce	selvaggina	carne	pesce	selvaggina	latte	uova
1 - Massa e Carrara	1	-	1	30	9	1	4	-
2 - Lucca	4	2	-	28	8	1	31	-
3 - Pistoia	3	-	-	49	18	5	57	-
4 - Prato	-	-	-	19	8	-	11	-
5 - Pisa	4	1	1	32	13	-	27	1
6 - Livorno	1	-	2	23	62	2	33	-
7 - Siena	4	-	1	52	8	2	70	-
8 - Arezzo	6	-	4	54	8	4	37	-
9 - Grosseto	4	3	1	32	39	2	32	-
10 - Firenze	3	-	1	47	27	3	104	-
11 - Empoli	5	-	-	49	27	3	28	-
12 - Viareggio	-	-	-	18	33	1	21	-
Toscana	35	6	11	433	260	24	455	1
		52			1.173			

Gli stabilimenti sono soggetti a vigilanza permanente da parte delle AUSL, tramite i veterinari ufficiali.

Nel corso del triennio 2003-2005 è stato migliorato il sistema di inserimento delle aziende nel sistema anagrafico comunitario (Sistema integrato per gli scambi e le importazioni - Sintesi) e di verifica dei loro requisiti specifici secondo il criterio della categorizzazione del rischio per ogni impianto presente nel territorio regionale.

La Tabella 1.17 riporta, suddivisi per azienda sanitaria, il numero degli impianti di trasformazione di prodotti di origine animale presenti sul territorio regionale.

LE PRODUZIONI

La realtà toscana nel settore della trasformazione primaria degli alimenti di origine animale è caratterizzata in prevalenza da piccole e medie imprese.

Il mercato valorizza sempre più la connotazione territoriale dell'origine delle materie prime e dei prodotti: in questa realtà, i prodotti toscani continuano a riscuotere successo, grazie anche all'attenzione che produttori, imprese e amministrazioni pongono nel tutelare le filiere alimentari.

Nei settori dove la produzione regionale non copre il fabbisogno (come quello della carne fresca) si assiste, in ambi-

to locale, ad una maggiore retribuzione delle produzioni propriamente toscane. La grande distribuzione, cogliendo la rilevanza di tale aspetto, provvede a curare l'assortimento dell'offerta privilegiando, in termini di visibilità, le ridotte produzioni regionali.

La progressiva applicazione della connotazione dei prodotti toscani (il

marchio della farfalla), voluta dall'amministrazione regionale, supporta e assiste questo processo. Come elemento critico in alcuni casi si rileva come gli impianti di trasformazione a volte sono dislocati a distanza dalle zone di maggior densità produttiva.

Nelle Tabelle 1.18 e 1.19 sono riportate le produzioni riferite all'anno 2005.

Tabella 1.18

Numero di capi macellati per AUSL - Toscana, anno 2005

AUSL	Vitelli a carne bianca	Vitelloni	Vacche	Bufali	Suini	Capre/pecore	Agnelli/capretti	Equini
1 - Massa e Carrara	1.389	10.088	172	10	655	11	562	311
2 - Lucca	406	6.837	34	0	5.101	18.950	101.417	0
3 - Pistoia	21	9.166	0	0	102.489	0	17	152
4 - Prato	0	0	0	0	0	0	0	0
5 - Pisa	0	130	5	0	41.253	0	223	0
6 - Livorno	27	1.969	593	0	764	0	18	0
7 - Siena	0	5.257	30	0	16.756	1.266	5.162	0
8 - Arezzo	1.390	8.309	57	0	36.375	7.020	58.148	28
9 - Grosseto	1.447	12.651	51	1	23.262	5.671	58.937	0
10 - Firenze	0	3.692	168	0	1.384	4	2.738	0
11 - Empoli	9	8.692	94	0	4.333	71	97	24
12 - Viareggio	0	1.163	9	0	565	0	0	0
Toscana	4.759	67.954	1.213	11	232.937	26.693	227.319	515

Tabella 1.19

Quantità di produzione per settore - Toscana, anno 2005

Settore	Specie	Tonnellate/anno	Totale
Avicunicoli	Polli	1.688	10.701
	Tacchini	7.514	
	Altro pollame	334	
	Conigli	1.165	
Selvaggina	Selvaggina da penna	107	219
	Cinghiali	112	
Acquacoltura	Eurialine (spigole, orate, ombrine)	2.500	4.000
	Salmonidi	1.500	
Lattiero-caseario	Latte vaccino		84.312
	Latte ovino e caprino		64.968
Apicoltura			2.750

CONTROLLO UFFICIALE

Con eccezione del settore lattiero caseario, per il quale si assiste ad un lieve aumento di campioni risultati non conformi per l'anno 2005, per gli altri settori oggetto di vigilanza si è registrata a partire dal 2003 e consolidata nel 2004 e 2005 una progressiva riduzione delle non conformità riscontrate in sede analitica; tale tendenza si è rivelata particolarmente significativa nel settore uova e ovoprodotti (Tab. 1.20).

SISTEMA REGIONALE DI ALLERTA PER ALIMENTI E MANGIMI

Il sistema regionale di allerta è stato attivato secondo i criteri stabiliti dalla deliberazione della Giunta regionale N. 1069 del 25 ottobre 2004, "*Linee guida per la organizzazione del Sistema di Allerta Rapido per Alimenti e Mangimi (Saram)*". Le linee-guida individuano i soggetti coinvolti nella gestione delle allerte (settore Sanità pubblica veterinaria - SPV - e settore Igiene pubblica della Regione Toscana; AUSL) e definiscono le modalità di scambio delle informazioni.

L'attivazione di tale sistema ha costituito la risposta regionale all'esigenza di disporre di un sistema in grado di garantire, in caso di rischio il ritiro dal commercio del prodotto alimentare ritenuto insalubre sia in caso di intossicazioni legate al consumo dell'alimento, sia in caso di riscontro di non conformità nelle indagini di laboratorio.

L'impostazione adottata risponde ai criteri propri del *rapid alert system for food and feed* (Rasff - sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi) approntato dalla Commissione europea, ovvero sulla base di una rete di soggetti ("punti di contatto") in grado di comunicare rapidamente le informazioni necessarie a mettere in atto tutte le misure cautelative necessarie.

Nel 2005 il sistema è stato messo a regime ed è stato possibile effettuare i primi raffronti con l'anno precedente. Si registra un incremento delle allerte pervenute al Saram rispetto all'anno precedente: 179 (148 quelle registrate nel 2004), di cui 101 per alimenti di origine vegetale (95 l'anno prima) e 78 per alimenti di origine animale (53 nel 2004). Come si può notare dalla Figura 1.10, il numero di allerta registrate men-

Tabella 1.20

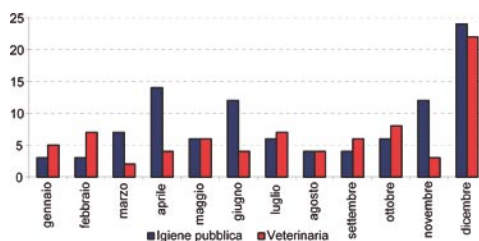
Controlli su alimenti di origine animale - Toscana, anno 2005 e confronto 2004

Classi alimenti	2005			2004
	Campioni	Non conformità	% non conformità	% non conformità
Prodotti lattiero - caseari	670	15	2,24	1,15
Uova e ovoprodotti	36	0	0	6,06
Carne, prodotti a base di carne, cacciagione e pollame	1.781	47	2,64	3,4
Pesci, crostacei e molluschi	1.507	51	3,38	3,63

silmente cresce in maniera rilevante nel mese di dicembre per il settore Igiene pubblica, in coincidenza delle segnalazioni di isopropyl thioxanthone (ITX) in confezioni di tetrapak di latte per l'infanzia, per aumentare ulteriormente in dicembre, con l'acuirsi del problema ITX, denunciato anche in mozzarelle e succhi di frutta.

Figura 1.10

Segnalazioni di allerta per mese e settore - Saram - Toscana, anno 2005



Le allerta vere e proprie rappresentano però solo una parte delle segnalazioni giunte al Saram, dal momento che possono essere trasmesse anche “segnalazioni per informazione” (76 casi nel 2005), quando il prodotto non è ancora arrivato sul mercato, o ancora semplicemente di “informazioni” (27 casi nel 2005) nei casi in cui l'irregolarità nel prodotto non comporti un rischio “grave” e “immediato”. Come risulta dalla Tabella 1.21 e dalla Figura 1.11, anche il numero totale delle segnalazioni pervenute nel 2005 è aumentato rispetto all'anno precedente (282 rispetto a 266). Da registrare, invece, una diminuzione delle “segnalazioni per informazione” che passano dalle 95 del 2004 alle 76 del 2005.

I prodotti maggiormente coinvolti nelle segnalazioni sono “pesci, crostacei e molluschi” (44 casi contro i 36 del 2004); a seguire, “erbe e spezie” di competenza del settore di Igiene pubblica, per le quali tuttavia i casi sono nettamente diminuiti rispetto al 2004 (da 68 a 34); 34 segnalazioni si registrano anche per “latte e latticini”, triplicate rispetto all'anno precedente (11 casi nel 2004) chiaramente a causa dell'ITX, trovato spesso in lotti di mozzarelle. In effetti, un brusco aumento delle segnalazioni per questa categoria di prodotti si verifica nel mese di dicembre (23 casi), proprio in coincidenza del periodo di massima attenzione per l'ITX. Analogamente, si registra un notevole aumento di casi in relazione alla categoria “additivi” (da 1 a 23), dovuto alle segnalazioni per ITX in latte per la prima infanzia, tutte concentrate fra novembre e dicembre (Fig. 1.12). Apprezzabile e statisticamente significativa la riduzione delle allerta per mangimi, conseguenza della progressiva attuazione dei controlli di filiera.

Per quanto riguarda la tipologia di contaminante, da notare il forte aumento rispetto al 2004 dei casi di “altra contaminazione chimica” (da 36 a 75), sempre a causa del fenomeno ITX. In aumento anche le “contaminazioni microbiologiche”: 44 nel 2004, 62 nel 2005. Notevole infine il decremento che colpisce la categoria “adulterazioni” per la quale si registrarono 120 segnalazioni durante il 2004, diventate 55 nel 2005 (Tab. 1.22 e Figura 1.13).

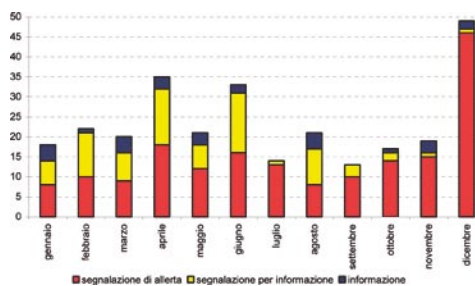
Tabella 1.21

Segnalazioni per mese e tipologia - Toscana, anno 2005 e confronto 2004

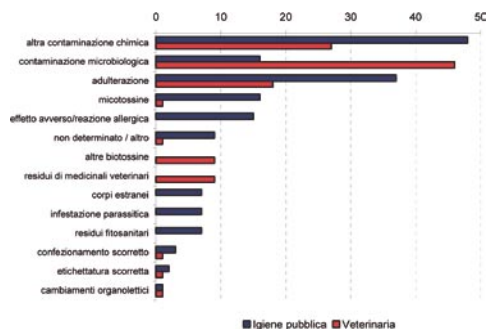
Mese	Segnalazione di allerta	Segnalazione per informazione	Informazione	Totale
Gennaio	8	6	4	18
Febbraio	10	11	1	22
Marzo	9	7	4	20
Aprile	18	14	3	35
Maggio	12	6	3	21
Giugno	16	15	2	33
Luglio	13	1	-	14
Agosto	8	9	4	21
Settembre	10	3	-	13
Ottobre	14	2	1	17
Novembre	15	1	3	19
Dicembre	46	1	2	49
Totale 2005	179	76	27	282
Totale 2004	148	95	23	266

Figura 1.11

Segnalazioni per mese e tipologia - Saram - Toscana, anno 2005

**Figura 1.13**

Segnalazioni per tipo di contaminante

**Figura 1.12**

Segnalazioni per categoria di prodotto - Saram - Toscana, anno 2005

**Figura 1.14**

Casi di tossinfezioni alimentari - Toscana, anni 1997-2005

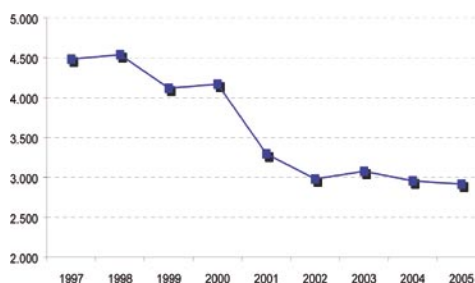


Tabella 1.22

Segnalazioni di tipo di contaminante e settore - Toscana, anno 2004 e confronto 2005

Tipo di contaminante	Settore igiene pubblica	Settore veterinaria	Totale 2004	Totale 2005
Altra contaminazione chimica	48	27	75	36
Contaminazione microbiologica	13	46	62	44
Adulterazione	37	18	55	120
Micotossine	16	1	17	16
Effetto avverso/reazione allergica	15	-	15	2
Non determinato/altro	9	1	10	5
Altre biotossine	-	9	9	7
Residui di medicinali veterinari	-	9	9	6
Corpi estranei	7	-	7	2
Infestazione parassitica	7	-	7	5
Residui fitosanitari	7	-	7	4
Confezionamento scorretto	3	1	4	8
Etichettatura scorretta	2	1	3	8
Cambiamenti organolettici	1	1	2	3
Totale	168	114	282	266

Il confronto dell'efficienza in termini di salute per i cittadini toscani si rileva dal costante decremento dei casi di tossinfezioni alimentari come si evidenzia dalla Figura 1.14.

LA SANITÀ DEGLI ALLEVAMENTI

La Tabella 1.23 indica il numero e la consistenza degli allevamenti di bovini, suini, ovi-caprini, equini, avicoli, cunicoli, selvaggina e api presenti sul territorio regionale.

Tabella 1.23

Numero di allevamenti e capi per tipologia, anni 2004-2005

Tipologia		ALLEVAMENTI			CAPI		
		2005		2004	2005		2004
		Numero per tipologia	Totale	Totale	Numero per tipologia	Totale	Totale
Bovini e bufalini		5.077	5.077	6.369	98.845	98.845	105.597
Ovini e caprini		6.670	6.670	6.337	523.596	523.596	552.448
Equini		4.220	4.220	4.233	18.230	18.230	18.589
Suini	Riproduzione	1.090	5.634	5.196	74.897	160.622	171.973
	Ingrasso	4.544			85.725		
Avicoli	Polli	63	132	128	1.128.650	1.980.300	1.961.300
	Ovaiole	36			335.950		
	Tacchini	20			419.500		
	Altro pollame	13			96.200		
Cunicoli	Ciclo chiuso	50	56	58	48.400	61.000	61.000
	Ingrasso	4			10.300		
	Riproduzione	2			2.300		
Selvaggina	Da penna	158	274	284	244.819	268.644	263.744
	Lepri	25			3.764		
	Ungulati	91			20.061		
Api		87.449		87.449			

Il consolidamento dei dati anagrafici degli allevamenti è stato uno degli obiettivi primari della Regione Toscana nel triennio 2003-2005; tale attività che costituisce la base dell'analisi epidemiologica per contrastare le malattie degli animali e le zoonosi (trasmissibili all'uomo) si può considerare conclusa.

LA SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Le attività di monitoraggio e controllo delle malattie infettive degli animali sono programmate e coordinate dal settore SPV sulla base di piani nazionali e regionali di sorveglianza, integrati in taluni casi con ulteriori azioni specifiche.

I risultati delle attività dimostrano l'ottimo livello sanitario raggiunto dagli allevamenti toscani e testimoniano l'impegno prodotto dal sistema veterinario regionale nel prevenire, ridurre e gestire l'insorgenza di focolai di malattie infettive degli animali, trasmissibili in alcuni casi anche all'uomo.

BLUE TONGUE

La Regione Toscana è stata l'unica regione del nostro Paese a riacquisire per tre Province (Massa, Pisa, Livorno) su quattro (Grosseto) lo stato di indennità per la *blue tongue*, malattia dei ruminanti trasmessa da insetti vettori. Questo risultato sancito con specifico Regolamento dell'Unione europea è stato ottenuto grazie ai buoni risultati delle campagne di vaccinazione effettuate negli anni 2002-2005 e per l'efficienza

della sua rete di controlli negli allevamenti (aziende sentinella) e dei controlli entomologici.

PROGRAMMI DI ERADICAZIONE E CONTROLLO DELLA BRUCELLOSI E DELLA TUBERCOLOSI BOVINA E BUFALINA, DELLA LEUCOSI BOVINA ENZOOTICA E DELLA BRUCELLOSI OVINA E CAPRINA

Queste gravi malattie degli animali che in alcuni casi possono essere trasmesse all'uomo costituiscono uno dei punti più importanti della strategia SPV in attuazione dei PSR.

Negli allevamenti bovini e ovi-caprini, grazie all'attività di risanamento, si registra il progressivo miglioramento della situazione epidemiologica rispetto a queste malattie.

Nel corso del 2004 è stata conseguita l'indennità di tutto il territorio regionale per la *leucosi bovina enzootica*. Tale risultato è stato raggiunto nel 2005 anche rispetto alla brucellosi ovi-caprina a seguito della conferma comunitaria della precedente qualifica nazionale di Grosseto quale provincia ufficialmente indenne.

Sono in fase di completamento anche la eradicazione della brucellosi bovina con il riconoscimento di Pistoia e Siena quali province ufficialmente indenni, mentre cresce il numero delle Province autorizzate al diradamento delle prove diagnostiche per la tubercolosi bovina, che viene ad includere dal 2005 le Province di Massa e Carrara, Arezzo e Firenze (Tab. 1.24 e Tab. 1.25).

Tabella 1.24

Profilassi per tubercolosi bovina (TBC), brucellosi bovina (BRC-B), leucosi bovina enzootica (LEB), e brucellosi ovi-caprina (BRC-O)

	TBC	BRC - B	LEB	BRC - O
Totale aziende	5.077	5.077	5.077	6.670
Aziende soggette al programma	2.375	2.223	1.868	1.961
Aziende controllate	2.374	2.222	1.868	1.961
Aziende positive al 31/12	1	0	0	0
Nuove aziende positive	3	0	0	0
Animali controllati individualmente	71.585	38.841	33.056	95.139
Animali positivi	20	0	0	0
Macellazione: animali positivi abbattuti	20	0	0	0
Macellazione: totale animali abbattuti	111	0	0	0
Allevamenti Ufficialmente Indenni	2.374	2.223	1.867	1.961
% 2005	99,96	99,96	100,00	100,00
% 2004	99,85	99,96	99,92	99,96

Dati: Flusso informativo trasmesso al Ministero della salute

Tabella 1.25

Stato di avanzamento del processo di eradicazione della tubercolosi bovina, della brucellosi bovina, della leucosi bovina e della brucellosi ovi-caprina per province -Toscana, 2005

Province	Tubercolosi bovina	Brucellosi bovina	Leucosi bovina	Brucellosi ovi-caprina
Massa	Dir (No)	Dir	UI	UI
Lucca	Dir	UI	UI	UI
Pistoia	Dir	UI (Dir)	UI	UI
Prato	UI	UI	UI	UI
Pisa	Dir	UI	UI	UI
Livorno	Dir	UI	UI	UI
Siena	Dir	UI (Dir)	UI	UI
Arezzo	Dir (No)	UI	UI	UI
Grosseto	UI	UI	UI	UI (No)
Firenze	Dir (No)	Dir	UI	UI

Legenda:

UI: ufficialmente indenne

Dir: autorizzazione ministeriale al diradamento di frequenza delle prove di routine in base a dati epidemiologici favorevoli

I dati tra parentesi riportano la qualifica della provincia nel 2004

Dati: Flusso informativo trasmesso al Ministero della Salute

I servizi territoriali mantengono alta l'attenzione sullo svolgimento delle attività di risanamento: in tal senso la nuova favorevole situazione epidemiologica è stata consolidata con le linee guida per la profilassi e l'eradicazione della tubercolosi bovina, brucellosi bovina, leucosi bovina enzootica e brucellosi ovi-caprina (deliberazione della Giunta regionale N. 237 del 7 febbraio 2005), nonché le procedure di disinfezione da adottare in caso di focolai e le modalità per il risarcimento dei danni derivanti agli allevatori dall'eventuale abbattimento di animali (decreto dirigenziale N. 1028 del 4 marzo 2005).

INFLUENZA AVIARIA

I virus influenzali aviari sono noti da tempo per la loro capacità di infettare numerose specie animali e l'uomo. Già dagli anni '90 si sono osservati nell'uomo casi sporadici di infezione da vari sottotipi di virus influenzali aviari dovuti all'esposizione a volatili infetti, ma è solo dal 2003 che il fenomeno diviene preoccupante, quando, a seguito della ricomparsa del virus in diversi paesi del Sud-est asiatico, viene registrato un forte incremento dei casi di trasmissione interspecie, con evidenze di gravi infezioni nell'uomo, spesso ad esito fatale. In particolare dal 2003 ad aprile 2006, la diffusione del sottotipo del virus H5N1 ad alta patogenicità nelle specie domestiche in alcune aree di tali paesi e le modalità di allevamento, hanno favorito l'esposizione umana a volatili infetti, pro-

vocando 196 casi di infezione nell'uomo, di cui 110 ad esito fatale.

In Toscana a partire dal 2004 come estensione dei piani nazionali sono stati sottoposti a sorveglianza gli allevamenti rurali e industriali (>250 capi) di avicoli con controlli periodici finalizzati a mettere in evidenza l'eventuale circolazione virale tra le popolazioni di animali domestici.

L'ultima parte del 2005 è stata segnata da un clima di rinnovata attenzione a livello mondiale per il rilevamento di nuovi focolai di influenza aviaria nel Sud Est asiatico e per il ritrovamento di volatili selvatici morti risultati portatori del virus dell'influenza aviaria (H5N1, ad alta patogenicità) anche in talune zone del vicino oriente, lungo le rotte migratorie seguite dalle specie colpite.

Analogo piano di monitoraggio ha interessato alcune aree di interesse per i volatili selvatici, tra cui in Toscana, la laguna di Orbetello.

La Regione Toscana, ha assunto ulteriori iniziative tra cui la costituzione di una unità di crisi di sanità pubblica veterinaria in caso di insorgenza di focolai di malattie epidemiche, la revoca della tariffa regionale per la registrazione degli allevamenti di volatili (deliberazione della Giunta regionale N. 1074 del 31 ottobre 2005).

Con la citata deliberazione 1074/2005 è stata disposta la pubblicazione sul sito ufficiale della Regione Toscana dei dati relativi ai controlli effettuati.

Con decreto dirigenziale 6612/2005 sono state individuate le aree del territo-

rio regionale a maggior rischio, nelle quali applicare ulteriori misure di biosicurezza previste dalle disposizioni nazionali.

La Tabella 1.26 descrive i risultati dell'attività di sorveglianza per l'influenza aviaria svolta alla fine del 2005.

La Tabella 1.27 illustra gli esiti dell'attività di monitoraggio sui volatili selvatici effettuati nella Laguna di Orbetello nel 2005.

Tabella 1.26

Sorveglianza per influenza aviaria per Azienda sanitarie al 31 dicembre 2005

	AZIENDE USL													Totale
	Massa e Carrara	Lucca	Pistoia	Prato	Pisa	Livorno	Sienna	Arezzo	Grosseto	Firenze	Empoli	Viareggio		
Allevamenti censiti	7.361	4.281	1.683	28	9.725	3.122	2.200	3.398	608	2.068	3.140	316	37.930	
Allevamenti visitati	29	8	35	34	130	110	29	174	271	13	33	26	892	
Allevamenti rurali	testati	33	13	11	6	49	19	8	28	20	11	22	3	223
	campioni positivi	344	118	172	30	158	352	25	170	102	136	126	40	1.773
Allevamenti industriali	testati	3	2	8	-	22	1	3	21	13	10	9	-	92
	campioni positivi	30	30	116	-	155	40	60	276	178	260	40	-	1.185
Altro (mercati, agrarie ecc.)	7	4	4	9	9	8	89	6	7	9	9	7	168	
Infrazioni	atti amm.	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3
	atti giud.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Controlli su alimenti	alla distribuz.	68	24	277	23	30	91	42	129	139	169	15	20	1.027
	alla sommin.	-	3	-	8	-	29	-	10	11	-	8	4	73
Infrazioni	N. sequestri	5	-	4	11	-	-	-	-	-	-	-	-	20
	kg sequestrati	42	-	81	1.909	-	-	-	-	-	-	-	-	2.032
	atti amm.	4	-	5	11	-	-	-	-	-	-	-	-	20
	atti giud.	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	9

Tabella 1.27

Attività di monitoraggio sui volatili selvatici effettuati nella Laguna di Orbetello, anno 2005

Specie	CAMPIONI ESAMINATI				
	al 2/12/2005	al 28/12/2005	al 29/12/2005	Totale	Positivi
Germano reale	50	22	24	96	-
Piovanello	11	-	-	11	-
Chiarlo	3	-	-	3	-
Gabbiano reale	9	-	-	9	-
Pivieressa	3	-	-	3	-
Volpoca	2	-	2	4	-
Beccaccino	-	3	-	3	-
Alzavola	-	-	2	2	-
Colombaccio	-	-	-	-	-
Fagiano	-	-	-	-	-
Canapiglia	-	-	-	-	-
Totale	78	25	28	131	-

ENCEFALOPATIA SPONGIFORME BOVINA

Per quanto dal 2001, in Toscana, non sia più stata rilevata alcuna positività per la *bovine spongiform encephalopathy* (BSE - encefalopatia spongiforme bovina), la sorveglianza nei confronti di questa patologia neurologica continua ad essere un'attività prioritaria.

Le misure di intervento comprendono la sorveglianza attiva, intesa come esecuzione di test diagnostici su tutti i bovini morti in allevamento e sui bovini macellati di età superiore a 30 mesi, e la vigilanza sulla popolazione bovina per l'individuazione di eventuali sintomatologie neurologiche che possano destare un sospetto clinico.

L'attività diagnostica relativa alle encefalopatie spongiformi trasmissibili viene eseguita presso il laboratorio di Firenze dell'Istituto zooprofilattico delle Regioni Lazio e Toscana, che collabora alla progettazione e realizzazione dei piani di sorveglianza (Tab. 1.28).

Tabella 1.28

Numero di campioni esaminati per BSE per motivo di prelievo - Toscana, anni 2004-2005

Motivo di prelievo	2005	2004
Macellazione	1.761	2.450
Morte in allevamento	1.293	1.494
Totale	3.054	3.944

CONCERIE E GELATINE ALIMENTARI PER USO UMANO

Il settore conciario toscano interessato alla lavorazione di pelli fresche rappresenta una rilevante realtà economica: costituito da oltre 280 imprese, riconosciute

ai sensi del regolamento (CE) 1774/2002, con una produzione pari a quasi il 50% di quella nazionale e al 37% di quella comunitaria (dati: Ambiente Italia, ricerca sugli ecodistretti, 2002).

Dalla lavorazione delle pelli, nelle fasi antecedenti la concia vera e propria, derivano sottoprodotti che possono essere utilizzati per la fabbricazione di gelatina ad uso alimentare umano e farmaceutico, di componenti per la mangimistica e di fertilizzanti.

Degli impianti toscani, circa 80 sono autorizzati a lavorare anche pelli idonee alla produzione di gelatina alimentare per uso umano e farmaceutico. Una delle nove imprese europee che producono gelatina alimentare e farmaceutica, ha sede in Toscana e produce circa 1.700 tonnellate di gelatina l'anno.

La rilevanza economica del comparto richiede una costante attenzione da parte degli organi di controllo: a tal fine, il settore SPV ha approvato due specifici progetti relativi allo svolgimento di interventi di controllo nel settore conciario (decreto dirigenziale N. 936 del 15 febbraio 2005 e N. 7125 del 30 dicembre 2005).

Nel marzo del 2005, anche in considerazione dei rapporti degli ispettori comunitari redatti a seguito della visita dell'ottobre 2004, l'intera filiera è stata visitata da un rappresentante della Commissione UE, Direzione sanità pubblica e tutela del consumatore. Al termine di tale visita sono state confermate le problematiche segnalate dalla Regione e dalle autorità locali agli ispettori comunitari; pertanto, da luglio 2005 un rappresentante della Re-

gione Toscana partecipa, insieme ad un rappresentante della Regione Veneto, sia ai lavori di un gruppo di esperti costituito a livello del Ministero della Salute, sia ai lavori dell'apposito gruppo di lavoro della Commissione UE a Bruxelles, fornendo un apprezzato contributo, frutto dell'esperienza maturata nel settore.

ANAGRAFE CANINA

La legge regionale 8 aprile 1995, N. 43 "Norme per la gestione dell'anagrafe del cane, la tutela degli animali d'affezione e la prevenzione del randagismo", come successivamente modificata, prevede che i cani iscritti all'anagrafe canina siano identificati mediante microchip; il regolamento di attuazione della norma (approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale 30 giugno 2004, N. 33/R), ha definito le caratteristiche e le modalità d'acquisizione dei microchip, le procedure di anagrafe canina, i termini per l'identificazione e la registrazione degli animali e le modalità di costituzione della Banca dati regionale canina.

L'identificazione dei cani può essere effettuata anche da veterinari liberi professionisti rimanendo competenza esclusiva del servizio sanitario regionale la verifica sulla qualità dei dati e il loro inserimento e gestione in banca dati; tutto ciò ha fatto registrare un forte aumento dei cani identificati e registrati.

REALIZZAZIONE CANILI

La Regione Toscana, per tramite del settore SPV, ha erogato contributi regionali

ad enti per la costruzione e risanamento di canili, sulla base dei criteri approvati con la deliberazione della Giunta regionale 589/2004: sono stati finanziati in totale nove progetti per canili comprensoriali per un totale di € 1.500.040 (Fig. 1.15). Come si evince dalla cartografia allo stato attuale i comuni che hanno usufruito dei finanziamenti sono concentrati prevalentemente nell'area centro-settentrionale della regione.

Figura 1.15

Comuni che hanno usufruito di finanziamenti regionali per la costruzione e il risanamento dei canili



Legenda:

- Comuni serviti da canili finanziati con progetti anno 2004;
- Canili comprensoriali finanziati con progetti anno 2005: zona Elba e Capraia (comune di Capoliveri) e zona Bassa Val di Cecina (comune di Riparbella);
- Comuni serviti dal canile comprensoriale di Capoliveri (Campo nell'Elba, Capoliveri, Marciana, Marciana Marina, Porto Azzurro, Portoferraio, Rio Marina, Rio nell'Elba) e

Comuni serviti dal canile comprensoriale di Riparbella (Bibbona, Casale Marittimo, Castagneto Carducci, Castellina Marittima, Cecina, Guardistallo, Montescudaio, Riparbella, Rosignano Marittimo, Santa Luce).

2. L'ASSISTENZA TERRITORIALE

I CONSULTORI IN RETE: UN OBIETTIVO CONCRETO PER ADEGUATI PERCORSI ASSISTENZIALI

Negli anni 2003-2005 sono stati portati a termine i progetti legati al primo dei due finanziamenti ministeriali per la riqualificazione consultoriale ex l. 34/1996 (finalizzato ad interventi mirati alla tutela della salute della donna).

Anche alcuni dei progetti legati al secondo finanziamento (finalizzato ad interventi mirati alla salute del bambino e dell'adolescente) sono stati compiutamente realizzati mentre altri sono in via di completamento.

Riconoscendo il ruolo strategico dei consultori nell'accoglienza e la presa in carico di problematiche riguardanti la genitorialità, il Piano integrato sociale regionale (PISR) 2002-2004, tra le azioni di "Toscana sociale", ha destinato alla rete dei consultori un finanziamento di € 150.000,00 per "sviluppare la funzione sociale di sostegno alla famiglia e alla genitorialità consapevole, di assistenza alla donna e alla coppia e all'adolescente giovane". Sono stati selezionati e finanziati i progetti sperimentali di 4 aziende (AUSL 1, AUSL 6, AUSL 7, AUSL 10) finalizzati al sostegno della donna e della famiglia nella delicata fase del postparto, progetti che si sono tutti compiutamente realizzati.

Dal 2003 le AUSL hanno potuto disporre di un sistema cartaceo di rilevazione dei dati sulle attività consultoriali

organico e omogeneo, basato su tematiche e criteri concordati. Nel corso del 2002, infatti, la Regione Toscana si era avvalsa di un gruppo di lavoro di responsabili consultoriali che aveva approntato alcuni strumenti di rilevazione per gestire una prima fase di transizione verso una completa informatizzazione dei flussi dei dati sulle attività consultoriali.

Nel corso del 2003 un gruppo allargato anche a referenti dei sistemi informativi ha lavorato alla predisposizione di quanto poi è stato recepito con la D.G.R. 439/2004: la creazione di due flussi informativi sulle attività consultoriali ai quali tutte le aziende sono state chiamate ad adeguarsi per l'invio dei dati. Con la D.G.R. 1228/2005 è stato inoltre deciso di stanziare un finanziamento per l'implementazione della gestione informatizzata dei flussi dei dati sulle attività consultoriali.

Ai fini della ricognizione dei consultori esistenti si è proceduto alla seguente distinzione tipologica che prevede:

- sedi "principali" dove occorre almeno la presenza in équipe delle figure di ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale;
- sedi "secondarie" dove occorre almeno la presenza di ostetrica e ginecologo;
- "proiezioni" dove si conta sulla presenza di almeno una figura collegata in rete.

Secondo la rilevazione relativa al 2004 la situazione dei consultori toscani si articola come segue:

204 consultori familiari di cui 17 di

tipo principale, 155 di tipo secondario e 32 proiezioni.

40 consultori adolescenti (che per la maggior parte condividono la sede con i consultori familiari ma con fruizione in giorni e orari distinti) di cui 21 di tipo principale, 18 di tipo secondario e 1 proiezione. I 40 consultori adolescenti sono presenti in 28 zone su 34. 11 di questi consultori adolescenti sono tutti della AUSL 10. Praticamente la metà dei consultori adolescenti è di tipo secondario e questo contrasta con il fatto che un consultorio adolescenti per essere tale deve avere una équipe stabile e completa.

11 consultori immigrati (che per la maggior parte condividono la sede con i consultori familiari) tutti di tipo secondario. In realtà questo numero è leggermente sottostimato: alcune aziende hanno preferito non identificare particolari giorni od orari riservati agli immigrati pur attivando servizi di mediazione culturale. Sicuramente da più parti si segnala la necessità di poter disporre di servizi di mediazione culturale attivabili al bisogno su tutte le sedi e coordinati da un consultorio di tipo principale per immigrati

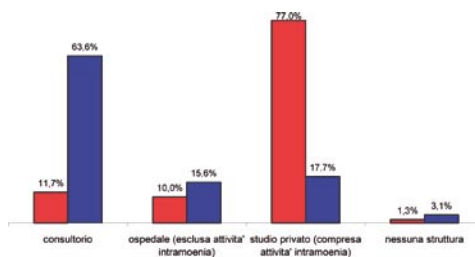
Appare evidente il numero limitato di consultori di tipo principale, cioè con équipe complete e strutturate: 24 zone su 34 (4 aziende su 12) non hanno consultori familiari principali. È altresì vero che tra i consultori secondari figurano insieme situazioni estremamente diverse. Dal piccolo consultorio in località montana con l'ostetrica e il ginecologo presenti una volta al mese alla sede "quasi-principale" con ostetrica, ginecologo

e psicologo su più giorni alla settimana ma con assistente sociale "reperibile" al bisogno.

Per quanto riguarda i consultori familiari per assicurare una più capillare presenza sul territorio occorre disporre di consultori con équipe strutturate e stabili in tutte le zone e in rete con consultori secondari. Invece per quanto riguarda i consultori adolescenti è necessario che tutti dispongano di équipe di tipo principale integrate con tutta una serie di professionalità correlate alle azioni specifiche per le problematiche adolescenziali (psicosessuologo, endocrinologo, nutrizionista ecc.).

Secondo i dati del Certificato di assistenza al parto (CAP), nel 2004 il 12% delle gravidanze di donne italiane e il 64% delle gravidanze di donne straniere sono state seguite in consultorio (Fig. 2.1). Se si esamina il dato suddiviso per azienda si notano alcune differenze significative. Sopra queste medie figurano le aziende che hanno particolarmente investito in consultori come per esempio la AUSL 3.

Figura 2.1
Distribuzione percentuale delle donne che hanno partorito in Toscana per struttura che ha prevalentemente seguito la gravidanza, anno 2004



Secondo la rilevazione 2004 nei consultori familiari la maggior parte dell'attività ostetrico-ginecologica è destinata alla prevenzione oncologica e al percorso nascita. Per quanto riguarda l'area di intervento psico-sociale le azioni sono prioritariamente rivolte alla problematiche familiari.

Nei consultori adolescenti l'area ostetrico-ginecologica si è indirizzata maggiormente sugli interventi legati alla contraccezione mentre l'area psico-sociale è caratterizzata principalmente da interventi legati a problematiche di disagio, abuso/maltrattamento e contraccezione (Tabb. 2.1a - 2.1b).

Tabella 2.1a

Distribuzione percentuale delle attività svolte nei consultori familiari e immigrati per area di intervento

Area di intervento/Attività svolte	%
Ostetrico-ginecologica*	
Visite/colloqui contraccezione	12
Percorso nascita**	30
Pap test	44
Visite/colloqui menopausa	8
Visite/colloqui IVG	1
"Certificazioni" IVG	1
Visite/colloqui MST	2
Altro	2
Totale	100
Psico-sociale	
Contraccezione	1
Percorso nascita	5
IVG	4
Abuso/maltrattamento	4
Problemi familiari	43
Disagio	26
DCA	6
Affidi/adozioni	10
Totale	100

* *Escluse prestazioni specialistico-ambulatoriali.*

** *Esclusi gruppi pre/postnascita, consegna libretti protocollo, ecografie in gravidanza.*

Tabella 2.1b

Distribuzione percentuale delle attività svolte nei consultori adolescenti per area di intervento

Area di intervento/Attività svolte	%
Ostetrico-ginecologica*	
Visite/colloqui contraccezione	66
Percorso nascita**	10
Pap test	5
Visite/colloqui IVG	4
"Certificazioni" IVG	2
Visite/colloqui MST	6
Visite/colloqui sessualità	3
Altro	4
Totale	100
Psico-sociale	
Contraccezione	22
Percorso nascita	2
IVG	3
Abuso/maltrattamento	21
Problemi familiari	11
Disagio aff./adolesc./scolast.	24
Sessualità	13
DCA	4
Totale	100

* *Escluse prestazioni specialistico-ambulatoriali.*

** *Esclusi gruppi pre/postnascita, consegna libretti protocollo, ecografie in gravidanza.*

Se già nel PSR 2005-2007 sono state segnate le linee di sviluppo per il percorso nascita, l'assistenza materno-infantile e le attività consultoriali, si è pertanto deciso nel corso del 2005 di approntare uno specifico piano di riqualificazione che investa sul consultorio di tipo principale, la cui diffusione omogenea su tutto il territorio regionale diventa requisito indispensabile per una appropriata accoglienza e presa in carico delle problematiche collegate alle aree di attività consultoriali (procreazione responsabile, maternità e paternità consapevole, interruzione volontaria di gravidanza - IVG,

sostegno alla genitorialità, percorso nascita ecc.).

Infine, con la D.G.R. 835/2005, “*Attuazione del progetto europeo per la protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno in Europa*”, detto “Blueprint”, sono state previste una serie di linee di intervento destinate alla rete dei punti nascita e dei consultori. Tra queste è in via di conclusione un programma di formazione (secondo i moduli formativi OMS-Unicef sull’allattamento) destinato a tutto il personale coinvolto nel percorso nascita. Si è inoltre costituito nel corso del 2005 un gruppo di lavoro regionale sul “Territorio amico dei bambini”, di cui fanno parte responsabili consultoriali e pediatri di famiglia.

I DIFETTI CONGENITI

Per difetto congenito (DC) si intende una qualunque anomalia anatomica, metabolica o funzionale, ereditata con un meccanismo di trasmissione mendeliano, o causata da una nuova mutazione o da un’alterazione cromosomica o da qualunque insulto fisico, chimico o infettivo, sull’embrione prima della nascita.

I DC sono dunque generatori di handicap; inoltre, a fronte di un calo della mortalità infantile generale, quella dovuta ai DC è rimasta costante.

I DC rappresentano inoltre uno dei più precoci indicatori biologici per la tossicità di inquinanti ambientali e di nuovi farmaci che hanno una latenza di anni, poiché per la maggioranza di essi la causa è

determinata da complesse interazioni tra genetica e ambiente. Ecco perché i difetti congeniti hanno una rilevante importanza sanitaria e, già dall’inizio degli anni ’80, si è avvertita la necessità di creare sistemi di sorveglianza. L’esigenza di una conoscenza approfondita del fenomeno, la valutazione dell’efficacia di interventi preventivi, il diffondersi in molti paesi di sistemi standardizzati di registrazione dei difetti alla nascita, l’attivazione del progetto *European surveillance of congenital anomalies* (Eurocat), di cui la Provincia di Firenze faceva parte dal 1979, hanno creato le condizioni per la costituzione, nel 1992, del Registro toscano difetti congeniti (RTDC).

Nel triennio 2003-2005 sono stati registrati 2.203 casi con difetti congeniti, per una prevalenza alla nascita di 24,20 ogni 1000 nati.

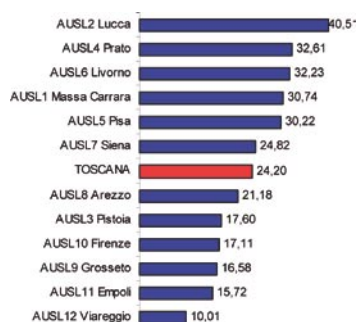
I casi sono rappresentati da 1.880 nati vivi (di cui 58 morti successivamente), 24 nati morti, 298 interruzioni di gravidanza a seguito di diagnosi prenatale di difetto congenito, e 1 aborto spontaneo. Tra i nati sorvegliati nel triennio la natimortalità è risultata pari a 2,8 per 1.000 nati, mentre la presenza di difetto tra i nati morti è stata del 8,8%.

La figura sottostante mostra come, all’interno della regione, la variabilità tra la AUSL sia molto elevata: nel triennio considerato valori di prevalenza significativamente superiori alla media si rilevano nelle Aziende di Lucca, Prato, Livorno, Pisa, e Massa Carrara, mentre presentano valori significativamente più bassi le Aziende di Viareggio, Empoli, Firenze,

Grosseto e Pistoia. Tali differenze però devono essere considerate con estrema cautela a causa di quote di sottotifica degli eventi che possono portare delle notevoli distorsioni quando si vanno a valutare le differenze territoriali.

Figura 2.2

Numero di nati con almeno un difetto congenito per 1000 nati per AUSL di residenza. Triennio 2003-2005



L'EMERGENZA-URGENZA

132 punti di emergenza territoriale fissi (103 con ambulanza medicalizzata, 12 con ambulanza infermierizzata, 17 con automedica), 13 punti di emergenza stagionali (8 con ambulanza medicalizzata, 4 con ambulanza infermierizzata, 1 con automedica), 585 medici (incaricati a tempo indeterminato e determinato) e 379.634 mezzi inviati.

L'attuale normativa di riferimento regionale è contenuta nel PSR 2005-2007, nel progetto speciale di interesse regionale "Le strategie di miglioramento del sistema di emergenza-urgenza intraed extraospedaliero". Si pone come obiettivo primario l'ottimizzazione del servizio regionale di elisoccorso, con particolare

riferimento alla rete di supporto con l'individuazione delle priorità di intervento.

Il sistema di emergenza sanitaria territoriale nella regione Toscana si basa su 12 Centrali operative, presenti in ciascuna AUSL.

Ogni Centrale operativa viene attivata tramite la composizione del numero telefonico 118.

La responsabilità delle Centrali operative è affidata a personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN), così come previsto dal D.P.R. 27 marzo 1992. In sette Centrali il medico responsabile dirige una struttura complessa.

Il medico addetto alla Centrale operativa è presente in 8 Centrali. Nelle Centrali nelle quali non è presente le funzioni di supervisione sono garantite dal medico di guardia dell'UO di Pronto soccorso del Dipartimento di emergenza e accettazione di riferimento.

Il sistema di soccorso territoriale si articola su 4 livelli di risposta, diversificati e integrabili:

- elisoccorso;
- mezzi medicalizzati: ambulanze o automediche;
- ambulanze infermieristiche;
- ambulanze di primo soccorso con soccorritori volontari appositamente addestrati.

In Toscana sono presenti:

- 86 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi, con medico 24h/24h;
- 27 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi, con medico 12h/24h;

- 8 punti di emergenza sanitaria territoriale stagionali, con medico;
- 4 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi, con ambulanza infermieristica 24h/24h;
- 8 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi, con ambulanza infermieristica 12h/24h;
- 4 punti di emergenza sanitaria territoriale stagionali, con ambulanza infermieristica;
- 16 punti di emergenza sanitaria territoriale fissi con automedica, con medico e infermiere 24h/24h;
- 1 punto di emergenza sanitaria territoriale fisso con automedica, con medico e infermiere 12h/24h;
- 1 punto di emergenza sanitaria territoriale stagionale con automedica.

Escludendo la stagionalità si opera pertanto con un punto di emergenza sanitaria territoriale medicalizzato ogni 30.000 abitanti.

Il personale medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale consta di N. 585 medici, incaricati a tempo indeterminato e determinato, a rapporto convenzionale con l'AUSL in applicazione dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, reso esecutivo in data 23 marzo 2005.

Nell'anno 2003 sono pervenute N. 381.036 richieste di emergenza-urgenza a cui è seguito l'invio di un mezzo di soccorso, nell'anno 2004 N. 367.539, nell'anno 2005 N. 379.634.

Nella Tabella 2.2 sono riportati i dati di attività di ciascuna Centrale operativa

118 riferiti all'anno 2005.

I codici colore di invio riferiti agli interventi dell'anno 2005 sono ripartiti come in Figura 2.3, le tipologie del luogo di intervento sono ripartiti come in Figura 2.4, gli esiti degli interventi sono ripartiti come in Figura 2.5.

Tabella 2.2

Numero di mezzi inviati per chiamate di emergenza-urgenza per Azienda USL - Toscana, anno 2005

Centrale operativa 118	N. mezzi attivi
1 - Massa e Carrara	18.969
2 - Lucca	25.210
3 - Pistoia	26.081
4 - Prato	26.155
5 - Pisa	31.936
6 - Livorno	37.788
7 - Siena	32.735
8 - Arezzo	24.336
9 - Grosseto	22.618
10 - Firenze	90.520
11 - Empoli	19.569
12 - Viareggio	23.717
Toscana	379.634

Figura 2.3

Proporzione di codici di invio dei mezzi per l'emergenza-urgenza suddivisi per colore (dal rosso al bianco per gravità decrescente) - Toscana, anno 2005

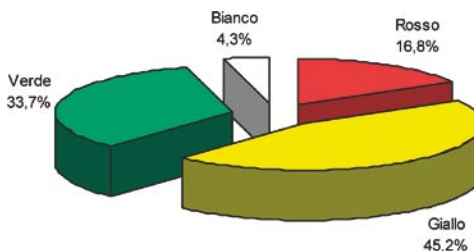
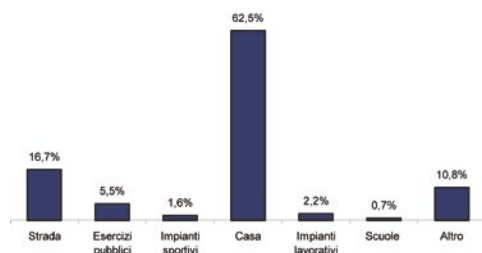
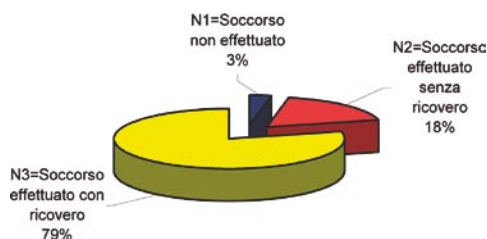


Figura 2.4

Proporzione di interventi di emergenza-urgenza per tipologia del luogo - Toscana, anno 2005

**Figura 2.5**

Proporzione di interventi di emergenza-urgenza ripartiti per esito - Toscana, anno 2005



Il servizio regionale di elisoccorso, attivo dal 29 luglio 1999, è parte integrante del sistema di emergenza-urgenza.

Le basi operative sono:

- Firenze (AUSL 10), elicottero Pegaso 1 presso l'Ospedale di Santa Maria Annunziata e con competenza operativa per la Toscana Centro;
- Grosseto (AUSL 9), elicottero Pegaso 2 presso l'Ospedale Misericordia e con competenza operativa per la Toscana Sud e le isole dell'Arcipelago toscano;
- Massa e Carrara (AUSL 1), elicottero Pegaso 3 presso l'Aeroporto

del Cinquale e con competenza operativa per la Toscana Nord.

Dal 15 giugno 2001 l'attività di elisoccorso è stata estesa anche alle ore notturne, al fine di garantire un completo livello di assistenza nelle isole dell'Arcipelago toscano. Il servizio notturno è svolto dall'elicottero Pegaso 2, con base presso l'Ospedale Misericordia di Grosseto.

Gli elicotteri effettuano sia interventi primari (dal luogo dell'incidente al Presidio ospedaliero) sia secondari (trasporto del paziente da un Presidio ospedaliero ad un altro), ma possono anche effettuare voli di ricerca e soccorso, trasporto di farmaci, organi e di persone e materiali in caso di calamità.

Oltre all'attività di trasporto sanitario (*Helicopter emergency medical service* - HEMS - Servizio medico di emergenza con elicotteri), gli elicotteri effettuano anche attività di elisoccorso mediante l'utilizzo di tecniche che prevedono l'impiego di metodiche particolari, quali l'uso del verricello.

Il servizio si attiva attraverso il sistema 118 ed è gestito dalla Centrale operativa 118 sede della base operativa di elisoccorso, in collegamento con tutte le altre Centrali operative della Regione Toscana.

A livello regionale, nell'ambito del Coordinamento delle Centrali operative 118, sono stati concordati i protocolli di attivazione delle eliambulanze, che sono oggetto di verifica continua, al fine di renderli sempre più congrui con il sistema.

Gli elicotteri effettuano volo diurno, con partenza dalle ore 07,30 del mattino, per 12 ore o fino a scadenza effemeridi (tramonto del sole).

L'equipaggio dell'elisoccorso è composto da un pilota, un tecnico HEMS, un medico e un infermiere proveniente dall'area critica.

A seguito della convenzione fra la Regione Toscana e il Soccorso alpino e speleologico toscano (SAST) del Club alpino italiano (CAI), sottoscritta il 26/10/2004, che disciplina i rapporti per garantire il soccorso a persone infortunate o in stato di pericolo sulla rete escursionistica toscana o comunque negli ambienti naturali impervi, per l'elibase di Massa-Carrara il SAST mette stabilmente a disposizione un tecnico di elisoccorso ad integrazione dell'équipe sanitaria 118. Le chiamate di soccorso sono comunque convogliate sul numero unico 118.

Gli interventi diurni di elisoccorso nel triennio 2003-2005, come riportati nella Tabella 2.3 e nella Figura 2.6, sono stati:

- nel 2003 N. 1657 interventi (Pegaso 1 N. 611 interventi, Pegaso 2 N. 679 interventi di cui 96 notturni, Pegaso 3 N. 367);
- nel 2004 N. 1637 interventi (Pegaso 1 N. 619 interventi, Pegaso 2 N. 639 interventi di cui 98 notturni, Pegaso 3 N. 379);
- nel 2005 N. 1717 interventi (Pegaso 1 N. 630 interventi, Pegaso 2 N. 701 interventi di cui 112 notturni, Pegaso 3 N. 386).

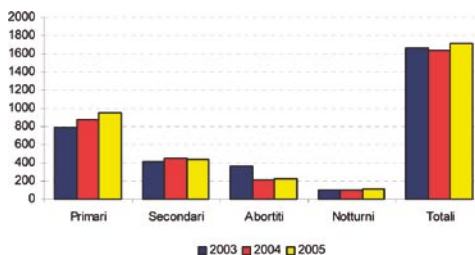
Tabella 2.3

Numero di interventi del servizio di elisoccorso - Toscana, anni 2003-2005

Interventi	2003	2004	2005
Primari	792	874	945
Secondari	409	447	435
Abortiti	360	218	225
Notturni	96	98	112
Totale	1.657	1.637	1.717

Figura 2.6

Numero di interventi del servizio elisoccorso per tipologia - Toscana, anni 2003-2005



Ogni anno la cifra stanziata dalla Regione Toscana per il servizio di elisoccorso è di circa 11 milioni di euro.

Nell'anno 2005 la Giunta regionale, con deliberazione N. 1209 del 12/12/2005, ha approvato, per il servizio regionale di elisoccorso, un piano di interventi riferito al triennio 2005-2007 per la realizzazione di idonee aree di atterraggio e decollo a servizio di strutture sanitarie e comunità isolate. Nell'anno 2005 è stato previsto un finanziamento pari a € 2.201.000,00 per la realizzazione delle seguenti elisuperfici: AUSL 1 di Massa e Carrara (Ospedale pediatrico Apuano e Ospedale di Pontremoli), AUSL 2 di Lucca (comunità isolata di Pieve Fosciana), AUSL 3 di Pistoia (Ospedali di Pistoia, Pescia e San Marcello Pistoiese), AUSL 6 di Livorno (comunità isolata Isola di Gorgona), AUSL 9 di Grosseto (Ospedali

di Orbetello, Massa Marittima, Pitigliano e Castel del Piano).

I servizi di trasporto sanitario sono garantite dalle Aziende, attraverso rapporti convenzionali con le Associazioni di volontariato e la Croce rossa italiana (CRI), sulla base di un accordo quadro regionale sottoscritto il 26 aprile 2004.

Nella Tabella 2.4 sono riportati i costi sostenuti nel triennio 2003-2005 per il servizio di trasporto sanitario, ripartiti per trasporti ordinari e per trasporti di emergenza.

Nella Tabella 2.5 sono riportati, per l'anno 2005, sia i costi sostenuti sia il numero degli interventi, ripartiti fra le singole AUSL.

Tabella 2.4
Spesa per i trasporti sanitari - Toscana, anni 2003-2005

Trasporti	2003	2004	2004
Ordinari	33.014.900	35.726.176	39.635.948
Emergenza	16.047.757	18.077.184	20.283.201
Totale	49.062.657	53.803.360	59.919.149

L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE

I VALORI COMPLESSIVI PER MACROAGGREGAZIONI

Cresce l'attività complessiva delle prestazioni ambulatoriali; si passa dai 44,9 milioni di prestazioni del 2002 ai 55,3 milioni del 2005 (Tab. 2.6). Il forte trend di crescita è ovviamente influenzata dal continuo miglioramento della capacità di rilevazione dei dati da parte delle Aziende sanitarie.

Tabella 2.6
Numero di prestazioni ambulatoriali e variazione percentuale rispetto anni precedenti - Toscana, anni 2002-2005

Anno	Prestazioni
2002	44.944.543
2003	49.447.719
2004	53.679.230
2005	55.397.583
<i>Variazioni percentuali</i>	
2003-2002	10,0%
2004-2003	8,6%
2005-2004	3,2%
2005-2002	23,3%

Tabella 2.5
Spesa e numero dei trasporti nelle Aziende USL - Toscana, anno 2005

Azienda USL	TRASPORTI ORDINARI		TRASPORTI EMERGENZA		Totale spesa
	Spesa	N. interventi	Spesa	N. interventi	
1 - Massa e Carrara	2.790.287	71.564	1.424.227	21.648	4.214.514
2 - Lucca	2.302.270	42.302	1.065.692	20.587	3.367.962
3 - Pistoia	4.903.008	149.329	1.710.249	21.990	6.613.257
4 - Prato	2.125.832	72.880	1.056.469	23.471	3.182.301
5 - Pisa	3.330.717	85.066	1.417.122	31.503	4.747.839
6 - Livorno	4.400.467	164.725	1.629.504	38.600	6.029.971
7 - Siena	3.505.529	62.879	1.774.445	47.604	5.279.974
8 - Arezzo	4.278.814	102.207	1.944.084	25.584	6.222.898
9 - Grosseto	2.507.918	52.148	1.693.193	20.589	4.201.111
10 - Firenze	5.115.287	93.240	4.327.035	85.174	9.442.322
11 - Empoli	2.846.302	69.523	1.126.038	21.561	3.972.340
12 - Viareggio	1.529.517	46.408	1.115.144	24.427	2.644.661
Toscana	39.635.948	1.012.271	20.283.202	382.738	59.919.150

Se infatti si verificano i valori dei diversi anni analizzati, si nota come l'incremento tende a ridursi fino al 3,2% tra il 2005 e il 2004. Considerando che il sistema sta ormai stabilizzando la sua capacità di rilevazione, si può affermare che la crescita fisiologica di prestazioni si attesta attorno al 3% annuo. Un valore comunque molto alto.

Analizzando l'attività ambulatoriale per macroaggregati il dato complessivo viene scomposto in settori: attività clinica, attività di diagnostica per immagini, attività di diagnostica strumentale, attività di diagnostica di laboratorio (per un elenco esaustivo dei contenuti di tali aggregati si rinvia all'allegato 1 del corredo documentale della relazione).

Il settore della clinica (Tab. 2.7) aumenta del 5,8% nel periodo 2002 - 2005; l'incremento rispetto al 2004 è uno dei più modesti: 0,6%.

La diagnostica per immagini (Tab. 2.8) dal 2002 incrementa del 14,1%; dal 2004 cresce del 6,3%.

La diagnostica di laboratorio (Tab. 2.9) incrementa dal 2002 del 30% e, dal 2004 del 3,9%.

La diagnostica strumentale (Tab. 2.10) cresce del 18,2% dal 2002 e del 5,8% nel periodo 2004 - 2005.

Il settore delle procedure (Tab. 2.11) aumenta dal 2002 dell'11,9%, rispetto al 2004 è l'unico settore che diminuisce: -5,3%.

Tabella 2.7

Numero di prestazioni ambulatoriali e variazione percentuale rispetto anni precedenti. Attività clinica - Toscana, anni 2002-2005

Anno	Prestazioni
2002	7.658.639
2003	7.997.819
2004	8.054.771
2005	8.100.692
<i>Variazioni percentuali</i>	
2003-2002	4,4%
2004-2003	0,7%
2005-2004	0,6%
2005-2002	5,8%

Tabella 2.8

Numero di prestazioni ambulatoriali e variazione percentuale rispetto anni precedenti. Attività di diagnostica per immagini - Toscana, anni 2002-2005

Anno	Prestazioni
2002	3.303.488
2003	3.514.634
2004	3.544.120
2005	3.768.481
<i>Variazioni percentuali</i>	
2003-2002	6,4%
2004-2003	0,8%
2005-2004	6,3%
2005-2002	14,1%

Tabella 2.9

Numero di prestazioni ambulatoriali e variazione percentuale rispetto anni precedenti. Attività diagnostica di laboratorio - Toscana, anni 2002-2005

Anno	Prestazioni
2002	30.561.263
2003	34.206.734
2004	38.226.819
2005	39.724.346
<i>Variazioni percentuali</i>	
2003-2002	11,9%
2004-2003	11,8%
2005-2004	3,9%
2005-2002	30,0%

Tabella 2.10

Numero di prestazioni ambulatoriali e variazione percentuale rispetto anni precedenti. Attività di diagnostica strumentale - Toscana, anni 2002-2005

Anno	Prestazioni
2002	1.528.343
2003	1.672.577
2004	1.708.095
2005	1.806.972
<i>Variazioni percentuali</i>	
2003-2002	9,4%
2004-2003	2,1%
2005-2004	5,8%
2005-2002	18,2%

Tabella 2.11

Numero di prestazioni ambulatoriali e variazione percentuale rispetto anni precedenti. Procedure - Toscana, anni 2002-2005

Anno	Prestazioni
2002	1.784.531
2003	1.994.708
2004	2.107.530
2005	1.996.506
<i>Variazioni percentuali</i>	
2003-2002	11,8%
2004-2003	5,7%
2005-2004	-5,3%
2005-2002	11,9%

classe di età 75-79, dove si concentra la maggiore misura di prestazioni, il valore è quasi 8 volte superiore a quello della classe di età 5-9, dove si rileva il picco più basso di prestazioni pro capite.

Tabella 2.12

Prestazioni ambulatoriali pro capite per classi di età - Residenti in Toscana, anno 2005

Classe di età	Popolazione	Prestazioni pro capite
0-4	149.622	4,4
5-9	139.993	3,7
10-14	142.704	4,1
15-19	144.976	6,2
20-24	165.743	8,1
25-29	223.987	9,2
30-34	280.409	10,6
35-39	293.284	10,3
40-44	279.113	10,2
45-49	245.622	11,3
50-54	230.348	13,3
55-59	252.665	15,7
60-64	220.821	17,9
65-69	224.020	24,6
70-74	196.828	28
75-79	174.466	29,1
80-84	140.190	26,9
85 e +	93.478	22,4
Totale	3.598.269	14,8

LA DISTRIBUZIONE PRO CAPITE PER CLASSI DI ETÀ E SESSO

La misura della quota pro capite di prestazioni per classi di età, consente di eliminare il confondente della diversa numerosità delle varie classi di età. La distribuzione pro capite (Tab. 2.12) evidenzia il carico assistenziale generato per la popolazione delle classi più anziane, dato se si vuole atteso, ma che ora si quantifica in modo oggettivo: nella

La Figura 2.7 evidenzia in modo visivo questo spiccato andamento.

Si sottolinea la leggera "gobba" che inizia nella fascia di età 15-19 e si stempera nella fascia 40-44, che, vedremo meglio è in concomitanza del periodo fertile della popolazione femminile.

Analizzando la distribuzione per classi di età e sesso (Tab. 2.13) si evidenziano le diverse modalità con le quali il sesso influisce sulla utilizzazione delle prestazioni ambulatoriali.

Figura 2.7

Prestazioni ambulatoriali pro capite per classi di età - Residenti in Toscana, anno 2005



Figura 2.8

Prestazioni ambulatoriali pro capite per classi di età e sesso - Residenti in Toscana, anno 2005

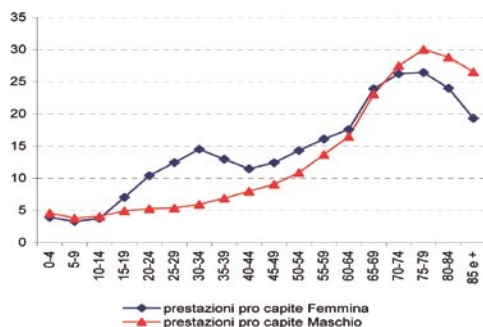


Tabella 2.13

Prestazioni ambulatoriali pro capite per classi di età e sesso - Residenti in Toscana, anno 2005

Classe d'età	FEMMINE		MASCHI	
	Prestazioni pro capite	Popolazione	Prestazioni pro capite	Popolazione
0-4	3,93	72.782	4,61	76.840
5-9	3,29	67.774	3,81	72.219
10-14	3,76	69.309	4,1	73.395
15-19	7,03	70.448	4,92	74.528
20-24	10,41	80.662	5,29	85.081
25-29	12,44	110.272	5,39	113.715
30-34	14,52	137.885	5,96	142.524
35-39	12,97	144.505	6,91	148.779
40-44	11,48	138.663	7,98	140.450
45-49	12,42	123.668	9,06	121.954
50-54	14,33	117.128	10,87	113.220
55-59	16,11	130.166	13,69	122.499
60-64	17,59	115.735	16,48	105.086
65-69	23,93	119.089	23,08	104.931
70-74	26,27	108.279	27,51	88.549
75-79	26,45	102.185	30,05	72.281
80-84	24,01	88.505	28,83	51.685
85 e +	19,34	65.950	26,56	27.528
Totale	15,66	1.863.005	12,34	1.735.264

Netta la "gobba" nella popolazione femminile nelle fasce di età che intercettano l'età fertile 15-19 40-44 con l'apice nella classe di età 30-34 (Fig. 2.8).

A differenza delle curve di utilizzazione dei servizi basate sulla distribuzione quantitativa assoluta, dove le popolazioni femminili presenta costantemente un

maggior utilizzo dei servizi ambulatoriali essendo in valore assoluto numericamente maggiore di quella maschile, nella distribuzione pro capite, che come detto rende neutra la diversa numerosità delle fasce di età e quindi anche del sesso, la popolazione maschile, a partire dalla classe di età 70-74, ricorre in modo maggiore alle prestazioni ambulatoriali della popolazione femminile.

Complessivamente la popolazione femminile assorbe una maggiore quantità di prestazioni pro capite rispetto alla popolazione maschile: la prima presenta un complessivo di 15,6 prestazioni pro capite mentre quella maschile si ferma a 12,3 (Tab. 2.13).

LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DEL PRONTO SOCCORSO

Interessante è considerare il diverso modello di accesso alle prestazioni per il Pronto soccorso. Se si osservano le linee delle figure e si prescinde dal diverso numero di prestazioni pro capite, ovviamente molto più alto per le prestazioni effettuate sulla base di una prescrizione medica, si osserva la differenza tra i due andamenti. Per le prestazioni su ricetta le due linee maschi e femmine presentano due intersezioni la prima nella classe 15-19 dove la popolazione maschile inizia ad assorbire una minore quantità di prestazioni pro capite rispetto a quella femminile per tornare ad assorbire una quota maggiore nella classe 70-74; sempre per le prestazioni in base a ricetta, si evidenzia la gobba della linea femminile

in concomitanza del periodo fertile (15-19 e 40-44) e inoltre la flessione delle prestazioni pro capite per entrambi i sessi che inizia dalla classe 75-79 (Fig. 2.9).

Tabella 2.14

Prestazioni ambulatoriali pro capite per modalità di accesso per classi di età e sesso - Residenti in Toscana, anno 2005

Classe d'età	PRESCRIZIONE SU RICETTARIO		PRESTAZIONI IN PRONTO SOCCORSO	
	Femmina	Maschio	Femmina	Maschio
0-4	2,63	3	0,83	1,05
5-9	2,38	2,55	0,52	0,67
10-14	2,73	2,71	0,62	0,79
15-19	5,46	3,38	0,78	0,92
20-24	8,07	3,61	0,85	0,99
25-29	9,66	3,84	0,75	0,86
30-34	11,43	4,46	0,65	0,79
35-39	10,52	5,28	0,6	0,76
40-44	9,57	6,21	0,59	0,78
45-49	10,57	7,27	0,61	0,77
50-54	12,32	8,9	0,63	0,8
55-59	13,92	11,52	0,67	0,82
60-64	15,35	14,04	0,68	0,84
65-69	21,2	19,91	0,81	1,02
70-74	23,21	23,65	1,01	1,27
75-79	23,06	25,71	1,29	1,53
80-84	20,44	24,36	1,63	1,92
85 e +	15,68	21,89	2,16	2,55
Totale	12,69	9,56	0,83	0,95

Nelle prestazioni relative agli accessi di Pronto soccorso, l'andamento è molto più lineare. Preliminarmente si evidenzia come la popolazione maschile assorbe costantemente un numero maggiore di prestazioni pro capite rispetto a quella femminile; la gobba della popolazione femminile, ovviamente, scompare e segue in modo quasi speculare l'andamento di quella maschile. Dopo un picco nella classe 0-4 si rileva una flessione nella classe 5-9, da questa classe inizia

un incremento che trova il suo apice nella classe 20-24 per poi decrescere di nuovo per mantenersi stabile fino alla classe 60-64 dove la linea di entrambi i sessi inizia a crescere costantemente senza nessuna ulteriore flessione (Fig. 2.10). Il parallelismo delle due linee, maschile e femminile per gli accessi al Pronto soccorso, evidenzia come la utilizzazione di questa risorsa sia molto omogeneo tra i due sessi ed evidentemente non risente in modo particolare delle specifiche caratteristiche fisiologiche o patologiche che caratterizzano i due sessi.

Figura 2.9
Prestazioni ambulatoriali pro capite su ricettario per classi di età e sesso - Residenti in Toscana, anno 2005

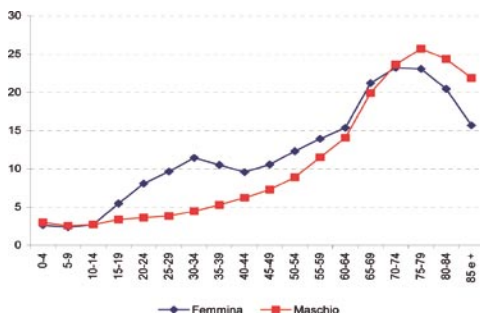
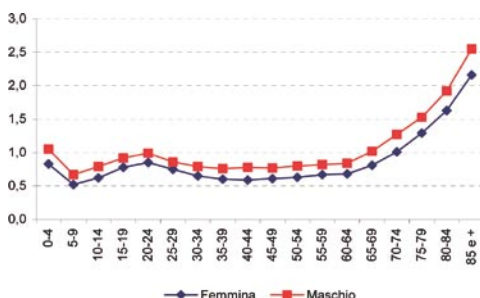


Figura 2.10
Prestazioni ambulatoriali pro capite in Pronto soccorso per classi di età e sesso - Residenti in Toscana, anno 2005



LE TIPOLOGIE DI UNITÀ DI EROGAZIONE

Il sistema di classificazione delle strutture di erogazione delle prestazioni ambulatoriali prevede la possibilità di differenziare le unità di erogazione in base ad una classificazione che fa riferimento alla tipologia di attività svolta. Questa classificazione sebbene parzialmente obsoleta (risale ai primi anni 90 e segue le indicazioni vigenti a livello nazionale), tuttavia consente di iniziare a valutare il livello di distribuzione delle unità eroganti (o presidi, con l'avvertenza che il presidio non equivale ad una unica struttura fisica, ma una struttura fisica può avere diversi presidi al suo interno, in tal senso si parla di unità di erogazione).

La distinzione in base alla natura dichiarata della unità erogante viene incrociata con il sistema di classificazione delle prestazioni ambulatoriali utilizzato anche nella parte generale dell'attività ambulatoriale: attività clinica, attività di diagnostica per immagini, attività di diagnostica strumentale, attività di diagnostica di laboratorio.

I presidi sono raggruppati in base a classi che fanno riferimento ai volumi di attività generati (Tab. 2.15).

Tabella 2.15
Raggruppamento dei presidi in classi per volume di attività

Classe	Descrizione per volume di attività
a	oltre 1.000.000 di prestazioni
b	da 500.000 a 1.000.000
c	da 100.000 a 500.000
d	da 10.000 a 100.000
e	meno di 10.000

Di seguito sono riportate analisi relative ad alcune delle principali tipologie di attività in cui sono classificate le unità eroganti.

ATTIVITÀ CLINICA

Ricomprende le visite e la diagnostica (esclusa quella radiologica e per immagini) e le prestazioni e procedure chirurgiche.

9 presidi pari al 2,7 dei presidi che erogano attività rientranti nella categoria clinica, effettuano il 32,2% di prestazioni; i presidi di classe "c" sono 40 ed erogano il 41,9% delle prestazioni complessive effettuate da presidi afferenti alla classe "clinica". Il 97,5% delle prestazioni viene erogata da 163 presidi che complessivamente rappresentano meno del 50% di tutti i presidi della categoria clinica (Tab. 2.16 e Figura 2.11).

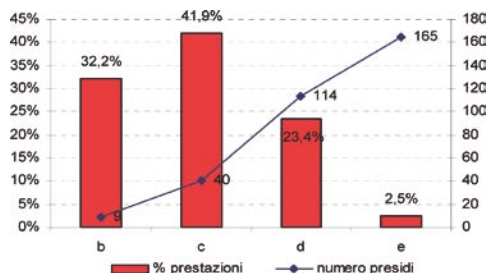
Tabella 2.16

Presidi pubblici e prestazioni per classe del presidio - Attività clinica - Valori assoluti e percentuali, anno 2005

Classe del presidio	PRESIDI		PRESTAZIONI		
	N.	%	N.	%	% cumulata
b	9	2,70	5546695	32,20	32,20
c	40	12,20	7215383	41,90	74,10
d	114	34,80	4039232	23,40	97,50
e	165	50,30	431891	2,50	100,00
Totale	328	100,00	17233201	100,00	

Figura 2.11

Numero di presidi pubblici e distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di presidio, anno 2005



ATTIVITÀ DI LABORATORIO

Le analisi relative alle unità eroganti che sono classificate come presidi che svolgono analisi di laboratorio sono effettuate escludendo le prestazioni che riguardano la cosiddetta attività di prelievo.

Dei 55 presidi pubblici che erogano prestazioni di laboratorio, 20 (il 36% di tutti i presidi di laboratorio pubblici) erogano l'88,7% di tutta l'attività di laboratorio; se si aggiungono altri 12 presidi si raggiunge la quota del 98% di prestazioni erogate sul totale complessivo (Fig. 2.12 e Tab. 2.17).

Figura 2.12

Numero di presidi pubblici e distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di presidio - Attività di laboratorio, anno 2005

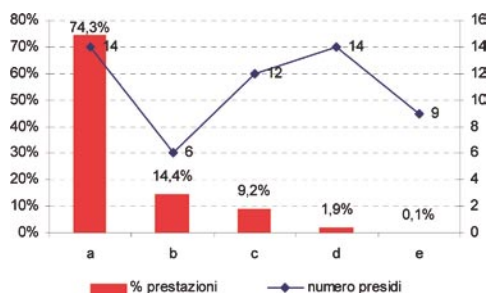


Tabella 2.17

Presidi pubblici e prestazioni per classe del presidio - Attività di laboratorio (escluso attività di prelievo) - Valori assoluti e percentuali, anno 2005

Classe	PRESIDI		PRESTAZIONI		
	N.	%	N.	%	% cumulata
a	14	25	21.857.198	74,3	74,3
b	6	11	4.247.549	14,4	88,7
c	12	22	2.717.148	9,2	98,0
d	14	25	554.772	1,9	99,9
e	9	16	39.245	0,1	100,0
Totale	55	100	29.415.912	100,0	

ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E STRUMENTALE

Ricomprende le tomografie computerizzate (TC), le risonanze magnetiche nucleari (RMN), le ecografie, la radiologia tradizionale ecc.

Due presidi di classe “c” (da 100.000 a 500.000 prestazioni) erogano il 14,3% del complesso delle prestazioni della categoria. Il 91,8% delle prestazioni complessive viene erogato da 47 unità di erogazione che costituiscono il 61,8% delle unità eroganti della categoria (Tab. 2.18 e Fig. 2.13).

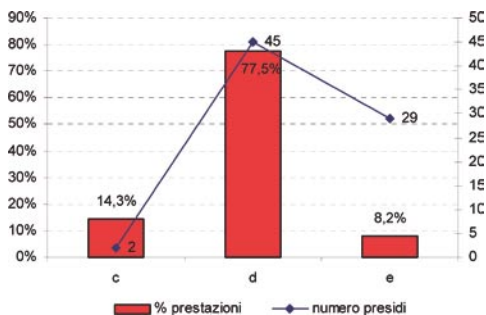
Tabella 2.18

Presidi pubblici e prestazioni per classe del presidio - Attività di diagnostica per immagini e strumentale - Valori assoluti e percentuali, anno 2005

Classe	PRESIDI		PRESTAZIONI		
	N.	%	N.	%	% cumulata
c	2	2,6	241.442	14,3	14,3
d	45	59,2	1.306.330	77,5	91,8
e	29	38,2	137.868	8,2	100,0
Totale	76	100,0	1.685.640	100,0	

Figura 2.13

Numero di presidi pubblici e distribuzione percentuale delle prestazioni per classe di presidio - Attività di diagnostica per immagini e strumentale, anno 2005



I TEMPI DI ATTESA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali continua a presentare aspetti di criticità per il sistema sanitario nazionale. La Toscana ha attivato diverse iniziative per affrontare questo complesso e delicatissimo fenomeno, iniziative che sebbene non siano ancora completamente a regime e che dovranno essere ulteriormente affiancate da altre azioni, iniziano senza dubbio a dimostrare i loro effetti. I dati riportati fanno riferimento al sistema di monitoraggio dei tempi di attesa attivato dal 2001 sul territorio regionale che prevede la trasmissione mensile dei dati estratti dai Centri unificati prenotazioni (CUP) delle Aziende sanitarie e trasmessi alla Regione Toscana. I valori quantitativi non rappresentano il complesso delle prestazioni effettivamente erogate sul territorio regionale; infatti ad esempio non rientrano nel

sistema di monitoraggio le prestazioni ad accesso diretto (come ad esempio le attività dei consultori, o quella della salute mentale) del pari non rientrano nemmeno le prestazioni di laboratorio, dato che l'accesso a tali prestazioni anche se basato su ricetta, avviene mediante accesso diretto dell'utente ai diversi punti di prelievo. Non solo, ma i valori riportati fanno riferimento esclusivamente alle prenotazioni relative ai primi accessi e, sebbene la rilevazione di questa informazione non si sia ancora adeguatamente radicata nel sistema, tuttavia riduce ulteriormente il valore dei dati relativi alle prestazioni erogate. A proposito della distinzione tra prestazioni di primo accesso e quelle successive, va rilevato come il sistema (non solo quello toscano, ma complessivamente il livello nazionale) sia estremamente in difficoltà nell'operare questa distinzione: si pensi ad esempio che questa importantissima distinzione non trova nessun riferimento nemmeno nella ricetta definita a livello nazionale. Questo fa sì che molte prenotazioni afferenti alla categoria di quelle successive ad una prestazione precedente, non vengano correttamente identificate come tali e quindi alterino in senso peggiorativo la misurazione del fenomeno dei tempi di attesa.

Una ulteriore precisazione riguarda la utilizzazione per la valutazione dell'andamento dei tempi di attesa, del tempo relativo rispetto al tempo effettivo. Con il primo si intende la data che

il sistema CUP mette a disposizione dell'utente, ma che per esclusive esigenze dell'utente questo non accetta scegliendo una data diversa e successiva; con la seconda si intende il tempo di attesa che è stato effettivamente prenotato. Le regole di gestione del sistema di monitoraggio dei tempi di attesa prevedono che l'azienda trasmetta sia il tempo di attesa effettivo sia il tempo di attesa relativo (ovviamente nel caso in cui il CUP sia in grado di rilevare, registrare e trasmettere tale informazione). I dati di seguito riportati, fanno appunto riferimento al tempo di attesa relativo cioè al tempo di prima disponibilità messo a disposizione da parte del sistema CUP a prescindere se il cittadino abbia o meno scelto quel tempo oppure ne abbia scelto un altro. La metrica utilizzata per valutare la situazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali fa riferimento alla percentuale di prenotazioni che vengono garantite entro determinate classi di tempo di attesa.

La situazione complessiva dei tempi di attesa è riassumibile nelle Tabelle 2.19, 2.20, 2.21 e 2.22 e nelle Figure 2.14, 2.15, 2.16 e 2.17, dove sono riportati i numeri che riguardano il complesso delle prenotazioni articolate per le macrocategorie: attività clinica; diagnostica per immagini; diagnostica strumentale; procedure. L'elenco integrale delle prestazioni associate a queste categorie è riportato nell'allegato documentale alla presente relazione.

Tabella 2.19

Prenotazioni effettuate per anno e tempo di attesa. Attività clinica - Valori assoluti e percentuali - Toscana, anni 2003-2005

Tempo di attesa (gg.)	2003		2004		2005	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-15	1.164.180	49,1	1.367.937	55,8	1.560.160	60,9
16-30	455.893	19,2	392.417	16,0	391.337	15,3
31-60	444.867	18,8	413.502	16,9	325.499	12,7
oltre 60	305.314	12,9	278.868	11,4	286.152	11,2
Totale	2.370.254	100,0	2.452.724	100,0	2.563.148	100,0

Figura 2.14

Percentuali di prenotazioni per tempo di attesa - Attività clinica - Toscana, anni 2003-2005

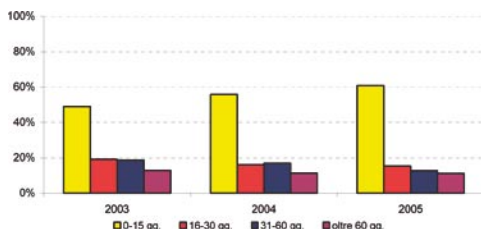


Figura 2.15

Percentuali di prenotazioni per tempo di attesa - Attività di diagnostica per immagini - Toscana, anni 2003-2005

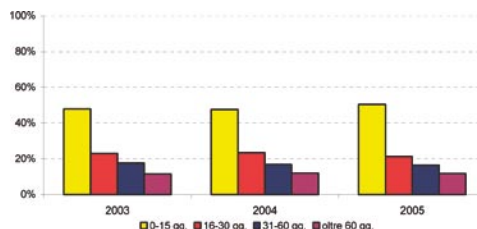


Tabella 2.20

Prenotazioni effettuate per anno e tempo di attesa - Attività di diagnostica per immagini - Valori assoluti e percentuali - Toscana, anni 2003-2005

Tempo di attesa (gg.)	2003		2004		2005	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-15	816.839	48,0	874.576	47,6	940.207	50,4
16-30	391.146	23,0	432.544	23,5	398.452	21,4
31-60	299.635	17,6	309.322	16,8	308.129	16,5
oltre 60	195.450	11,5	221.042	12,0	217.217	11,7
Totale	1.703.070	100,0	1.837.484	100,0	1.864.005	100,0

Le attività della clinica evidenziano una forte crescita delle prenotazioni erogate entro 15 giorni; complessivamente si riducono in modo deciso le percentuali delle classi 16-30 e 31-60 concentrandosi nella classe 0-15; leggera diminuzione della quota di prestazioni erogate oltre

60 giorni che passa dal 12,9% del 2003 all'11,2% del 2005.

Le attività della diagnostica per immagini presentano un leggerissimo miglioramento aumentando la percentuale garantita entro la classe 0-15, con una riduzione per le altre classi princi-

palmente 16-30 e 31-60; la classe oltre 60 presenta una tendenza alla stabilità. di prestazioni rispetto al 2003, anche se il valore migliora rispetto a quello del 2004.

Tabella 2.21

Prenotazioni effettuate per anno e tempo di attesa - Attività di diagnostica strumentale - Valori assoluti e percentuali - Toscana, anni 2003-2005

Tempo di attesa (gg.)	2003		2004		2005	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-15	1.164.180	50,8	497.460	50,8	561.387	54,2
16-30	455.893	20,0	173.855	17,8	162.286	15,7
31-60	444.867	19,0	184.640	18,9	196.097	18,9
oltre 60	305.314	10,2	122.419	12,5	116.691	11,3
Totale	2.370.254	100,0	978.374	100,0	1.036.461	100,0

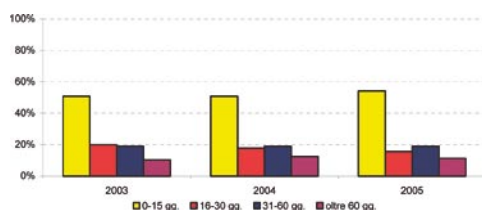
Tabella 2.22

Prenotazioni effettuate per anno e tempo di attesa - Procedure - Valori assoluti e percentuali - Toscana, anni, 2003-2005

Tempo di attesa (gg.)	2003		2004		2005	
	N.	%	N.	%	N.	%
0-15	202.180	72,8	225.666	76,5	271.404	78,7
16-30	28.500	10,3	28.454	9,6	25.249	7,3
31-60	26.383	9,5	25.622	8,7	23.589	6,8
oltre 60	20.507	7,4	15.167	5,1	24.614	7,1
Totale	277.570	100,0	294.909	100,0	344.856	100,0

Figura 2.16

Percentuali di prenotazioni per tempo di attesa - Attività di diagnostica strumentale - Toscana, anni 2003-2005

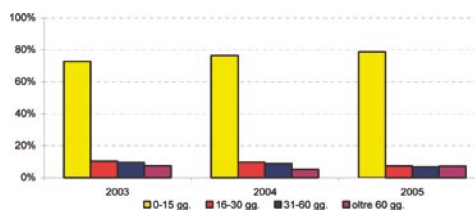


Le attività afferenti alla diagnostica strumentale presentano un andamento simile a quello della diagnostica per immagini, ma leggermente peggiore; infatti per il 2005 nella classe oltre 60 giorni si assiste ad un incremento della percentuale

Le attività delle procedure presentano un netto miglioramento nel corso del triennio dal 72,8% del 2003 entro la classe 0-15 si passa nel 2005 al 78,7%. Si riducono le percentuali delle classi 16-30 e 31-60 e si mantiene stabile la percentuale della classe oltre 60 giorni.

Figura 2.17

Percentuali di prenotazioni per tempo di attesa - Procedure - Toscana, anni 2003-2005



LE VISITE SPECIALISTICHE

Rispetto al fenomeno delle liste di attesa è interessante dare i primi elementi di valutazione rispetto ad una iniziativa della regione relativa alle visite specialistiche. Si fa riferimento alla delibera della giunta regionale N. 143 del 27 febbraio 2006 che stabilisce per 7 visite specialistiche l'onere a carico delle aziende sanitarie di garantire le esecuzioni della prima visita entro 15 giorni, pena il pagamento, su richiesta da parte dell'utente, di una somma pari a 25 euro. Sebbene il provvedimento sia stato assunto nel 2006 si ritiene opportuno evidenziare l'andamento di questa importante iniziativa che potrebbe costituire il nuovo modello di relazione tra cittadino e sistema sul tema generale dell'accesso ai servizi.

Le 7 visite specialistiche sono: visita oculistica, visita ginecologica, visita cardiologia, visita dermatologica, visita ortopedica, visita otorinolaringoiatria,

visita neurologica. Il provvedimento ha iniziato a generare effetti dal mese di giugno con una attivazione differenziata tra le aziende sanitarie.

La Tabella 2.23 fa riferimento ai mesi di giugno, luglio e agosto degli anni che vanno dal 2003 al 2006; da evidenziare la enorme crescita della quota di prestazioni garantite entro i 15 giorni per il 2006, crescita che si riscontra non solo rispetto al 2003, ma anche rispetto al 2005.

Ad esempio, nel mese di agosto la visita oculistica passa dal 32,9% di prenotazioni effettuate entro 15 giorni del 2003 al 74,3% del 2006; per la visita cardiologia si passa dal 58,6% al 79,3; per quella ortopedica dal 45,4% al 74,6%.

Questa, tra l'altro, è la valutazione globale a livello regionale che sconta del fatto che nel periodo analizzato non tutte le aziende sono ancora a regime; esistono infatti diverse aziende in cui i valori relativi alle prestazioni prenotate entro 15 giorni è vicinissimo al 100%.

Tabella 2.23

Percentuali di prime visite effettuate entro 15 gg per tipologia di visita e mese - Toscana, anni 2003-2006

Visita	GIUGNO				LUGLIO				AGOSTO			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
Esame complessivo dell'occhio	32,02	47,99	50,78	71,18	32,51	50,16	58,02	72,84	32,93	44,37	54,63	74,34
Cardiologia	47,19	44,83	54,06	73,04	52,21	54,03	59,68	77,03	58,66	54,81	62,10	79,30
Dermatologia	42,78	57,21	51,20	79,49	53,89	58,38	57,43	81,26	58,29	59,95	68,58	83,08
Ortopedia e traumatologia	44,25	53,23	58,55	72,21	45,56	52,78	58,19	76,01	45,44	49,88	51,87	74,67
Otorinolaringoiatria	61,33	64,34	68,55	79,61	69,98	64,44	68,19	83,52	71,73	71,53	73,20	84,12
Visita ginecologica	57,28	64,61	74,05	73,68	60,87	63,49	68,60	74,53	56,52	63,50	65,12	69,92
Visita neurologica	54,99	58,08	66,17	75,88	54,94	60,77	70,16	76,40	52,88	61,28	65,88	77,03
Totale	44,83	53,96	57,74	74,55	48,86	55,96	61,35	76,93	50,92	55,44	61,59	77,53

LA RIABILIAZIONE EXTRAOSPEDALIERA

La riabilitazione extraospedaliera è stata inquadrata in modo organico a livello regionale a partire dagli accordi sottoscritti alla fine degli anni '90 tra Regione, AUSL e strutture di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78, nell'ambito del principio della concertazione; da tali accordi è derivato un quadro di riordino complessivo del settore riabilitativo extraospedaliero inteso nella sua globalità e unitarietà, che si esplicita nella previsione di un preciso percorso assistenziale anche nelle situazioni in cui non siano presenti significative necessità di assistenza diagnostico-terapeutica o di protezione sanitaria, nonché nelle situazioni per le quali l'intervento è di tipo lungo-assistenziale o socio-sanitario integrato.

In particolare sono state sperimentate e attuate, nel triennio di riferimento, nuove offerte riabilitative residenziali nel campo della lungo-assistenza per soggetti con gravi disabilità tramite la costituzione di residenze assistenziali per disabili e di comunità alloggio protette.

IL REGIME DI EROGAZIONE

I regimi di erogazione delle prestazioni riguardano: attività residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, ulteriormente suddivisi a seconda della "intensità" della prestazione riabilitativa erogata.

Presso le medesime strutture possono essere presenti più regimi di ero-

gazione; quest'ultima eventualità è più frequente nelle strutture private.

La maggior parte delle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera nei regimi residenziale e semiresidenziale sono state erogate, nel triennio 2003 - 2005, dalle strutture private, come si rileva dalla Figura 2.18 che segue relativo all'anno 2005, che comunque rappresenta con attendibile approssimazione l'intero periodo di riferimento, mentre le prestazioni erogate nei regimi ambulatoriale e domiciliare sono prevalentemente erogate dalle strutture pubbliche; si deve annotare che per queste ultime tipologie di intervento si è registrato, nel triennio, un decremento delle prestazioni erogate dalle strutture private e un notevole incremento delle prestazioni erogate da quelle pubbliche, a testimonianza di uno sviluppo degli interventi pubblici aziendali che privilegiano risposte territoriali ai bisogni dell'utenza.

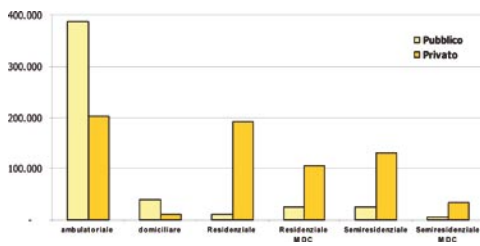
La rete integrata dei servizi presente in regione toscana evidenzia comunque una maggiore presenza dell'intervento pubblico nella fase intensiva ospedaliera, mentre nel settore extraospedaliero la complementarietà e la prevalenza del privato è particolarmente significativa.

Nel corso degli ultimi anni, infatti, con la riconversione di alcuni ospedali pubblici in strutture di riabilitazione extraospedaliera, è stato dato impulso allo sviluppo di tale attività anche nel pubblico.

Anche le prestazioni caratterizzate da una forte componente assistenziale a fronte di un intervento riabilitativo mirato

prioritariamente al mantenimento delle abilità raggiunte dall'utente, ovvero quelle di lungoassistenza, sono prevalentemente erogate da privati.

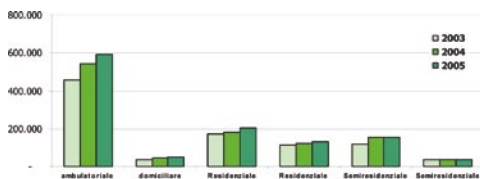
Figura 2.18
Numero delle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera erogate nel 2005 per tipologia di presidio e regime di erogazione



LE PRESTAZIONI E L'UTENZA

Le attività di riabilitazione extraospedaliera sono aumentate nel triennio di riferimento; l'incremento delle prestazioni erogate nel 2005, rispetto al 2003, è riferito però principalmente ai regimi ambulatoriale e domiciliare (Fig. 2.19). Il numero complessivo degli utenti è variato da 38.268 nel 2003 a 50.658 nel 2005.

Figura 2.19
Numero delle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera erogate nel triennio 2003-2005 per tipologia di presidio erogatore e anno

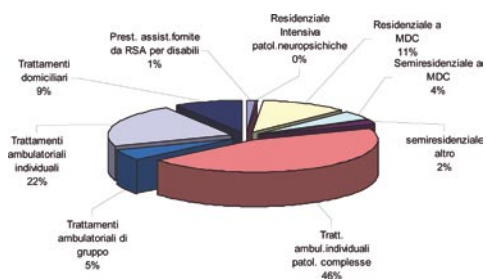


Infatti nel periodo preso in considerazione, a fronte di un aumento del

numero di utenti fruitori di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, si registra un andamento abbastanza stabile per quanto attiene i fruitori di prestazioni residenziali e semiresidenziali.

Nel 2005 gli utenti risultano suddivisi percentualmente tra le varie tipologie di trattamento come evidenziato nella Figura 2.20.

Figura 2.20
Distribuzione percentuale degli utenti per tipologia di prestazione extraospedaliera, anno 2005



In particolare gli utenti che hanno fruito di prestazioni in regime ambulatoriale (trattamenti individuali, trattamenti di gruppo, trattamenti per patologie complesse) rappresentano, con il 73% del totale, ben oltre i 2/3 degli accessi alle prestazioni erogate; se ad essi si aggiungono i fruitori di trattamenti domiciliari, simili per tipologia di intervento, che costituiscono il 9% del totale, si rileva che circa 40.000 utenti, i 4/5 degli assistiti, hanno ricevuto prestazioni che si collocano in questi regimi. È da rilevare che ogni utente che ha fruito di trattamenti ambulatoriali ha ricevuto in media circa 16 prestazioni, mentre gli utenti che hanno fruito di trattamenti

domiciliari hanno ricevuto in media circa 13 prestazioni.

I dati evidenziati, relativi all'anno 2005, sono comunque rappresentativi dell'andamento nel triennio in relazione allo specifico settore.

I regimi residenziale e semiresidenziale, cui nell'anno 2002 hanno avuto accesso rispettivamente il 11% e il 6% del totale degli utenti, sono utilizzati principalmente per lo svolgimento di attività riabilitativa intensiva in fase postacuta, in strutture remunerate a *major diagnostic category* (MDC - categoria diagnostica principale), dove la componente riabilitativa della prestazione è prevalente sulla componente assistenziale; fruisce infatti di trattamenti remunerati ad MDC circa il 90% dell'utenza residenziale e il 70% dell'utenza semiresidenziale.

La degenza media per tali attività è coerente con il percorso assistenziale della fase intensiva previsto dal PSR (24 giorni per il regime residenziale).

Solo il 10% degli utenti per il regime residenziale e il 30% per il regime semiresidenziale hanno avuto accesso a prestazioni di lungo-assistenza.

È da sottolineare infine che, nel triennio di riferimento, le prestazioni ambulatoriali e quelle residenziali/semiresidenziali remunerate a MDC sono state erogate principalmente a minori e a cittadini anziani (oltre i 65 anni), a conferma dell'importanza attribuita alla prevenzione della disabilità e della necessità di interventi sulla popolazione della terza età al fine del mantenimento di un più alto grado di abilità e autosufficienza.

Gli utenti che invece hanno fruito maggiormente degli interventi lungoassistenziali, in quanto portatori di gravissime disabilità stabilizzate, dal punto di vista anagrafico si collocano in modo abbastanza omogeneo nell'età adulta (tra i 20 e i 50 anni).

I dati sopra evidenziati confermano che, relativamente all'utenza, la riabilitazione extraospedaliera si colloca in toscana principalmente nell'ambito delle attività ambulatoriali e domiciliari e, per quanto attiene i regimi residenziale e semiresidenziale, oltre l'80% degli utenti ha avuto accesso a prestazioni caratterizzate da una forte valenza riabilitativa; mentre il restante 20% rappresenta gli interventi dove il momento assistenziale, qui preminente, si fonde con il programma riabilitativo di mantenimento delle abilità del soggetto.

LE STRUTTURE

In toscana sono presenti numerose strutture, sia pubbliche che private, che erogano prestazioni di riabilitazione extraospedaliera. La nostra regione infatti, soprattutto in relazione alla presenza di strutture private operanti in regime residenziale per la lungo-assistenza, ha rappresentato storicamente un polo di attrazione a livello nazionale; a queste strutture accedono gli utenti che non necessitano più di assistenza sanitaria specifica o di protezione sanitaria e per i quali la caratteristica riabilitativa del trattamento è prevalente.

I COSTI

Negli anni 2003 - 2005 si è registrato, come si rileva dalla Figura 2.21, un sensibile incremento dei costi relativi alle attività di riabilitazione extraospedaliera; tale incremento è dovuto innanzitutto ad una maggiore erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale.

Il leggero incremento delle prestazioni erogate in regime residenziale (sia quelle remunerate ad MDC che quelle individuate come lungoassistenziali) determina aumenti anche significativi della spesa, ascrivibili però prevalentemente agli incrementi annuali delle tariffe. Le medesime considerazioni sono valide per i costi relativi alle prestazioni dei regimi semiresidenziali, che però risultano maggiormente stabilizzati.

Tale andamento testimonia la attuazione di una maggiore appropriatezza nell'intervento riabilitativo, che privilegia, in armonia con le previsioni del vigente PSR, le risposte sul territorio e a domicilio dell'utente, limitando quanto più possibile i ricoveri.

Figura 2.21

Costo dell'attività di riabilitazione extraospedaliera sostenuto negli anni 2003 - 2005 per tipologia di presidio erogatore e anno

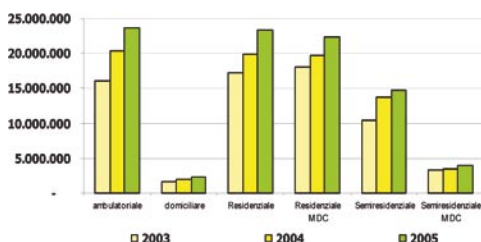


Figura 2.22

Differenza percentuale 2004 vs. 2003 e 2005 vs. 2004 della spesa sostenuta per l'attività extraospedaliera per tipologia di presidio erogatore

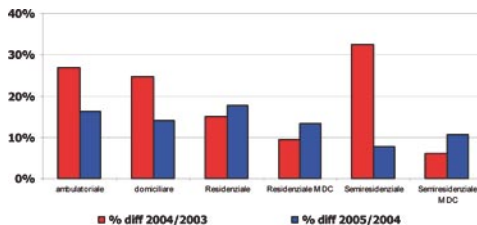
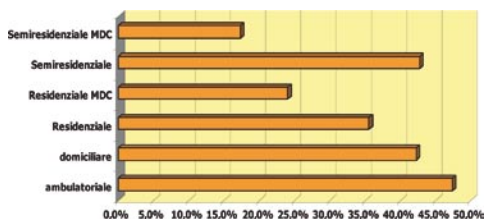


Figura 2.23

Incremento percentuale 2005 vs. 2003 della spesa sostenuta per l'attività extraospedaliera per tipologia di presidio erogatore



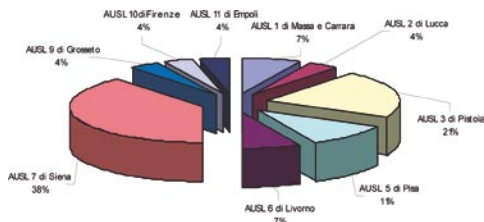
L'ASSISTENZA TERMALE

In Toscana sono presenti 30 aziende termali che gestiscono circa 40 stabilimenti autorizzati dalla Giunta regionale ad erogare prestazioni idrotermali; tra questi, 28 stabilimenti hanno instaurato rapporti con il Sistema sanitario della Toscana (SST), tramite le AUSL territorialmente competenti, al fine dell'erogazione agli aventi diritto delle prestazioni di cui all'accordo definito annualmente tra la Conferenza degli Assessori alla sanità delle Regioni e Federterme.

UBICAZIONE DELLE STRUTTURE TERMALI CONVENZIONATE

Le AUSL toscane a maggiore vocazione termale, in relazione alla presenza nel proprio territorio di un maggior numero di stabilimenti, sono la Azienda N. 3 di Pistoia e la Azienda N. 7 di Siena, come evidenziato nella Figura 2.24.

Figura 2.24
Distribuzione percentuale degli stabilimenti termali convenzionati per Azienda USL di ubicazione, anno 2005

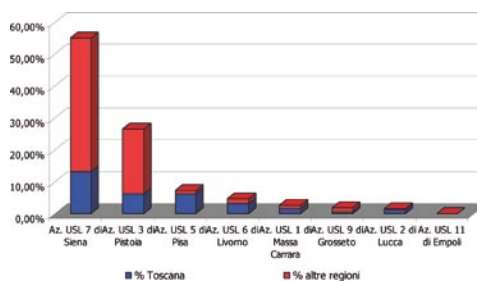


UTENZA, PRESTAZIONI E COSTI

Nelle AUSL di Siena e di Pistoia, di conseguenza, si rileva storicamente una

maggiore presenza di utenti, sia toscani che provenienti da altre regioni, con conseguente maggior numero di prestazioni erogate e più elevati livelli di spesa, come analiticamente indicato nella Figura 2.25, che pur essendo riferito all'anno 2005 è significativo per tutto il periodo di riferimento.

Figura 2.25
Distribuzione percentuale degli utenti delle prestazioni termali per Azienda USL di erogazione e regione di residenza, anno 2005



CONSIDERAZIONI SULL'UTENZA

Nel triennio di riferimento gli utenti che hanno fruito di prestazioni termali presso stabilimenti toscani con oneri a carico dell'SSN sono stati per circa il 30% residenti in toscana mentre quelli provenienti da altre regioni rappresentano il 70% del totale.

L'età media dei cittadini che frequentano per motivi terapeutici le strutture termali si attesta in Toscana intorno ai 60 anni.

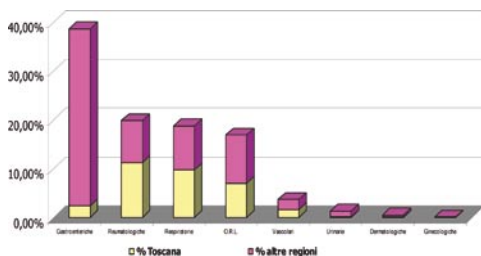
CONSIDERAZIONI SULLE PATOLOGIE

L'accesso alle prestazioni con oneri a carico dell'SSN è previsto in presenza

di specifiche patologie individuate con decreto del Ministero della Sanità; raggruppando le singole descrizioni delle patologie in macrosettori, a seconda dell'apparato interessato, è stato possibile valutare l'incidenza percentuale delle stesse in rapporto agli utenti, come descritto nel grafico sotto riportato, relativo all'anno 2005 ma rappresentativo di tutto il triennio di riferimento.

Figura 2.26

Distribuzione percentuale degli utenti delle prestazioni termali per patologia e regione di residenza, anno 2005



Da rilevare che le patologie per le quali viene fatto maggiormente ricorso alle prestazioni termali, considerando l'utenza complessivamente, sono quelle gastroenteriche, seguite dalle respiratorie e dalle reumatologiche. Le patologie per le quali si registra un minor utilizzo dei trattamenti termali sono quelle dermatologiche e ginecologiche.

I cittadini toscani accedono invece maggiormente alle prestazioni idrotermali per patologie reumatologiche e respiratorie. Per le patologie dermatologiche e ginecologiche, analogamente a quanto rilevato per l'utenza extraregionale, si riscontra invece una minima richiesta di trattamenti termali.

DISTRIBUZIONE UTENZA TOSCANA IN BASE ALLA RESIDENZA

La media regionale relativa al numero di utenti toscani che fruiscono di prestazioni termali è di circa 9 utenti ogni 1.000 residenti. Alcuni scostamenti verso l'alto da tale media si rilevano in quelle AUSL dove gli stabilimenti termali sono maggiormente numerosi, con un picco nella Azienda N.7 di Siena.

Nelle AUSL che non sono sede di stabilimenti l'utenza tende comunque a fruire delle prestazioni in strutture toscane.

UTENZA EXTRAREGIONALE E MOBILITÀ

È da sottolineare inoltre che nella realtà termale toscana si registra una forte presenza di utenti extraregionali (tra il 67% e il 70% dell'utenza complessiva negli anni 2003-2005); da ciò deriva che la mobilità interregionale per la Regione Toscana in questo settore è sicuramente attiva e, per quanto riguarda le sole prestazioni erogate con oneri a carico dell'SSN, rappresenta circa il doppio della mobilità passiva.

LA FARMACEUTICA TERRITORIALE CONVENZIONATA

PREMESSA

Nella presente sezione sono analizzati i consumi di farmaci a carico dell'SST (farmaci rimborsabili), erogati da farmacie territoriali convenzionate, inoltre nella parte finale si fa un breve accenno all'acquisto privato dei cittadini per i farmaci di fascia C.

Nell'anno 2005 in Toscana sono state prescritte circa 31 milioni di ricette farmaceutiche ed erogate circa 56 milioni di confezioni di farmaci (circa 16 confezioni pro-capite) per una spesa totale di 665 milioni di euro a carico dell'SST.

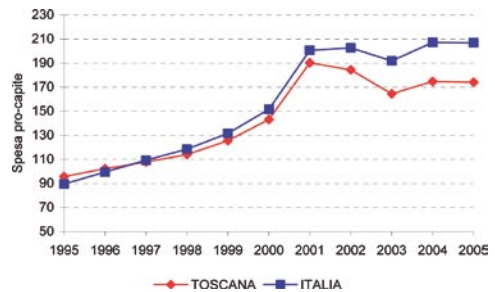
ANALISI DELLA SPESA

La Figura 2.27 riporta l'andamento storico della spesa pro-capite in Toscana e in Italia. La Toscana dal 1998 in poi ha fatto registrare consumi, in termini di spesa pro-capite, al di sotto della media nazionale con tendenza nel corso degli anni di distacco sempre più netto. Se nel 1997 i due valori erano coincidenti, nel 2006 in Toscana per ogni assistito, sono stati spesi 32 euro in meno rispetto alla media nazionale. Il risultato positivo della Toscana è stato raggiunto grazie ad un'attenta politica di contenimento della spesa, orientata all'appropriato uso del farmaco, senza "tagliarne" il consumo. Se infatti la Toscana è nettamente sotto la media nazionale in termini di spesa pro capite, se si confrontano i dati di

consumo in termini di dosi prescritte, il rapporto si ribalta: nel 2005 in Toscana sono state erogate 829 "dosi" di farmaco ogni 1.000 abitanti contro una media nazionale di 797 "dosi".

Figura 2.27

Farmaceutica convenzionata: spesa procapite Toscana e Italia, anni 1995-2005



ANALISI DEI CONSUMI

Nella Tabella 2.24 è riportata la distribuzione dei volumi di consumi e spesa per Azienda erogatrice per l'anno 2005. I consumi sono espressi sia in termini di quantità di prescrizioni e confezioni che in termini di spesa. Tra gli altri indicatori è riportato il consumo della *defined daily dose* (DDD - dose giornaliera definita) per 1.000 residenti.

La DDD rappresenta la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza ed è un'unità che permette il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi.

La tabella sopradescritta riporta, per tutte le variabili escluse le DDD, i volumi in valori assoluti, per poter confrontare i consumi tra le Aziende è necessario

standardizzarli rapportandoli alla popolazione. I consumi farmaceutici dipendono strettamente, oltre che dalle attitudini prescrittive dei medici, dalle caratteristiche della popolazione e in particolare dalla sua struttura per sesso ed età. Per meglio confrontare i consumi osservati nelle diverse realtà aziendali, la popolazione residente nelle Aziende toscane è stata pesata, applicando i “pesi” previsti dal Piano sanitario regionale per il livello di assistenza oggetto della presente sezione. I pesi, riportati nella Tabella 2.25, sono determinati in base all’assorbimento delle risorse per classi di età, come si evince dalla tabella, per i consumi di farmaci a carico dell’SST, un residente di età 70-75 anni assorbe quanto 12 ragazzi in età 10-19.

Tabella 2.25

Pesi attribuiti in base all’assorbimento delle risorse per classe di età

Classe di età	Peso
0-4 anni	0,230
5-9 anni	0,227
10-14 anni	0,192
15-19 anni	0,192
20-24 anni	0,228
25-29 anni	0,308
30-34 anni	0,359
35-39 anni	0,468
40-44 anni	0,555
45-49 anni	0,642
50-54 anni	0,837
55-59 anni	1,190
60-64 anni	1,470
65-69 anni	1,960
70-74 anni	2,345
75-79 anni	2,657
80-84 anni	3,075
85 e + anni	2,423

Tabella 2.24

Distribuzione dei consumi e dei volumi di spesa per AUSL di erogazione, anno 2005

Azienda USL di erogazione	Numero ricette	Numero prescrizioni	Numero confezioni	DDD per 1.000 ab.	Spesa Netta Euro	Spesa Lorda Euro
1 - Massa e Carrara	1.782.044	2.004.005	3.232.344	857	38.484.076	41.657.641
2 - Lucca	1.980.081	2.229.412	3.629.574	901	42.468.742	46.066.452
3 - Pistoia	2.490.825	2.712.504	4.518.554	857	51.860.951	55.968.567
4 - Prato	1.598.629	2.571.191	2.918.064	651	33.854.884	36.626.864
5 - Pisa	2.778.533	3.132.859	4.901.316	803	60.608.008	65.783.514
6 - Livorno	3.171.235	3.539.763	5.665.647	886	67.751.116	73.308.770
7 - Siena	2.237.167	2.432.080	4.113.941	841	49.364.684	53.527.909
8 - Arezzo	2.859.667	3.115.409	5.188.623	817	62.350.808	67.549.565
9 - Grosseto	1.977.495	1.999.135	3.626.766	903	42.154.796	45.579.456
10 - Firenze	6.700.144	7.318.264	12.456.292	828	147.907.207	160.245.488
11 - Empoli	1.826.999	2.040.182	3.294.332	773	36.557.147	39.535.411
12 - Viareggio	1.464.836	1.661.046	2.643.569	835	31.417.308	34.052.628
Toscana	30.867.655	34.755.850	56.189.022	829	664.779.727	719.902.265

Pertanto, applicando il sistema di “pesatura” della popolazione si ottiene

che un’azienda con popolazione più anziana della media regionale, avrà

Tabella 2.26*Indici di consumo per Azienda USL di residenza per popolazione pesata*

Azienda USL di residenza	Numero ricette pro-capite	Numero confezioni pro-capite	DDD per 1.000 ab. pesati	Spesa Netta Euro
1 - Massa e Carrara	8,8	15,9	870,0	189,0
2 - Lucca	9,2	16,9	903,5	197,6
3 - Pistoia	9,2	16,7	839,3	191,2
4 - Prato	7,3	13,3	596,6	154,8
5 - Pisa	8,7	15,3	795,2	189,7
6 - Livorno	9,0	16,1	904,0	192,8
7 - Siena	8,2	15,1	875,2	181,8
8 - Arezzo	8,7	15,8	806,6	189,3
9 - Grosseto	8,7	15,9	943,8	184,8
10 - Firenze	8,2	15,3	841,8	181,7
11 - Empoli	8,4	15,1	742,5	167,6
12 - Viareggio	9,0	16,3	822,1	193,8
Toscana	8,6	15,6	829,2	184,5

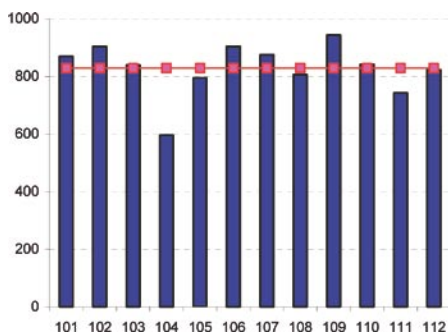
una popolazione pesata numericamente superiore a quella residente, e, al contrario, un'azienda con popolazione più giovane rispetto alla media regionale avrà una popolazione pesata numericamente inferiore a quella residente.

Nella Tabella 2.26 sono sintetizzati gli indici di consumo per Azienda per popolazione pesata, se ne deduce la forte variabilità aziendale nell'utilizzo del farmaco sia in termini di consumo che di spesa. La differenza tra le aziende è meglio apprezzabile nella Figura 2.28, che riporta la distribuzione delle DDD per 1.000 abitanti. La DDD rappresenta la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza ed è un'unità che consente il confronto tra specialità contenenti

la sostanza a diversi dosaggi. La DDD standardizzata sulla popolazione è l'indicatore che meglio si presta ad un confronto tra livelli geografici diversi e per l'analisi delle serie storiche. La media regionale si attesta a 829 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti, con una variabilità aziendale che va dai più bassi consumi registrati per la AUSL di Prato (597 DDD) a quelli più alti della AUSL di Grosseto (948 DDD) con un campo di variazione di ben 351 dosi. La variabilità solo in parte è spiegata dalla distribuzione diretta, che si configura come forma alternativa all'erogazione attraverso le farmacie convenzionate, ma bisogna precisare che tale forma di erogazione può essere effettuata solo per un ristretto numero di molecole.

Figura 2.28

Distribuzione delle DDD per 1.000 abitanti (popolazione pesata), per Azienda USL di residenza, anno 2005



CONSUMI PER CATEGORIE

In questo paragrafo è stato analizzato il consumo dei farmaci sulla base della classificazione internazionale anatomica terapeutica chimica (ATC), nella Tabella 2.27 che segue è riportato il consumo in termini di DDD per 1.000 abitanti per

gruppo anatomico principale (I livello ATC). La tabella permette un confronto tra il consumo toscano e quello nazionale.

Il 47% dei farmaci prescritti a carico dell'SST sono farmaci per il sistema cardiovascolare, con ben 391 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti, seguono i farmaci per l'apparato gastrointestinale (10,5%), il sangue e gli organi emopoietici (9,6%) e il sistema nervoso (8%). Non si registrano scostamenti significativi in termini di distribuzione con il livello nazionale, l'unica eccezione è rappresentata dai farmaci per il sistema nervoso, a fronte di 46 "dosi" al giorno per 1.000 abitanti prescritte in media in Italia, in Toscana se ne prescrivono più di 66. Tale fenomeno ormai consolidato negli anni, è da imputare all'alto consumo in Toscana di farmaci antidepressivi (sotto categoria dei farmaci per il sistema nervoso).

Tabella 2.27

Consumo in termini di DDD per 1.000 abitanti per gruppo anatomico principale - Toscana e Italia, anno 2005

Gruppo anatomico principale	TOSCANA		ITALIA	
	DDD x 1.000 ab.	Incidenza% DDD	DDD x 1.000 ab.	Incidenza% DDD
C Sistema cardiovascolare	391,9	47,3%	387,6	48,6%
A Apparato gastrointestinale	86,7	10,5%	91,7	11,5%
B Sangue e organi emopoietici	79,8	9,6%	71,5	9,0%
N Sistema nervoso	66,5	8,0%	45,6	5,7%
R Sistema respiratorio	44,4	5,4%	47,4	6,0%
G Sistema genito-urinario	43,0	5,2%	39,6	5,0%
H Preparati ormonali	33,9	4,1%	27,4	3,4%
M Sistema muscolo-scheletrico	33,8	4,1%	37,3	4,7%
J Antimicrobici generali	22,7	2,7%	23,9	3,0%
S Organi di senso	19,4	2,3%	15,6	2,0%
D Dermatologici	3,8	0,5%	2,9	0,4%
L Farmaci antineoplastici	2,5	0,3%	5,6	0,7%
P Farmaci Antiparassitari	0,7	0,1%	0,5	0,1%
V Vari	0,0	0,0%	0,1	0,0%
Totale	829,2	100%	796,9	100%

IL PROFILO DELL'UTENTE

Le analisi che seguono danno un profilo, in forma tabellare e grafica, dell'utenza per il livello di assistenza oggetto di analisi.

La Tabella 2.28 e la Figura 2.29 riportano l'indice di prevalenza d'uso per 1.000 abitanti, per sesso ed età; l'indice è stato ottenuto rapportando, per ogni classe di età e per genere, il numero di utenti che nel corso dell'anno hanno ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica e il numero di residenti.

Tabella 2.28

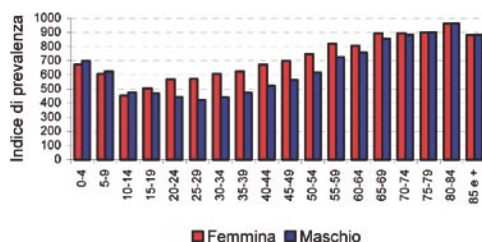
Prevalenza d'uso di almeno una prescrizione farmaceutica per 1.000 abitanti per classe di età e sesso, anno 2005

Classe di età	Femmina	Maschio
0-4 anni	674	698
5-9 anni	607	623
10-14 anni	453	476
15-19 anni	506	468
20-24 anni	569	445
25-29 anni	571	422
30-34 anni	606	443
35-39 anni	624	473
40-44 anni	672	524
45-49 anni	699	564
50-54 anni	745	616
55-59 anni	821	725
60-64 anni	805	757
65-69 anni	893	858
70-74 anni	894	885
75-79 anni	900	903
80-84 anni	964	965
85 e + anni	881	884

L'indice di prevalenza d'uso complessivo indica che 68 toscani su 100, nell'arco dell'anno 2005, hanno ricevuto almeno una prescrizione per farmaci a carico dell'SST (73 donne e 62 uomini). L'indice è costantemente più alto per le donne rispetto agli uomini e assume valori più elevati per gli anziani: il 23% della popolazione (utenti con età 65 e +) consuma il 60% di farmaci erogati dall'SSN.

Figura 2.29

Prevalenza d'uso di almeno una confezione farmaceutica per 1000 abitanti, per classe di età e sesso, anno 2005



FARMACIE CONVENZIONATE CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

La programmazione del servizio farmaceutico nella regione viene effettuata attraverso lo strumento della pianta organica revisionata ogni due anni e approvata dal Consiglio regionale su proposta della Giunta. Mediante la pianta organica tenendo conto dei criteri localizzativi sono individuate le farmacie di nuova istituzione, le stagionali, i dispensari stagionali, quelle da trasferire per decentramento e le eventuali modifiche territoriali delle sedi esistenti.

I criteri localizzativi, rilevanti per la determinazione del numero delle sedi, sono i seguenti:

- 1) criterio demografico (art. 1 l. 475/68), prevede per i comuni con popolazione fino a 12.500 una sede ogni 5.000 abitanti, per gli altri una sede ogni 4.000;
- 2) criterio topografico (art. 104 R.D. N. 1265/34), derogatorio rispetto al precedente, consente l'istituzione di sedi farmaceutiche in relazione a particolari condizioni topografiche e di viabilità;
- 3) criterio urbanistico (art. 5 comma 1 l.362/91 e art. 1 comma 2 DPR N. 275/71) complementare ai primi due, che viene utilizzato per consentire il decentramento e la ridelimitazione dei confini delle sedi esistenti. In base alla normativa attuale, inoltre, è possibile tener conto dei flussi turistici e istituire a) dispensari farmaceutici stagionali (art. 6 comma 2 l. 362/91, art. 1 commi 4 e 5 l. 221/68), b) Farmacie succursali (art.116 e ss del R.D. N. 1265/34).

Al fine di garantire una distribuzione più capillare delle farmacie con la D.G.R. N. 796/2004 la Regione ha istituito un fondo da destinare a sostegno di farmacie disagiate. Il contributo è concesso, fino ad esaurimento del fondo medesimo alle farmacie che non superano un determinato volume d'affari. L'ammontare del contributo varia in relazione alla fruizione o meno di ferie e alla turnazione.

Nell'anno 2005 sono state 30 le farmacie che hanno ottenuto il contributo

Nell'anno 2006 sono state 33 le farmacie che hanno ottenuto il contributo

La Tabella 2.29 riporta le farmacie esistenti in rapporto alla sola popolazione residente senza tener conto degli altri strumenti di pianificazione delle farmacie che intervengono per provvedere all'assistenza farmaceutica in alcuni periodi dell'anno (dispensari stagionali e farmacie succursali).

Tabella 2.29

Numero di farmacie e popolazione residente per singola farmacia per AUSL

Azienda USL	Numero farmacie	Popolazione/ farmacie
1 Massa e Carrara	64	3.177
2 Lucca	73	2.942
3 Pistoia	79	3.441
4 Prato	56	3.946
5 Pisa	98	3.265
6 Livorno	106	3.309
7 Siena	90	2.998
8 Arezzo	103	3.197
9 Grosseto	76	2.991
10 Firenze	232	3.505
11 Empoli	54	4.050
12 Viareggio	44	3.697
Toscana	1075	3.351

3. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'UTILIZZO DELL'OSPEDALE

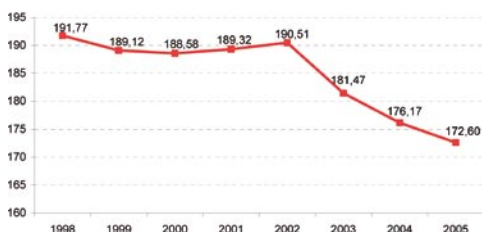
Il tasso di ospedalizzazione toscano, depurato dall'effetto della distribuzione per età della popolazione (tasso standardizzato), è inferiore al dato nazionale e al parametro normativo del 160 per 1.000 e, nel 2005, è stato del 157,2. Ciò riguarda l'intera attività di ricovero riferita ai cittadini residenti, sia in strutture regionali che extraregione, con la sola esclusione delle strutture toscane non accreditate e dei ricoveri relativi ai neonati sani.

Osservando l'andamento negli anni del tasso di ricovero si evidenzia una significativa riduzione dei valori a partire dal 2003, con un abbattimento di circa 20 punti nel triennio 2003-2005 (Fig. 3.1)

I valori osservati, non depurati in questo caso dell'effetto della distribuzione per età (tasso grezzo), sono ancora di poco superiori all'obiettivo del Piano sanitario regionale, che si colloca anch'esso sul 160 per 1000.

Figura 3.1

Tassi di ospedalizzazione (dimessi per 1.000 abitanti) - Toscana, anni 1998-2005*



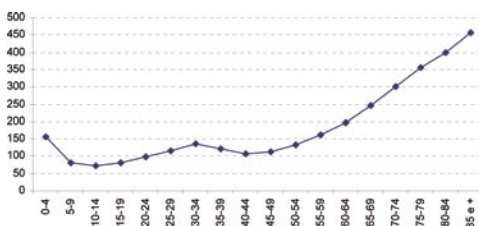
* Comprensivo delle dimissioni fuori regione e dei dimessi dai reparti di riabilitazione, esclusi i neonati sani.

Il ricorso al ricovero delle varie classi di età, espresso in forma di tasso, presenta un andamento in forte crescita a partire dal 50° anno di età.

La Figura 3.2 evidenzia il fenomeno totale, mentre la Figura 3.3 presenta separatamente i valori relativi ai due sessi. Si evidenzia in quest'ultimo il maggior accesso all'ospedale delle donne in età fertile.

Figura 3.2

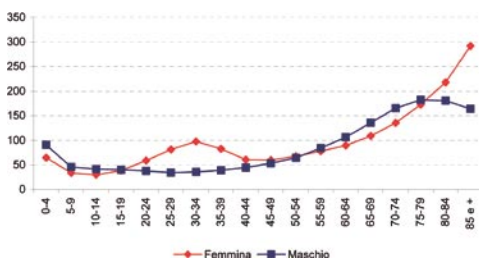
Tassi specifici di ospedalizzazione per classi di età - Toscana, anno 2005*



* Comprensivo delle dimissioni fuori regione e dei dimessi dai reparti di riabilitazione, esclusi i neonati sani.

Figura 3.3

Tassi specifici di ospedalizzazione per classe di età e sesso - Toscana, anno 2005*



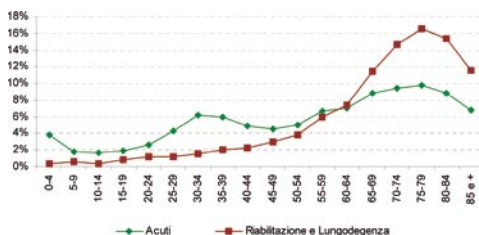
* Comprensivo delle dimissioni fuori regione e dei dimessi dai reparti di riabilitazione, esclusi i neonati sani.

Sempre in riferimento alla distribuzione dei ricoveri per fascia d'età, con la Figura 3.4 si nota anche la differen-

te incidenza che le classi più anziane presentano rispetto alle attività di riabilitazione ospedaliera. In questi reparti, infatti, la percentuale di dimissione per tutte le fasce di età inferiori ai 50 anni, non raggiunge mai il 4%, mentre arriva al 70% l'attività di riabilitazione ospedaliera rivolta agli ultra 65enni.

Rispetto al volume complessivo di attività, i ricoveri dei toscani nei reparti di riabilitazione (comprese le discipline di Neuroriabilitazione e di Unità spinale) e di lungodegenza, rappresentano meno del 3% del totale.

Figura 3.4
Distribuzione (%) del numero di dimissioni per classe di età - Acuti e Riabilitazione e Lungodegenza - Toscana, anno 2005



Il numero dei ricoveri di cittadini toscani in strutture di altre regioni, rimane sostanzialmente invariato rispetto agli anni precedenti, con un valore intorno al 6% del volume totale dei ricoveri. La maggior parte dei ricoveri fuori regione avviene in regioni confinanti (65%), configurando la scelta della struttura di ricovero dovuta probabilmente più a motivi di normale mobilità delle popolazioni che non basata sulla valutazione della qualità dell'offerta assistenziale.

L'attività di ricovero nelle strutture toscane, di residenti in altre regioni, rappresenta circa il 10% del totale dell'attività delle nostre strutture. Rispetto alla provenienza dei ricoverati si riscontra una maggiore quota (contrariamente alla mobilità passiva), di cittadini provenienti da regioni non limitrofe (quota che supera di poco il 50%).

Considerando i volumi totali di mobilità interregionale, si conferma il saldo attivo della toscana con circa 68.000 ricoveri da fuori regione a fronte di circa 39.000 ricoveri di toscani in strutture extraregione.

Nell'ultimo triennio si rileva, inoltre, una crescita dei ricoveri chirurgici e un corrispondente calo dei ricoveri medici. A ciò corrisponde una lievissima variazione totale del peso relativo dei ricoveri.

A conferma delle trasformazioni organizzative e dello sviluppo di percorsi appropriati di erogazione dell'assistenza intraospedaliera, l'analisi dei ricoveri differenziati per tipologia medica e chirurgica, dimostra un trend di decremento dei primi e una sostanziale invariabilità dei secondi, sebbene questi ultimi risentano del trasferimento in regime ambulatoriale di alcune attività operative (interventi per cataratta e per tunnel carpale) (Fig. 3.5).

I ricoveri chirurgici, che nel '97 rappresentavano circa un terzo del totale, nel 2005 tendono ad avvicinarsi alla metà dei ricoveri complessivi.

All'interno dei *diagnosis-related groups* (DRG - raggruppamenti omo-

geni di diagnosi) medici si evidenzia, inoltre, come la contrazione del ricovero si concentri nei DRG a maggior rischio di inappropriatazza (Fig. 3.6).

Figura 3.5
Numero dei ricoveri per tipologia di DRG - Toscana, anni 1997-2005

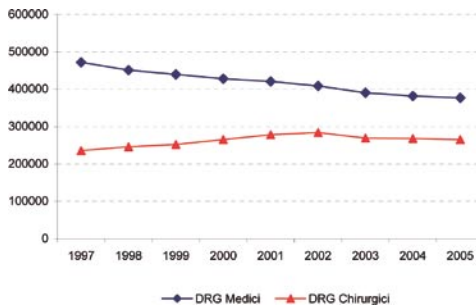
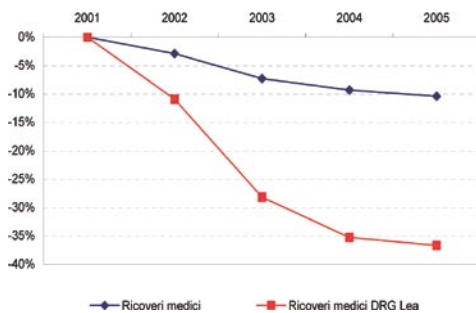


Figura 3.6
Variazione rispetto al 2001 dei DRG medici e dei ricoveri medici DRG LEA - Toscana, anni 2001-2005



Si assiste, infine, alla conferma di un aumento dell'attività in regime di ospedalizzazione diurna a fronte di quella in regime ordinario, con una crescita sempre maggiore di questa tipologia assistenziale a seconda che ci si riferisca al totale dell'attività (Fig. 3.7) o ai ricoveri chirurgici (Fig. 3.8), o ai ricoveri chirurgici "ad alto rischio di inappropriatazza

in regime ordinario" (i cosiddetti "DRG LEA" - livelli essenziali di assistenza; Fig. 3.9).

Figura 3.7
Proporzione dei ricoveri totali per regime di ricovero - Toscana, anni 1997-2005

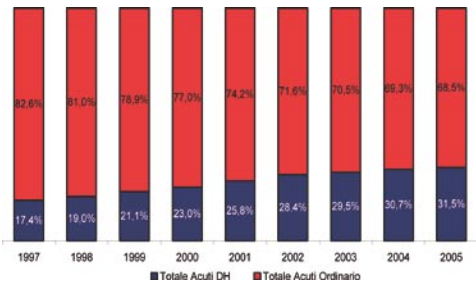


Figura 3.8
Proporzione dei ricoveri per DRG chirurgici per regime di ricovero - Toscana, anni 1997-2005

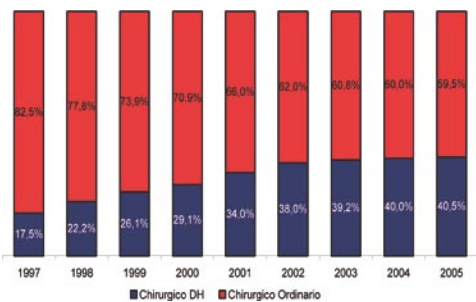
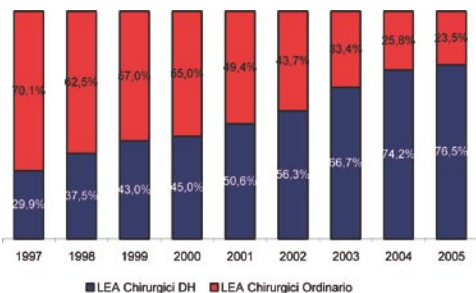


Figura 3.9
Proporzione dei ricoveri totali per DRG LEA chirurgici per regime di ricovero - Toscana, anni 1997-2005

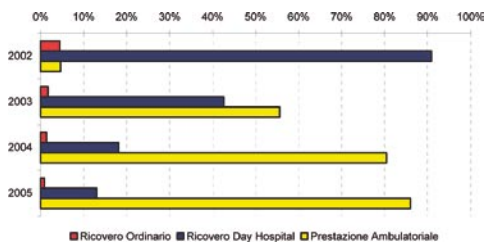


GLI INTERVENTI PER L'APPROPRIATEZZA

A partire dal 2002 la Regione Toscana ha adottato una serie di misure per aumentare l'appropriatezza dell'uso dell'ospedale, riconducendo ad altri livelli assistenziali l'erogazione degli interventi sanitari (medici e chirurgici), che non necessitavano del ricovero; oppure stimolando l'attività di ricovero diurna rispetto a quella in regime ordinario, per tutti quegli interventi chirurgici che non necessitano di un'assistenza continuativa prolungata postintervento.

Alcuni interventi chirurgici, e in particolare quelli di cataratta e di tunnel carpale, sono stati inseriti fra le procedure effettuabili a livello ambulatoriale e sono stati costruiti i relativi percorsi assistenziali. Nell'arco del quadriennio si assiste ad una evidente risposta positiva alle indicazioni regionali, con oltre l'80% degli interventi eseguiti in tale regime di erogazione (Fig. 3.10 e Fig. 3.11).

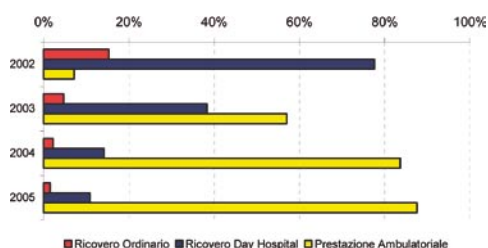
Figura 3.10
Percentuali di interventi di tunnel carpale per regime di erogazione, anni 2002-2005



Nel corso del 2002 la Toscana ha stabilito i parametri di riferimento per le

attività di ricovero ospedaliero a maggior rischio di inappropriatezza se erogate in regime di ricovero ordinario. Questo atto, emanato a seguito del D.P.C.M. sui LEA, amplia l'elenco dei DRG definiti a livello nazionale, recuperando il lavoro di analisi già iniziato nella nostra regione a partire dal 1998.

Figura 3.11
Percentuali di interventi di cataratta per regime di erogazione, anni 2002-2005



Secondo le indicazioni regionali, le attività di ricovero di tipo medico, per le patologie evidenziate, dovevano tendere ad una riduzione che, articolata per azienda, mirava in totale a raggiungere il 20% nel triennio. La previsione regionale, già raggiunta nel 2003 rispetto al 2001, è stata ampiamente superata negli anni successivi fino ad una contrazione del 37% nell'anno 2005.

Anche per i DRG chirurgici, le percentuali obiettivo definite per l'attività diurna, sono state prese a riferimento per la riorganizzazione delle attività. Sebbene tali performance non si siano state raggiunte ovunque e in modo omogeneo su tutti gli interventi, si assiste, tuttavia, ad una crescita importante dell'attività chirurgica in regime diurna, come già evidenziato nella Figura 3.9.

L'attenzione rivolta all'uso appropriato delle strutture ospedaliere da parte della Regione Toscana e delle AUSL, ha portato, all'inizio del 2006, all'aggiornamento degli obiettivi stabiliti introducendo ulteriori indicatori di attività.

GLI EROGATORI

Analizzando l'attività globale di ricovero secondo le strutture erogatrici, si rileva che la tendenza alla riduzione del volume dei ricoveri avviene quasi esclusivamente nelle Strutture pubbliche di AUSL (-14,7% nel 2005 rispetto al 1997 e -9,7% rispetto al 2002). La quota di attività nelle AOU e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) ed Enti di ricerca, risulta sostanzialmente invariata. Nelle Strutture private accreditate, si nota, invece, una crescita complessiva dei ricoveri (+15% nel 2005 rispetto al 1997), trend contenuto dal 2002 per effetto del trasferimento in regime ambulatoriale degli interventi di cataratta e sindrome del tunnel carpale.

Complessivamente le quote percentuali di ricoveri effettuate dalle diverse tipologie di Strutture erogatrici sul totale complessivo dei ricoveri in Toscana, rimane sostanzialmente stabile nel periodo: il 60% del totale erogato dalle Strutture pubbliche di AUSL, il 32,5% dalle AOU e gli Irccs e il 7,5% dai Privati accreditati.

La distribuzione di attività si caratterizza in maniera assai differente se si analizzano le diverse tipologie di ricovero, distinte in "ricoveri per acuti" e "ricoveri per riabilitazione". Le strutture

pubbliche (AUSL e AOU) raggiungono una copertura del 94% dell'attività complessiva, con valori stabili negli anni, per quanto riguarda la Riabilitazione. La quota coperta dalle Strutture private accreditate è del 50% del totale. Va sottolineato d'altro canto come, pur essendo i volumi complessivi limitati (il 6% circa dell'attività di ricovero in Toscana), questa attività ha un forte impulso nelle Strutture pubbliche negli ultimi 4 anni, soprattutto nelle AOU.

Infine, relativamente ai ricoveri per acuti (distinti tra attività medica e attività chirurgica), si rileva la predominanza nelle Strutture private accreditate dell'attività chirurgica, che rappresenta circa il 75% dei ricoveri complessivi per acuti in queste Strutture, coprendo nel complesso dei ricoveri in Toscana quasi il 12%. Molto diversa la proporzione in ambito medico, dove i ricoveri effettuati dai Privati Accreditati non raggiungono il 3% del totale dei ricoveri in Toscana.

I POSTI LETTO

LE CARATTERISTICHE DEI POSTI LETTO PRIVATI

Per il privato si distinguono le strutture private accreditate e quelle private non accreditate. Le prime (strutture private accreditate) a loro volta presentano posti letto accreditati e posti letto non accreditati. Le tabelle successive (Tab. 3.1.a; Tabella 3.1.b; Tabella 3.1.c) evidenziano questa particolarità del sistema privato:

Tabella 3.1a

Numero di posti letto in strutture private accreditate e non accreditate per regime di ricovero - Toscana, anni 2003-2005

Tipologia di struttura	Regime di ricovero	2003	2004	2005
Privato accreditato	Ordinario	2.300	2.165	2.160
	DH	197	221	227
	Totale	2.497	2.386	2.387
Privato non accreditato	Ordinario	187	187	195
	DH	8	8	8
	Totale	195	195	203
Totale posti letto		2.692	2.581	2.590

Tabella 3.1b

Numero di posti letto accreditati in strutture private accreditate per regime di ricovero - Toscana, anni 2003-2005

Regime di ricovero	2003	2004	2005
Ordinario	2.117	1.944	1.870
DH	192	219	215
Totale posti letto accreditati	2.309	2.163	2.085

Tabella 3.1c

Numero di posti letto non accreditati in strutture private accreditate e non accreditate per regime di ricovero - Toscana, anni 2003-2005

Tipologia di struttura	Regime di ricovero	2003	2004	2005
Privato accreditato	Ordinario	183	221	290
	DH	5	2	12
	Totale	188	223	302
Privato non accreditato	Ordinario	187	187	195
	DH	8	8	8
	Totale	195	195	203
Totale posti letto non accreditati		383	418	505

Di seguito nelle misurazioni complessive della dotazione di posti letto, sa-

ranno considerati solo i posti letto delle strutture private accreditate Tabella 1.a (quindi non si considerano i posti letto delle strutture private non accreditate e i posti letto non accreditati delle strutture private accreditate).

I posti letto a livello regionale decrescono in modo significativo (Tab. 3.2): dal 2002 al 2005 la diminuzione complessiva regionale è pari al -12,1% in termini assoluti significa una diminuzione di 2.113 posti letto.

Se si considerano tutte le strutture ad eccezione di quelle private accreditate la riduzione dal 2002 al 2005, è pari al -12,6% con un valore assoluto di -1.926 posti letto; i posti letto accreditati del privato accreditato presentano una riduzione del -8,2% equivalente in valori assoluti a meno - 187 posti letto.

La dotazione di posti letto per 1.000 abitanti, parametro utilizzato a livello nazionale per definire il corretto dimensionamento della dotazione di posti letto, è nel 2005 pari a 4,2 di cui 3,9 di posti letto per acuti e 0,3 di riabilitazione, escludendo le culle (393) dei punti nascita.

Dal 2002 al 2005 diminuiscono i posti letto ordinari con un -13,8% pari a -2.157, mentre i posti letto di DH crescono del 2,4%, 44 posti letto in più.

Per i ricoveri ordinari la riduzione dal 2002 al 2005 è determinata in misura consistente da 4 specialità: chirurgia generale -594 posti letto, medicina generale - 531 posti letto, ortopedia e traumatologia - 240 posti letto, ostetricia e ginecologia - 156 posti letto, oculistica - 129; da sole queste discipline costitui-

Tabella 3.2

Posti letto regionali in strutture pubbliche per regime di ricovero e tipologia di struttura - Toscana, anni 2002-2005

Tipologia di struttura	Regime di ricovero	2002	2003	2004	2005
Pubblico	Ordinario	13.230,60	11.924,50	11.512,00	11.332,40
	DH	1.586,60	1.625,60	1.581,50	1.590,70
	Totale	14.817,20	13.550,20	13.093,50	12.923,10
Enti pubblici	Ordinario	120	117	nd	117
	DH	7,3	7,7	nd	8,2
	Totale	127,3	124,7	nd	125,2
Pubblica mista	Ordinario	91,8	26	133,2	134,3
	DH	23,8	66	25	25,9
	Totale	115,6	92	158,2	160,2
Privato accreditato	Ordinario	2.104,00	2.117,00	1.944,00	1.870,00
	DH	168	192	219	215
	Totale	2.272,00	2.309,00	2.163,00	2.085,00
Ircs	Ordinario	139,8	139,4	105,9	75,1
	DH	34,6	34,6	30	24,6
	Totale	174,3	174	135,9	99,7
Totale		17.506,50	16.249,80	15.550,60	15.393,10

scono oltre il 75% dell'intera riduzione dei posti letto. La diminuzione è fortemente correlata alle politiche di appropriatezza dei ricoveri che hanno visto sviluppare in modo consistente in regione la utilizzazione del regime ambulatoriale per diversi casi che prima venivano trattati esclusivamente in regime di ricovero.

I TRAPIANTI

A partire dal 2003 la Toscana si è dotata di un proprio sistema organizzativo per le attività di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule.

Questa struttura, denominata Organizzazione toscana trapianti (OTT), si è posta come interventi prioritari:

- il potenziamento del processo di donazione e trapianto al fine

di garantire equità di accesso al trapianto a tutti i cittadini;

- la creazione della "rete della sicurezza", per assicurare al ricevente non solo trasparenza ed equità, ma anche garanzia di controllo e verifica dell'idoneità dei donatori di organi, tessuti e cellule secondo le più recenti normative nazionali ed europee;
- un programma di formazione-aggiornamento continuo del personale sanitario coinvolto nel processo di donazione e trapianto finalizzato al progressivo miglioramento della qualità e riduzione del rischio;
- l'attivazione di reti per tipologia di trapianto in grado di accompagnare il paziente dal momento

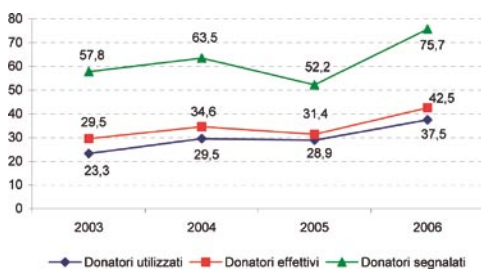
della individuazione della malattia fino al reinserimento nella società e al ritorno alla vita normale.

Nel triennio sono stati attivati tutti i programmi di trapianto di organi, tessuti e cellule, che assicurano la risposta terapeutica all'interno della regione e hanno cancellato definitivamente i viaggi all'estero per trapianto.

Sono stati raggiunti tassi di donazione superiori a tutti gli standard internazionali, peraltro confermati dall'attività di donazione dei primi mesi del 2006.

Figura 3.12

Donazioni di organi - Tassi per milione di abitanti per tipologia di donatore - Toscana, anni 2003-2005 e proiezione 2006



La crescita della donazione (Fig. 3.12) ha comportato un incremento costante e significativo di trapianti negli anni con riduzione dei tempi di attesa, che risultano oggi completamente azzerati per i tessuti e fra i migliori in Italia per gli organi.

Il livello organizzativo del sistema toscano di donazione e trapianto si è evoluto tanto da essere considerato di eccellenza e di riferimento per altri sistemi regionali, come si legge nel giudizio espresso dal Centro nazionale trapianti al termine dell'audit del 2005.

Dal 2004 è attivo il Programma di qualità della donazione, unico in ambito europeo in grado di garantire un controllo globale delle attività di donazione e prelievo e di rappresentare uno strumento di governo fondamentale a livello sia locale sia regionale attraverso il calcolo di indicatori di qualità del processo di donazione. Il programma consente il monitoraggio del 74% degli obitori (23/31), del 100% delle rianimazioni (48/48) e del 100% dei Coordinamenti locali (16/16).

La Toscana continua ad essere regione capofila in Italia per la formazione del personale impegnato nel processo donazione-trapianto.

Nel 2005 ha realizzato il primo Master universitario di secondo livello a carattere internazionale e interdisciplinare per i medici dei Coordinamenti locali alla donazione.

Sono state predisposte pagine web all'interno del sito regionale e un numero verde (800-556060), dove i cittadini possono richiedere indirizzi, punti di riferimento diagnostici, terapeutici e amministrativi.

I dati sulle donazioni e i trapianti sono pubblicati mensilmente sul sito regionale www.salute.toscana.it, nella sezione dello OTT.

IL RISCHIO CLINICO

L'ORGANIZZAZIONE DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il modello organizzativo per la gestione del rischio clinico nella nostra regione,

definito attraverso le delibere della GR Toscana N. 1387 del 27/12/2004 e N. 225 del 03/04/2006, prevede la nomina presso ciascuna azienda dell'SST di un proprio *Clinical Risk Manager* (CRM), di un team per la gestione del rischio clinico e un comitato per la sicurezza del paziente. È inoltre prevista dal modello organizzativo un'altra figura importante per la gestione del rischio clinico, quella del facilitatore aziendale, vale a dire di operatori sanitari (medici, infermieri, tecnici ecc.), presenti in ogni struttura complessa, che dovranno supportare le segnalazioni spontanee di eventi avversi senza danno da parte dei colleghi (*incident reporting*).

Ogni Azienda è tenuta ad organizzare al suo interno un sistema per la gestione dei sinistri e degli eventi avversi che ne consenta la loro presa in carico da parte del CRM, per quanto attiene agli aspetti preventivi, e da parte del medico legale dell'Osservatorio per il contenzioso, per quanto riguarda la valutazione dei risarcimenti e delle problematiche medico legali. L'attività del CRM e del Medico legale si svolge inoltre in stretta collaborazione e sinergia anche con l'Unità affari legali.

Con la delibera N. 657 del 20/06/2005 è stato inoltre costituito un coordinamento a livello di area vasta per la gestione del rischio e delle coperture assicurative. La funzione di tale coordinamento è quella di fornire la consulenza tecnica all'area amministrativa al fine di ottenere le migliori condizioni di polizza rispetto ai risultati ottenuti con le attività di gestione del rischio e di monitoraggio delle denun-

ce di sinistro e del contenzioso.

Ogni Azienda sanitaria, mediante il Comitato per la sicurezza del paziente, definisce ogni anno un Programma per la gestione del rischio clinico e redige una Relazione di consuntivo dell'attività svolta.

Le attività aziendali di gestione del rischio clinico possono essere così sintetizzate:

- in 11 AUSL su 16 si è riunito almeno una volta il comitato aziendale per la sicurezza dei pazienti;
- in 15 AUSL i CRM hanno organizzato incontri con il gruppo di lavoro aziendale, con una periodicità che varia da un incontro al mese, a 3 all'anno;
- 13 AUSL su 16 hanno redatto il piano annuale per la gestione del rischio clinico.

FORMAZIONE

Tutti i 18 referenti per la gestione del rischio clinico nominati dalle Direzioni aziendali hanno frequentato il corso di alta formazione per CRM organizzato dal Centro per la gestione del rischio clinico (GRC) e dal Laboratorio management e sanità (MES) presso la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa.

Facendo riferimento al Programma di formazione delineato nella delibera 302 del 21/2/2005, il Centro GRC, in collaborazione con le tre AOU, ha realizzato tre edizioni del corso per i gruppi di lavoro aziendali GRC nelle tre sedi d'area vasta. Successivamente, i CRM e i gruppi

di lavoro aziendali hanno avviato i corsi per i facilitatori e gli operatori, a partire dai reparti a maggiore rischio di eventi avversi.

È prevista una valutazione periodica della ricaduta della formazione sull'attività professionale dei singoli e sull'impatto organizzativo prodotto nel tempo dalla formazione. Tali valutazioni sono di competenza del CRM che farà riferimento alle capacità di sviluppo del sistema GRC da parte dei singoli e delle strutture coinvolte nella formazione.

Nell'ambito del progetto regionale sul Rischio clinico e sicurezza del paziente è stato inoltre organizzato un corso seminariale di quattro giornate rivolto agli operatori di area legale e assicurativa delle AUSL del SST per un approfondimento sul sistema assicurativo e sulla difesa in giudizio. Sono intervenuti esperti sui contratti assicurativi, sulla gestione del sinistro in sede giudiziale e stragiudiziale, la consulenza preventiva e la consulenza tecnica, sul rispetto della privacy, sulla riforma del processo civile, sulla responsabilità sanitaria in sede penale, sulla responsabilità d'équipe.

ACCREDITAMENTO, QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO

Con la delibera N. 109 del 4 ottobre 2006, il Consiglio regionale ha approvato i requisiti istituzionali di accreditamento relativi alla GRC, definiti in stretta collaborazione con il settore Qualità e accreditamento. In particolare, i requisiti riguardano:

1. struttura organizzativa - ogni azienda deve definire l'organizzazione per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente prevedendo un apposito sistema di coordinamento;
2. gestione risorse umane - in ogni azienda le persone coinvolte nelle attività di gestione del rischio clinico sono formate in maniera specifica;
3. gestione, valutazione e miglioramento della qualità: ogni azienda deve redigere un piano annuale delle azioni da compiere per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, e una relazione annuale di sintesi sulle attività realizzate e i risultati raggiunti. Ogni azienda deve dotarsi di strumenti di identificazione, analisi e valutazione del rischio;
4. sistema informativo - ogni azienda deve provvedere alla raccolta e la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli incidenti e alla rilevazione sistematica e informatizzata dei dati relativi ai sinistri e al contenzioso, in quest'ultimo caso utilizzando il database progettato e distribuito a livello regionale.

I requisiti definiti dovranno essere implementati e verificati nelle strutture pubbliche in esercizio, le strutture private accreditate, le strutture per le quali è in corso il procedimento amministrativo di rilascio dell'accREDITAMENTO. Per quanto riguarda i tempi di verifica:

- per le AUSL pubbliche, la verifica dei requisiti di livello aziendale dovrà comunque avere luogo entro un anno dall'approvazione dell'atto che li approva (deliberazione N. 109 del 4/10/06 del Consiglio sanitario regionale);
- nelle strutture già accreditate, la verifica dei requisiti relativi al rischio clinico sarà effettuata in occasione della prima verifica che venga svolta nel presidio successivamente all'approvazione dell'atto che li approva (deliberazione N. 109 del 4/10/06 del Consiglio sanitario regionale).

INCIDENT REPORTING

Con la delibera N. 225 del 03/04/2006 è stato delineato il modello di sviluppo del sistema di *incident reporting*, il sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi. Il sistema di *incident reporting* è istituito in ogni Azienda, con l'obiettivo di raccogliere le segnalazioni spontanee da parte degli operatori sanitari relativamente ai quasi incidenti o incidenti senza danno al paziente nei quali sono stati direttamente coinvolti.

Sono stati predisposti la procedura organizzativa e il flusso informativo relativo alla segnalazione volontaria degli eventi avversi senza danno e dei quasi eventi, e a supporto della comunicazione fra operatore che segnala e facilitatore che raccoglie le segnalazioni, è stata elaborata una specifica scheda di segnalazione.

I dati relativi alle segnalazioni registrati nelle schede di analisi devono essere riportati periodicamente (ogni tre mesi) nell'apposito foglio di raccolta dati messo a punto dal Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e trasmessi al referente per la gestione del rischio clinico e al gruppo di lavoro.

Le segnalazioni relative ad eventi che meritano un approfondimento sono discusse tramite una revisione tra pari che può assumere la forma di una rassegna di mortalità e morbidità o di un audit clinico per la gestione del rischio (definiti tramite decreto regionale N. 6604 del 22 novembre 2005). Lo sviluppo del sistema di *incident reporting* può essere così sintetizzato:

- 12 AUSL su 16 hanno avviato l'*incident reporting*, in 3 casi partendo da esperienze preesistenti, negli altri 9 avviando la segnalazione a partire dalle strutture in cui sono presenti i facilitatori, per un totale di oltre 300 segnalazioni raccolte;
- 14 AUSL hanno realizzato almeno un audit clinico GRC a seguito delle segnalazioni raccolte;
- 9 AUSL hanno avviato la pratica della rassegna di morbidità e mortalità (M&M);
- in 12 AUSL sono state promosse azioni di miglioramento a seguito dell'analisi dei rischi;
- 9 AUSL hanno condotto analisi di eventi sentinella.

IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE SUI SINISTRI

La realizzazione del sistema informativo regionale per la gestione dei sinistri è stata possibile grazie alla costituzione di un gruppo di lavoro che ha visto coinvolti alcuni utenti esperti degli uffici Affari legali e Affari generali delle AUSL e degli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (Estav) e grazie al supporto fornito dal settore Tecnologie, innovazione e ricerca in sanità e Sistema informativo sociosanitario.

Il sistema ha consentito la rilevazione dei sinistri relativi al triennio 2003/2005, che ha attualmente raggiunto una copertura pari al 98,4% dei sinistri effettivamente aperti nel triennio in esame. La rilevazione ha permesso di evidenziare un lieve incremento generale della sinistrosità complessiva, quantificabile in un aumento medio compreso tra 1,5% e 2,8% annuo, e ha reso possibile l'elaborazione di statistiche essenziali, quali la tipologia di eventi che maggiormente generano sinistri (tra i più frequentemente denunciati gli errori di intervento chirurgico, le cadute dei pazienti e gli errori di diagnosi), e le specialità maggiormente interessate dalle richieste di risarcimento e dalle denunce (in primis ortopedia, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia e l'area di medicina e chirurgia di urgenza).

È stato inoltre possibile analizzare l'evoluzione delle pratiche assicurative dei sinistri e constatare che, a 3 anni

dalla richiesta, circa il 51% dei sinistri aperti non raggiunge ancora una definizione, mentre il 31% si concretizza in una liquidazione.

Per quanto pertiene il contenzioso su scala regionale, è stato riscontrato che la maggioranza delle richieste continuano a seguire vie stragiudiziali (oltre il 78% dei sinistri), mentre rimane contenuto il numero di sinistri che riguarda contenzioso civile o penale.

È stato inoltre possibile calcolare i costi dei risarcimenti e il valore delle riserve dei sinistri ancora aperti, e si è evidenziata una forte differenza tra i due dati. Sebbene sia possibile che i valori dei sinistri liquidati risulti sottostimato, il costo medio ottenuto è però simile a valori riportati da altre regioni e relativi a rilevazioni su periodi di tempo più lunghi (es.: Regione Lombardia - monitoraggio 1999-2004). Queste ultime considerazioni impongono da parte delle AUSL una attenta valutazione del danno e del risarcimento in collaborazione e accordo con la compagnia assicurativa.

LE CAMPAGNE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

La costruzione di un sistema di gestione del rischio all'interno di ciascuna azienda è l'obiettivo a medio lungo termine nel progetto della Regione Toscana, in quanto implica un forte cambiamento culturale che richiede, oltre all'investimento di risorse, un periodo significativo di tempo. Complementare a questo, come obiettivo a breve ter-

mine, è la realizzazione di campagne per la sicurezza del paziente su temi specifici, con interventi di informazione e formazione rivolti anche ai cittadini. La realizzazione delle campagne assolve al duplice compito, da una parte di affrontare problemi circoscritti ma comunque significativi per il miglioramento della sicurezza, dall'altra di essere un volano per la realizzazione del cambiamento culturale, presupposto fondamentale per la realizzazione degli obiettivi di lungo termine. Tali campagne vertono sui temi caldi per la sicurezza, ossia sui rischi di eventi avversi maggiormente frequenti, già studiati in letteratura e per i quali esistono soluzioni consolidate che richiedono soltanto di essere introdotte all'interno delle strutture sanitarie. Le campagne per la sicurezza del paziente prevedono tre momenti:

1. l'identificazione della problematica da affrontare;
2. l'individuazione e la sperimentazione delle soluzioni in AUSL pilota;
3. la diffusione dei risultati e della soluzione a tutto il servizio sanitario regionale.

Nel 2005 sono state avviate due campagne per la sicurezza del paziente:

1. prevenzione delle infezioni ospedaliere;
 - "Le mani pulite" per l'igiene di operatori e utenti;
 - "L'antibiotico giusto al momento giusto" per un corretto uso di far-

maci a rischio;

2. prevenzione degli errori di terapia
 - "Scheda terapeutica unica" per le prescrizioni di farmaci in ospedale;
 - "Farmamemo" per tener traccia delle terapie seguite dai pazienti.

Nel corso del 2006 sono state avviate altre due campagne:

- la prevenzione delle cadute in ospedale;
- l'identificazione dei pazienti.

Le campagne per la sicurezza dei pazienti hanno visto il coinvolgimento di tutti i CRM. Ogni azienda è stata infatti coinvolta in almeno un progetto di sperimentazione di buone pratiche promosso dal Centro GRC, con una fattiva collaborazione da parte del CRM nel coordinamento degli studi a livello aziendale. La successiva estensione delle campagne è descritta in un prossimo, specifico paragrafo. Oltre alle iniziative promosse dal Centro GRC, ogni Azienda può autonomamente dedicarsi a progetti specifici per la sicurezza dei pazienti seguendo la stessa logica delle campagne, in modo tale da poter poi condividere gli strumenti elaborati e i risultati ottenuti con le altre strutture dell'SST. Lo sviluppo e i risultati ottenuti nella sperimentazione di ciascuna campagna sono documentati e pubblicati all'interno dei Quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente. La Tabella 3.3 illustra in sintesi le attività delle AUSL nelle campagne 2005 per la sicurezza dei pazienti.

Tabella 3.3

Il coinvolgimento delle AUSL nelle campagne 2005 per la sicurezza dei pazienti

AUSL/AOU	CAMPAGNE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI	
	Reparti coinvolti nella campagna "Le mani pulite"	Reparti coinvolti nella campagna "La Scheda Terapeutica Unica"
1 - Massa e Carrara	4	12
2 - Lucca	Macrostruttura della prevenzione, macrostruttura oo.pp Lucca/vds, macrostruttura territoriale Lucca/vds	4
3 - Pistoia	Tutti	Aree: mediche, chirurgiche e materno- infantile
4 - Prato	2	5
5 - Pisa	Tutti i reparti ospedalieri Pontedera e Volterra	Tutti i reparti ospedalieri di Pontedera e Volterra
6 - Livorno		4
7 - Siena		6
8 - Arezzo	1	6
9 - Grosseto	4	9
10 - Firenze	27	18
11 - Empoli	Tutti	Tutti i reparti di degenza
12 - Viareggio	4	4
AOU Senese	2	90% dei reparti
AOU Osp Careggi	Tutti	66 unità operative di 9 dipartimenti
AOU Osp. Meyer	Tutto l'ospedale	Tutti i reparti
AOU Pisana	19	55

LA SCHEDA TERAPEUTICA UNICA

I medici, i farmacisti, gli infermieri e i pazienti sono gli attori coinvolti in questo delicato processo e ognuno può incorrere in un errore se le caratteristiche del sistema non pongono i vincoli ad evitare le azioni sbagliate e gli inviti a seguire i passaggi giusti. Nel percorso di revisione del processo terapeutico è utile considerare l'attuale contesto sanitario italiano, relativamente all'argomento degli errori della somministrazione dei farmaci:

- esiste generalmente una scarsa sensibilità da parte degli operatori sanitari coinvolti nel processo

terapeutico relativamente all'argomento. L'operatore sanitario, sia esso medico, farmacista o infermiere, tende a rifiutare la possibilità di commettere degli errori;

- all'interno delle realtà ospedaliere le diverse fasi del processo terapeutico sono espletate attraverso modalità di comportamento ormai automatiche e routinarie e, a volte, tra i comportamenti abitudinari sono conservate le modalità scorrette che possono essere causa di errore;
- esiste una difficoltà oggettivi a reperire dati affidabili relativamen-

te agli errori di terapia poiché la maggior parte dei contesti sanitari non possiede sistemi strutturati di rilevazione e monitoraggio degli errori;

- malgrado quanto evidenziato, esiste una recente sensibilizzazione in merito all'argomento sia da parte dell'opinione pubblica sia da parte del Ministero della salute.

La finalità della sperimentazione è consistita nella definizione di requisiti standard per la Scheda terapeutica unica (STU) e la promozione di questo strumento in tutti gli ospedali toscani. È stato creato un gruppo multidisciplinare composto da clinici (medici, infermieri e farmacisti) per definire i requisiti della STU, progettare e testare alcuni prototipi cartacei e sperimentarne l'uso per un periodo di 6 mesi. 24 reparti di 10 ospedali, scelti in modo tale da rappresentare tutte le specialità cliniche e le differenti condizioni di sicurezza nei processi terapeutici, sono stati coinvolti nello studio pilota.

La sperimentazione ha mostrato che la STU:

1. facilita i medici ad effettuare la prescrizione scritta in modo chiaro ed evitare la prescrizione a voce;
2. consente ai farmacisti di identificare correttamente il prescrivente e le caratteristiche del paziente nei processi terapeutici che li coinvolgono nella preparazione del farmaco;
3. evita le trascrizioni dalla cartella clinica alla documentazione in-

fermieristica poiché gli infermieri impiegano la stessa scheda redatta dal medico per effettuare la somministrazione, risparmiando tempo ed errori di trascrizione;

4. consente di tener traccia su un unico documento di tutte le operazioni effettuate sul processo e dell'autore di ogni intervento terapeutico.

Inoltre, lo strumento elaborato rende chiara l'indicazione del farmaco, del dosaggio e l'indicazione dell'avvenuta somministrazione, la via di somministrazione e la programmazione della terapia.

LA PREVENZIONE DEI RISCHI NELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE: IL FARMAMEMO

La terapia anticoagulante orale (TAO), utilizzata per la prevenzione di eventi tromboembolici in pazienti con fibrillazione atriale cronica, protesi cardiache valvolari, tromboembolismo venoso e arteriopatia coronaria, è in costante aumento nel corso degli ultimi anni. Nel 2005, in Toscana, 8,2 cittadini su mille (29.382 pazienti) sono stati in trattamento con farmaci anticoagulanti orali. L'attenzione su questi farmaci (warfarin o coumadinâ, acenocumarolo o sintromâ) è dovuta per la necessità di conoscere bene benefici e rischi (primariamente il rischio di sanguinamento ed emorragie cerebrali) che in alcuni casi documentati hanno provocato la morte del paziente. Con il progetto di prevenzione dei rischi nella TAO, si intende quindi fornire ai me-

dici e alle direzioni sanitarie delle AUSL dell'SST una serie di raccomandazioni utili alla buona gestione della TAO in tutte le fasi del percorso del paziente e le informazioni più aggiornate per la prevenzione delle interazioni pericolose con altri farmaci, cibi ed erbe medicinali ad uso di pazienti, medici e farmacisti.

Il farmamemo è lo strumento principale del progetto: è costituito da un tesserino identificativo del paziente in TAO (da considerarsi come un "documento sanitario") e da un diario per annotare il range terapeutico, i valori di INR, la dose di anticoagulante assunta quotidianamente e la data dei prelievi programmati. Il farmamemo, consegnato ai pazienti in ospedale o dal medico di famiglia, contiene anche una sezione informativa per il paziente, dedicata alla terapia e ai comportamenti da tenere per prevenire i rischi di emorragia o di trombosi. Le informazioni essenziali in esso contenute, definite con la collaborazione di esperti e con la partecipazione dei pazienti, sono uno standard da condividere in tutto l'SST, che supporta il medico nel comunicare le informazioni critiche al paziente, garantendo ai pazienti e all'azienda la qualità dei contenuti. Nella fase pilota verranno coinvolti tre comuni campione, uno per ciascuna area vasta: Piombino nel territorio dell'AUSL di Livorno (area vasta Nord-ovest), Quarrata nel territorio dell'AUSL di Pistoia (area vasta Centro) e Monte Argentario nel territorio dell'AUSL di Grosseto (area vasta Sud-est). Il progetto è promosso dal Centro GRC in

collaborazione con ARS, Associazione italiana pazienti anticoagulati (AIPA), Consulta dei farmacisti, Federazione Centri sorveglianza anticoagulati (FCSA), Società italiana di farmacia ospedaliera (SIFO), Società italiana di medicina generale (SIMG).

CAMPAGNA "LE MANI PULITE" PER LA PROMOZIONE DEL LAVAGGIO DELLE MANI IN OSPEDALE

In Italia il 5-8% dei pazienti che si ricoverano in ospedale sviluppa un'infezione correlata alle procedure sanitarie; di questi uno su cento ne muore. In base a questi dati si stima che nel nostro Paese si verifichino annualmente 450.000 - 700.000 infezioni e 4.500 - 7.000 decessi legati ad esse (Moro et Al., 2005). Lo *Study on the efficacy of nosocomial infection control* (Senic) ha però dimostrato che l'applicazione di un efficace piano integrato di sorveglianza e controllo può ridurre fino al 30% la frequenza delle infezioni ospedaliere, ovvero prevenire annualmente tra 135.000 e 210.000 infezioni e 1.350 - 2.100 decessi in Italia (ibidem).

L'igiene delle mani è, fra le misure di prevenzione, la più semplice e una delle più efficaci.

Ciò malgrado, una valutazione di 34 studi pubblicati sulla adesione alla pratica del lavaggio delle mani tra gli operatori sanitari ha messo in evidenza che l'adesione varia dal 5% al 81% con un valore medio che si attesta al 40% (Jumaa, 2005; Wendt C., 2004).

Il Centro GRC della Regione Toscana ha promosso l'iniziativa "Le mani pulite", come campagna per la sicurezza del paziente 2005, realizzata in collaborazione con alcune AUSL ospedaliere e Strutture assistenziali territoriali toscane. Sono state inoltre coinvolte la Società scientifica di malattie infettive tropicali (Simit), la SIFO - Sezione Toscana e i Comitati infezioni ospedaliere (CIO) aziendali e regionali. La campagna ha coinvolto rappresentanti di tutte le categorie direttamente interessate al problema, medici, infermieri, farmacisti e due membri del Centro regionale del rischio clinico. Lo studio condotto ha coinvolto 6 AUSL per un totale di 21 reparti. La campagna è essenzialmente concentrata sull'utilizzo dei preparati idroalcolici - quale valida alternativa al lavaggio tradizionale con acqua e sapone - e sull'elaborazione di da una campagna di comunicazione e di formazione finalizzata alla sensibilizzazione degli operatori sanitari e degli utenti.

I risultati ottenuti dallo studio pilota condotto evidenziano un miglioramento delle pratiche relative al lavaggio delle mani per ogni prestazione sanitaria osservata e in tutte le unità operative considerate. L'incremento del lavaggio delle mani ottenuti sono calcolati in un intervallo compreso tra il 5 e il 25%.

USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI

In Italia, circa il 50% dei pazienti ricoverati in Ospedale esegue almeno

un trattamento antibiotico, poiché l'uso continuo di questi farmaci in ambiente ospedaliero favorisce l'insorgenza di resistenze batteriche. La loro comparsa e l'esito non soddisfacente della terapia è spesso conseguenza di comportamenti terapeutici non corretti. Una recente indagine sul tasso di prevalenza delle infezioni ospedaliere in Toscana (Controllo rischio infettivo in sanità in Toscana - Corist, I report, luglio 2005) ha messo in evidenza come nella metà dei pazienti che ricevevano antibiotico terapia non sono rilevabili segni e sintomi di infezione.

All'aumento delle resistenze può accompagnarsi un aumento delle infezioni ospedaliere. Per promuovere un uso corretto degli antibiotici il centro regionale GRC ha promosso e realizzato nel 2005-2006 una specifica campagna per la sicurezza del paziente.

La campagna ha visto coinvolti i rappresentanti di tutte le aree cliniche interessate dal problema: infettivologi, farmacisti, microbiologi provenienti dalle diverse AUSL toscane.

Le ipotesi elaborate dal gruppo sono state sottoposte e discusse in seno alla Commissione terapeutica regionale (CTR). Il lavoro svolto dalla CTR Toscana ha portato a definire una serie di azioni da mettere in campo al fine di promuovere l'uso corretto degli antibiotici: quali il monitoraggio e controllo delle resistenze batteriche in ambito regionale, il monitoraggio dei dati di consumo degli antibiotici nella regione Toscana (sia in ospedale sia sul territorio), favori-

re l'appropriatezza d'uso degli antibiotici attraverso la stesura, diffusione e condivisione di linee-guida regionali (interventi educativi con educazione continua in medicina - ECM - regionale), favorire l'appropriatezza d'uso dei chemioterapici antibatterici attraverso la definizione di iniziali indirizzi per limitare lo sviluppo della resistenza antimicrobica.

Per quanto riguarda in particolare l'uso appropriato degli antibiotici è stata definita una procedura organizzativa incentrata sul confronto fra infettivologo e microbiologo per la scelta e la periodica revisione degli antibiotici da testare negli antibiogrammi e per la antibioticotераpia di frontiera (casi multiresistenti, ripetuti cluster epidemici in determinati reparti ecc). È inoltre previsto che l'utilizzo di alcuni antibiotici speciali avvenga su specifica indicazione degli specialisti in terapia anti-infettiva. Si sottolinea inoltre la necessità di effettuare incontri di audit e di aggiornamento inerenti l'uso corretto degli antibiotici. La procedura è stata condivisa con gli operatori sanitari in alcune riunioni di area vasta promosse dalla CTR, dal Centro per la gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente e dalla Commissione regionale per la lotta all'AIDS e alle malattie infettive emergenti e riemergenti, in collaborazione con le AUSL locali.

Gli obiettivi primari di queste azioni promosse a livello regionale sono quelli di garantire in ogni caso al paziente il trattamento più sicuro ed efficace, di contenere l'insorgere di resistenze, di qualificare i costi.

PARTECIPAZIONE AD INIZIATIVE A LIVELLO NAZIONALE E INTERNAZIONALE

La Regione Toscana con la rappresentanza del Centro GRC ha partecipato e partecipa in maniera continuativa ad alcune delle principali iniziative in corso a livello nazionale. In particolare:

- Commissione ministeriale per la gestione del rischio clinico, contribuendo in maniera significativa alla stesura di documenti programmatici relativi alla formazione, all'organizzazione e alla gestione del rischio clinico nelle AUSL;
- partecipazione al progetto di ricerca finalizzata 2004-2006 "La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio" promossa dall'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionale in collaborazione con il Ministero della salute.

A livello internazionale il Centro GRC svolge attività di collaborazione su questi temi con organismi e rappresentanti del National Health Service (NHS - Servizio sanitario nazionale) inglese e del sistema statunitense (Agency for Research and Quality in Healthcare - Agenzia per la ricerca e la qualità dell'assistenza sanitaria, Harvard Hospitals, Chicago Hospital ecc.). Si sta inoltre occupando di tradurre e adattare in italiano lavori e metodi sviluppati in altri paesi e riconosciuti come validi riferimenti nell'affrontare il tema della gestione del rischio clinico, in particolare l'opera di Charles

Vincent *Patient Safety*, gli strumenti per la rilevazione degli eventi avversi mediante l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche e il kit di lavoro per l'applicazione della *root-cause analysis* (analisi cause-radice).

EVENTI

Nel triennio 2003-2005, il centro GRC ha inoltre promosso e concorso all'organizzazione dei seguenti eventi:

- "Healthcare systems Ergonomics and Patient Safety", conferenza internazionale patrocinata dalla International Ergonomics Association (IEA), Firenze, 30 marzo - 2 aprile 2005.
- "La sicurezza dei cittadini nei sistemi complessi. Sanità e Aviazione: due realtà a confronto", seminario, Aeroporto Beccarini, base Aeronautica militare IV Stormo, Grosseto, 24 novembre 2005.
- "Enhancing patient safety through communication and teamwork", simposio condotto dal Dr. Stavros Prineas (Australia), Firenze, 10 ottobre 2005.
- AUSL 4 Prato: 08 aprile 2005
- AUSL 5 Pisa, 17 marzo 2005
- AUSL 6 Livorno, 08 luglio 2005
- AUSL 7 Siena, 27 gennaio 2004
- AUSL 8 Arezzo, 16 febbraio 2005
- AUSL 9 Grosseto, 14 gennaio 2005
- AUSL 11 Empoli, 18 gennaio 2005
- AUSL 12 Viareggio, 17 gennaio 2005
- AOU Senese, 12 gennaio 2005
- AOU Careggi, 18 febbraio 2005
- AOU Meyer, 09 gennaio 2005

Sono inoltre state organizzate e condotte le giornate di presentazione del programma di Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente presso le 15 AUSL dell'SST:

- AUSL 1 Massa-Carrara, 24 febbraio 2005
- AUSL 2 Lucca, 20 aprile 2005
- AUSL 3 Pistoia: 10 marzo 2005

4. LA QUALITÀ DEI SERVIZI

L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Nel corso del triennio 2003- 2005, l'accREDITamento istituzionale quale strumento di regolazione dei soggetti erogatori, di qualificazione dell'offerta e di buona organizzazione e di sicurezza delle strutture e dei processi per l'erogazione di prestazioni, si è consolidato ed è divenuto pienamente operativo.

IL SISTEMA DI VERIFICA

Le tre commissioni regionali per l'accREDITamento (una per ciascuna area vasta), istituite ai sensi della deliberazione del Consiglio regionale 1 febbraio 2000, N. 31, per la verifica del possesso dei requisiti dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, hanno iniziato la loro attività nell'ottobre 2002 a seguito dell'inse-diamento intervenuto in data 19 giugno 2002.

Successivamente i criteri di designazione definiti con la D.C.R. 31/2000 sono stati modificati prevedendo:

- che fra i membri delle commissioni non fossero più ricompresi gli esperti di settore (legge regionale 34/2003 di modifica alla legge regionale 23 febbraio 1999, N.8);
- che i membri delle Commissioni potessero essere rinominati, nei tre anni successivi alla scadenza del mandato, esclusivamente per la sostituzione di membri dimissionari, nel caso in cui fosse già

stato esaurito l'elenco dei rappresentanti delle varie categorie che hanno partecipato e superato positivamente il percorso formativo (D.C.R. 22/2005 di approvazione del PSR 2005-2007).

Attraverso il "Gruppo di coordinamento delle Commissioni regionali di accREDITamento" istituito con D.G.R. 633/02 e presieduto dal responsabile del settore Politiche per la qualità dei servizi sanitari, è stato messo a punto il sistema di verifica mediante l'approfondimento delle problematiche emergenti e la definizione, anche attraverso la produzione di facsimile, di linee di comportamento comune.

È stata, inoltre, realizzata una iniziativa formativa rivolta al mantenimento delle competenze dei soggetti di cui all'elenco approvato con D.G.R. 967/2001 (attuali e futuri membri delle Commissioni).

LE STRUTTURE ACCREDITATE

A tutto il 2005 sono state accREDITate le seguenti tipologie di strutture:

Private

- 206 ambulatori di specialistica e diagnostica;
- 27 centri ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale;
- 26 presidi di ricovero ospedaliero;
- 28 presidi di ricovero extraospedaliero.

Equiparate

- 6 ambulatori di specialistica e diagnostica;

- 5 centri ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale;
- 3 presidi di riabilitazione ospedaliera;
- 3 presidi di riabilitazione in ricovero extraospedaliero.

Pubbliche

Come stabilito dalla DCR 1 febbraio 2000, N. 30, le AUSL pubbliche hanno seguito il percorso di accreditamento nel rispetto delle priorità individuate dal Piano sanitario regionale 1999/2001 e confermate dai successivi Piani.

Al momento le priorità individuate sono le seguenti:

1. riabilitazione, a livello sia ambulatoriale sia di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti e non acuti;
2. prestazioni relativamente ai settori di attività: laboratori analisi, radiologia, medicina nucleare, radioterapia, dialisi e chirurgia ambulatoriale;
3. presidi di ricovero per acuti a ciclo continuo e diurno con un numero di posti letti inferiore a 300;
4. attività di alta specialità, di cardiocirurgia, cardiologia invasiva diagnostica e interventistica, neurochirurgia e unità spinale.

La priorità 1 è stata quasi completata, la priorità 2 è in corso.

Alla fine del 2005 sono state accreditate le seguenti tipologie di strutture:

priorità 1 (riabilitazione)

- 55 centri ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale;
- 6 presidi di riabilitazione in ricove-

ro extraospedaliero;

- 7 presidi di riabilitazione ospedaliera.

priorità 2 (lab. analisi, radiologia, medicina nucleare, radioterapia, dialisi e chirurgia ambulatoriale)

- 7 ambulatori che erogano prestazioni di specialistica e diagnostica.

Sono state inoltre accreditate nuove attività come la procreazione medicalmente assistita presso la AUSL di Viareggio, l'emodinamica presso la AUSL di Lucca e la rianimazione presso il Presidio ospedaliero di Orbetello dell'AUSL di Grosseto.

L'Ospedale del Mugello dell'AUSL 10 di Firenze ha ottenuto l'accreditamento dell'intero presidio.

IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE

Considerato che il processo di accreditamento era ormai pienamente avviato, è emersa l'esigenza di disporre di un sistema informativo regionale ben sviluppato sul tema che consentisse una corretta comunicazione delle informazioni tra i soggetti coinvolti e una condivisione dei principali dati sulle strutture e sui procedimenti amministrativi ad esse legati.

Per ottenere tutto questo è stato necessario dotarsi di:

1. appositi strumenti software;
2. una specifica organizzazione del lavoro.

Allo scopo, nel corso del 2005, si è provveduto ad effettuare l'inserimento e

la validazione di tutti i dati relativi alle autorizzazioni rilasciate dai Comuni al fine di effettuare il recupero delle informazioni storiche relative alle strutture private autorizzate.

In collaborazione con il settore Sistema informativo sociosanitario, sempre nel corso del 2005, è stato effettuato un corso di formazione rivolto agli operatori dei Sistemi informativi delle AUSL che sarebbero, poi, diventati responsabili dell'alimentazione del sistema per le nuove autorizzazioni e per le variazioni a quelle esistenti, oltre ad essere deputati alla codifica delle strutture sanitarie autorizzate.

La Regione mantiene il controllo sulle informazioni relative agli atti comunali di autorizzazione. L'esito di tale controllo determina la pubblicabilità del dato, ovvero la diffusione delle relative informazioni a settori esterni a quelli direttamente coinvolti nella sua gestione.

Il progetto sul sistema informativo regionale "autorizzazione/accreditamento" è ancora in corso con riguardo all'attività di inserimento e gestione delle informazioni sui procedimenti di accreditamento, di competenza della Regione.

AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE E AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Con l'allegato 8 al Piano sanitario regionale 2005-2007 (D.G.R. 22/2005), la Regione ha definito i criteri, le modalità e gli ambiti di applicazione per la verifica di compatibilità prevista dalla legge regionale 8/99 all'art. 20, per l'autorizzazione

alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e per l'ampliamento di quelle di ricovero esistenti che comportino un aumento dei posti letto rispetto alle dotazioni previste dalla programmazione regionale.

Ha individuato, in particolare:

- le strutture e i settori di attività soggetti a verifica di compatibilità;
- gli ambiti territoriali di riferimento;
- i criteri per la verifica medesima;
- le modalità di presentazione della domanda.

Sono soggetti a verifica di compatibilità:

- i presidi di ricovero ospedaliero ed extraospedaliero, diurno e a ciclo continuo, in caso di nuova realizzazione o di ampliamento che comporti un aumento dei posti letto;
- i presidi ambulatoriali di specialistica e diagnostica in cui si intenda erogare prestazioni di diagnostica per immagini mediante RM o PET e i laboratori di indagine genetica.

I soggetti interessati acquisiscono preventivamente dalla Regione l'attestazione di compatibilità e la consegnano al Comune competente per territorio unitamente alla documentazione finalizzata al rilascio, laddove richiesta, della concessione edilizia o dell'attestazione di conformità, oppure al rilascio dell'autorizzazione sanitaria.

Il Comune è tenuto a verificare che la Regione Toscana abbia accertato la compatibilità del progetto, ovvero che sussistano le condizioni per esonerare

la struttura dalla verifica medesima.

Sempre con riguardo ai Comuni, è proseguita l'attività di consulenza e coordinamento della Regione sia nei loro che nei confronti dei Dipartimenti della prevenzione, incaricati della verifica dei requisiti di esercizio per conto dei Comuni stessi. In particolare:

- sono stati forniti chiarimenti e indirizzi ai soggetti coinvolti;
- verificate la completezza degli atti autorizzativi rilasciati e la loro conformità rispetto alla D.G.R. 849/2000.

In attuazione della l.r. 8/99, art. 9, comma 4, sono state fornite ai soggetti interessati indicazioni per la verifica triennale, mediante autocertificazione, del mantenimento dei requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie nelle strutture autorizzate (deliberazione della Giunta regionale N. 1041 del 18 ottobre 2004) e sono stati approvati facsimile per l'autocertificazione (Decreto N. 7068 del 19 novembre 2004).

MANTENIMENTO DEL MODELLO

Nel corso del triennio è continuato il processo di revisione, aggiornamento e integrazione dei requisiti già definiti con la deliberazione del Consiglio regionale 26 luglio 1999, N. 221 *"Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture pubbliche e private per l'esercizio delle attività sanitarie"* e la deliberazione del Consiglio regionale 1 febbraio 2000, N. 30 *"Approvazione requisiti, manuali e procedure di accreditamento*

ai sensi della l.r. 23/02/1999 N.8 e successive modificazioni".

STUDI PROFESSIONALI

In attuazione di quanto previsto dal D.Lgs. 229/99, di modifica del D.Lgs. 502/92, con la l.r. 8 luglio 2003, N. 34, sono state estese le procedure di autorizzazione a specifiche tipologie di studi professionali.

In particolare, con successiva deliberazione del Consiglio regionale N. 237 del 23 dicembre 2003:

- sono stati individuati come soggetti ad autorizzazione gli studi odontoiatrici, gli studi attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, gli studi attrezzati per erogare prestazioni di endoscopia;
- sono stati approvati i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, generali e specifici, per l'apertura e l'esercizio di tali studi.

Con ulteriori atti si è provveduto a:

- definire le modalità e i termini di presentazione della domanda di autorizzazione;
- definire le modalità di rilascio dell'autorizzazione;
- approvare la modulistica per la presentazione delle domande;
- approvare gli specifici indirizzi per la definizione dell'elenco dei documenti che devono essere predisposti e resi disponibili al momento dell'effettuazione della verifica.

Mentre in caso di apertura di nuovo studio sussiste l'obbligo di ottenere la preventiva autorizzazione, la D.G.R. 260/2004 di definizione delle modalità e termini per la presentazione della domanda di autorizzazione, ha stabilito in 210 giorni il termine entro il quale gli studi professionali in esercizio ai sensi della l.r. 8/99, art.17. comma 6 bis, fossero tenuti a presentare la suddetta domanda.

Tale termine, con successivi atti di Giunta, è stato più volte prorogato in considerazione della necessità di una più approfondita valutazione dell'attuale realtà degli studi professionali e delle loro tipologie, scaturita dall'esperienza dei primi mesi di attuazione delle nuove disposizioni. Con D.G.R. 953/2005 la Giunta ha quindi impegnato la Direzione Generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà ad effettuare gli approfondimenti necessari e ha disposto la nuova proroga per un tempo sufficiente anche a consentire l'adozione di eventuali atti da parte del Consiglio regionale.

In argomento, fermo restando il principio affermato dall'art. 8-ter del d.lgs. 502/1992 di assoggettamento al controllo pubblico delle attività di maggior complessità e rischio per l'utente svolte dagli studi professionali, i lavori stanno proseguendo, a ulteriore modifica della l.r. 8/99, con la previsione, accanto alle procedure di autorizzazione già definite, di altri strumenti più snelli ispirati al principio della semplificazione amministrativa.

In particolare si prevede che, per gli studi che effettuano procedure di minore

invasività o di minor rischio per l'utente, l'autorizzazione possa essere sostituita da una dichiarazione di inizio di attività.

MEDICINA DELLO SPORT

Con la legge regionale 9 luglio 2003, N. 35 sono stati ricondotti nell'ambito delle disposizioni della l.r. 8/99 anche gli ambulatori privati di medicina dello sport.

In collaborazione con l'ARS e con altri settori interessati della Direzione generale, sono stati poi elaborati i requisiti di esercizio, approvati successivamente con D.C.R. 22 ottobre 2003, N. 193. Per l'accreditamento sono stati confermati i requisiti generali e specifici già definiti.

Alla fine del 2005 sono stati accreditati 31 ambulatori privati di medicina dello sport.

PRESIDI DI RICOVERO, PRESIDI DI DAY-SURGERY E SERT

È stata completata la revisione dei requisiti per le strutture di ricovero per acuti, con particolare riferimento alla day-surgery e sono stati introdotti i presidi autonomi di day-surgery.

In particolare, con deliberazione del Consiglio regionale 19 luglio 2005, N. 70:

- sono stati introdotti i presidi autonomi di day-surgery come nuova tipologia di presidi di ricovero per acuti (la cui realizzazione è quindi soggetta a verifica di compatibilità);

- sono stato modificati i requisiti relativi all'articolazione interna dei presidi di ricovero con la previsione, accanto alle strutture professionali, corrispondenti a singole discipline, di strutture funzionali, accorpanti più discipline secondo criteri di omogeneità per settori specialistici ovvero per livelli di intensità di cura;
- sono stati modificati i requisiti specifici per le attività di day-surgery.

Sempre con la D.C.R. 70/05 sono stati modificati i requisiti specifici per i centri ambulatoriali per il trattamento dei tossicodipendenti (Servizi per le tossicodipendenze - SERT).

CONCLUSIONI

In questa prima fase operativa possiamo sostenere che il processo di accreditamento è stato utile occasione, per i soggetti interessati, di riflessione e anche revisione di procedure inadeguate o anche di assetti organizzativi disfunzionali.

Le stesse Commissioni regionali per l'accreditamento, che hanno svolto anche una intensa attività di facilitazione e supporto ai vari soggetti interessati, hanno rilevato un netto aumento dell'attenzione alle tematiche della qualità nei presidi presi in esame.

Il sistema sanitario resta impegnato a rafforzare e sviluppare gli strumenti di miglioramento e verifica della qualità, come già indicati nel PSR 2005/2007 e in quello precedente, continuando il

processo di messa a punto del modello di accreditamento già definito, con riferimento sia ai requisiti sia agli strumenti di verifica dell'attività.

Ulteriore obiettivo è lo sviluppo dei criteri di verifica delle attività e dei risultati raggiunti dalle strutture.

Dovrà essere valutata e verificata non solo la capacità di ciascun presidio di produrre le prestazioni di competenza e controllare la qualità, ma anche la capacità del sistema di garantire la continuità e la sicurezza del percorso di cura del singolo paziente e il governo clinico delle attività, con particolare riguardo all'appropriatezza delle cure e alla gestione del rischio.

LA CARTA DEI SERVIZI OGGI

La Carta dei servizi è il documento prodotto dalle AUSL e AOU per far conoscere le attività offerte e i livelli di qualità garantiti all'utente, in particolare per gli aspetti che riguardano l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, la tutela dei diritti. Si presenta come un'insieme di opuscoli o un'unica guida, è a disposizione di tutti negli Uffici per le relazioni con il pubblico.

Dieci anni fa è stato istituito l'Osservatorio regionale carta dei servizi sanitari: un efficace strumento di monitoraggio del sistema, unico nel suo genere a livello nazionale. Si tratta di un flusso informatizzato che annualmente raccoglie informazioni dalle aziende sugli aspetti che riguardano l'accessibilità, la cosiddetta umanizzazione dell'assi-

stenza, la tutela dei cittadini. I dati raccolti permettono di avere un insieme di indicatori utili alla valutazione della qualità dei servizi per la componente più orientata verso l'utente. I risultati dell'osservatorio sono elementi importanti per focalizzare le criticità e orientare gli interventi di miglioramento, in particolare quelli finanziati dalla Regione.

Un'importante funzione di partecipazione e di impulso alle attività del sistema viene dato dal Comitato regionale carta dei servizi sanitari. Recentemente sono stati rinominati i suoi trentatré componenti: rappresentanti degli uffici della Regione, delle aziende, della Commissione regionale di bioetica, dell'ARS, dei cittadini, del non profit, dei medici di famiglia e pediatri, degli specialisti ambulatoriali interni, della sanità privata, e del Difensore civico regionale.

Data ormai per consolidata a livello aziendale l'adozione della Carta dei servizi, i dati dell'Osservatorio rilevano in particolare che la Carta è stata aggiornata con delibera del Direttore generale in 8 aziende, le altre aziende hanno comunque effettuato annualmente gli aggiornamenti.

Tredici aziende hanno predisposto articolazioni specifiche della Carta dei servizi per categorie di utenti (es.: bambini ricoverati, gravide/puerpere), per patologie (es.: HIV, obesità, diabete, stomizzati, dializzati), per servizio (es.: per strutture organizzative territoriali e ospedaliere, per servizi sociali e sanitari).

Quasi tutte le aziende (15) hanno definito impegni per il miglioramento della qualità, 14 aziende hanno adottato standard di qualità. Le aziende che hanno effettuato iniziative di verifica rispetto agli standard di qualità sono state 11 e altrettante aziende hanno effettuato azioni di miglioramento a seguito della verifica degli standard.

Tutte le aziende hanno attivato iniziative per coinvolgere il personale interno sul processo attuativo della Carta dei servizi, in 15 tramite l'elaborazione, distribuzione e diffusione della carta; mentre le iniziative di informazione, formazione e aggiornamento sono state attuate in 14 aziende. In 12 aziende sono stati predisposti interventi di miglioramento

La Carta dei servizi, oltre che una forma di impegno verso i cittadini-utenti diventa anche un potente strumento del management e degli operatori sanitari per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento delle prestazioni e del servizio. Questo si verifica quando nella definizione della Carta si prevede un raccordo con i principali atti aziendali di programmazione e con gli obiettivi di budget. Nel 2005 in 13 aziende vi sono stati collegamenti tra la Carta dei servizi e gli obiettivi di budget.

Sempre più spesso troviamo la Carta dei servizi scomposta in opuscoli e guide specifiche, per patologia o servizio. In questo modo risulta più maneggevole, di facile lettura. Le aziende utilizzano anche altri strumenti per fornire informazioni ai cittadini sui temi della carta: il

Tabella 4.1

Informazione e accessibilità - Indicatori di qualità - Toscana, anni 2004-2005 - Dati di riepilogo a livello regionale

Indicatori di qualità	2005	2004
Percentuali di presidi ospedalieri che distribuiscono, in modo sistematico, ai ricoverati e ai loro familiari, informazioni scritte sul presidio ospedaliero e sui regolamenti che interessano il paziente	83	90
Percentuali di presidi ospedalieri che riportano sui fogli accoglienza informazioni sui seguenti aspetti:		
- Consenso informato	78	61
- Cartella clinica	81	79
- Procedure tutela	83	69
Percentuali di aziende in cui vengono consegnati opuscoli informativi in lingua straniera	75	94
Percentuali di aziende in cui è disponibile all'occorrenza il mediatore culturale	75	63
Percentuali di aziende in cui è presente uno spazio a disposizione delle ass. di volontariato e tutela con cui l'azienda ha stipulato prot. di intesa	94	88
Percentuali di presidi ospedalieri in cui esiste una procedura che precisa gli orari in cui non è possibile l'ingresso nei presidi di ricovero in relazione alle diverse esigenze delle varie strutture	83	74
Ore di apertura giornaliera ai visitatori (min - max)	2-24	2-24

sito internet, la distribuzione di opuscoli/volantini in luoghi di alta affluenza, i comunicati stampa, la TV, il telefono.

Le metodologie di ascolto come le indagini sulla soddisfazione degli utenti e l'analisi dei reclami costituiscono elementi importanti per focalizzare i punti di forza e di criticità del sistema, in particolare per quanto riguarda il rapporto con i cittadini. Tutte le aziende verificano la qualità percepita dagli utenti nei confronti dei loro servizi attraverso la realizzazione di indagini di gradimento.

Nel 2005 tre aziende hanno effettuato un'indagine sulla opinione dei cittadini, tutte le aziende sono state coinvolte nelle indagini di soddisfazione effettuate dalla Regione in collaborazione con il MES, 13 di esse hanno effettuato un'in-

indagine sulla soddisfazione degli utenti, rivolta prevalentemente agli utenti del presidio di ricovero (in 11 aziende) e agli utenti di diagnostica e specialistica ambulatoriale (in 10 aziende).

I risultati delle indagini sono stati diffusi tra gli operatori in 15 aziende, mentre 6 aziende li hanno comunicati all'esterno in occasione della Conferenza dei servizi.

Sono 10 le aziende che hanno realizzato azioni di miglioramento a seguito dei risultati delle indagini.

La qualità dell'assistenza sanitaria è sempre più legata alla partecipazione e al coinvolgimento attivo dei cittadini e delle loro associazioni sia nella fase di programmazione dei servizi che di valutazione. Le aziende favoriscono la

presenza e l'attività nelle loro strutture aziendali delle associazioni di volontariato e tutela, stipulando accordi di collaborazione che prendono il nome di protocolli di intesa.

Per quanto riguarda il percorso del reclamo sono state definite regole comuni a tutti i soggetti erogatori di servizi sanitari per garantire un percorso certo e univoco al cittadino. Ciascuna azienda rende pubbliche le modalità con cui può essere richiesta la tutela, in caso di disservizio.

Visto che le questioni più di frequente poste all'attenzione degli URP, delle Commissioni miste conciliative e del Difensore civico regionale da parte dei cittadini, riguardano i temi della qualità dell'informazione e dell'umanizzazione dell'assistenza, la Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà ha finanziato progetti aziendali che promuovessero questi aspetti.

I progetti finanziati riguardano in particolare il miglioramento dell'accoglienza nei presidi ospedalieri, nei

Tabella 4.2

Prestazioni alberghiere - Indicatori di qualità - Toscana, anni 2004- 2005

Indicatori di qualità	2005	2004
Percentuali di camere di degenza con oltre 4 posti letto	6	8
Percentuali di camere di degenza con non oltre 2 posti letto	55	54
Percentuali di posti letto in camere di degenza con servizi igienici riservati ai degenti della stanza	51	47
Numero di servizi igienici per i degenti per 100 posti letto	33	32
Numero di servizi igienici per degenti con handicap per 100 posti letto	5	5
Percentuali di stabilimenti* in cui è possibile prenotare la scelta tra due o più menù per i pazienti a dieta libera al mattino o il giorno prima rispetto al momento della somministrazione del pasto	96	94
Percentuali di stabilimenti* in cui è presente un luogo di culto	96	96
Percentuali di stabilimenti* in cui è attivo un servizio di assistenza religiosa	100	100
Percentuali di stabilimenti* in cui è presente un punto vendita , all'interno dello stabilimento, accessibile ai degenti e ai familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona	64	68
Percentuali di stabilimenti* in cui è possibile usufruire di un parrucchiere o di un barbiere , gratuito o a pagamento, all'interno del presidio	57	67
Percentuali di stabilimenti* in cui c'è un passaggio quotidiano nei reparti di degenza di un rivenditore autorizzato di giornali o riviste	57	66
Percentuali di stabilimenti* in cui è presente una segnaletica esterna al presidio per accessibilità al presidio	98	100
Percentuali di stabilimenti* in cui è presente una segnaletica interna al presidio per l'individuazione dei percorsi	100	100

* Per stabilimenti si intendono le articolazioni interne ai presidi ospedalieri

pronto soccorso e lo sviluppo di call center.

IL RAPPORTO CON IL CITTADINO

INFORMAZIONE

La capacità di informare costituisce il presupposto per garantire i diritti dei cittadini, per favorire un accesso più consapevole e corretto alle prestazioni sanitarie

Come risulta dai dati dell'Osservatorio regionale tutte le aziende hanno ampliato il proprio sistema di informazione, utilizzando diversi strumenti: numeri verdi, mass media, distribuzione opuscoli nelle strutture aziendali e in luoghi di alta affluenza (farmacie, studi medici).

Per semplificare l'accesso ai servizi sanitari all'interno di ciascuna azienda sanitaria è presente un Ufficio relazioni con il pubblico (URP). Il cittadino vi si può rivolgere per avere informazioni sui servizi, orari, procedure di accesso alle prestazioni, per essere ascoltato e presentare reclami, suggerimenti.

In Toscana i punti informativi collegati all'URP, localizzati in sedi aziendali, sono 109, 41 in più rispetto al 2004. Tutte le aziende forniscono informazioni telefoniche, in particolare hanno attivato un numero telefonico dedicato all'orientamento del cittadino per l'accesso ai servizi, che nella giornata risponde da un minimo di 4 ad un massimo di 12 ore. Per 11 aziende delle 16 si tratta di un numero verde, e in alcuni casi funziona come un vero e proprio call center.

In 6 aziende sono stati attivati sportelli unici con altre amministrazioni soprattutto con quelli delle attività produttive dei comuni (sportelli unici attività produttive - SUAP).

ASCOLTO (PER COSA RECLAMANO I CITTADINI TOSCANI)

Il reclamo è la comunicazione formale di un disservizio, sottoscritta e indicante i dati della persona che presenta l'istanza e che implica una risposta di chiarimento da parte dell'azienda. I reclami sono utilizzati dall'azienda sanitaria come contributo alla valutazione della qualità dei servizi erogati, e come indicazione sulla opportunità di intervenire con modifiche organizzative.

La classificazione dei reclami è la stessa per tutte le aziende, questo ci permette di avere un osservatorio di livello regionale.

Negli ultimi anni il numero complessivo dei reclami è abbastanza stabile (Fig. 4.1). Nel 2005 ne risultano a livello regionale 3083, pari a 0,9 reclami ogni 1000 abitanti. Sul totale dei reclami il 70% riguarda i servizi ospedalieri e il 30% le strutture territoriali (Fig. 4.2). La categoria più rilevante e in crescita è quella sui tempi di attesa/accessibilità, che comprende il 32% del totale. Di nuovo in aumento, dopo un periodo di flessione, le istanze riguardanti gli aspetti relazionali (19% del totale), in diminuzione quelli relativi agli aspetti tecnico-professionali (16%) e agli aspetti burocratici e amministrativi (14%), stabili i reclami per la

struttura e logistica (5%) e per gli aspetti alberghieri (4%). Questi dati testimoniano una richiesta da parte dei cittadini di una attenzione maggiore agli aspetti che riguardano i rapporti umani ai vari livelli di contatto con il servizio, più che agli aspetti strutturali e alberghieri.

Figura 4.1
Numero di reclami per tipologia - Toscana, anni 1999-2005

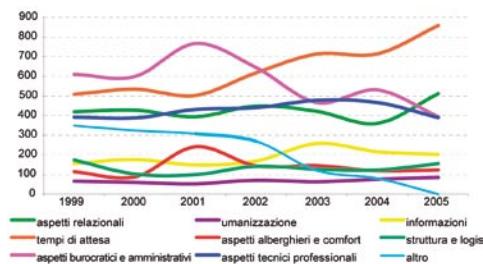
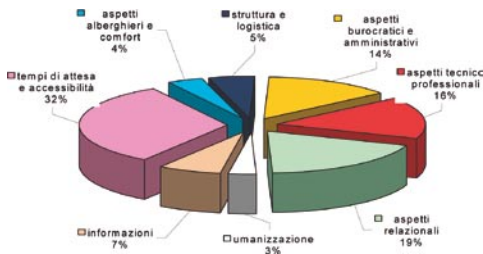


Figura 4.2
Distribuzione percentuale dei reclami (N = 3.083) per motivo del reclamo - Toscana, anno 2005



La corrispondenza tra le problematiche sollevate dall'utente e il riscontro da parte dell'azienda è dell'ordine del 76%.

Visto che le questioni più di frequente poste all'attenzione degli URP, delle Commissioni miste conciliative e del Difensore civico regionale da parte dei cittadini, riguardano i temi della qualità dell'informazione e dell'umanizzazione

dell'assistenza, la Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà ha finanziato, con un fondo complessivo di 500.000 euro, progetti aziendali che promuovessero questi aspetti.

I progetti finanziati riguardano in particolare il miglioramento dell'accoglienza nei presidi ospedalieri, nei pronto soccorso e lo sviluppo di call center.

Un sistema qualità basato sulla centralità del cittadino pone particolare attenzione ai bisogni e alle aspettative che attengono alla sfera individuale della persona, tutti aspetti che in un percorso di cura risultano essere importanti come la qualità tecnica dell'atto professionale.

LA DIMENSIONE ETICA QUALE ELEMENTO SOSTANZIALE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI PER LA SALUTE

BIOETICA IN TOSCANA

La Regione Toscana è impegnata a garantire un grado adeguato di qualità nell'offerta di prestazioni sanitarie: tale impegno è tuttavia svolto nella consapevolezza che i requisiti di qualità non possono essere intesi unicamente nel senso di una revisione più razionale dell'organizzazione del sistema sanità, sebbene tale revisione sia essenziale. Allo stesso modo l'amministrazione regionale è consapevole che il suo ruolo in questo settore non può neppure esaurirsi nel controllo dei requisiti strutturali e di funzionamento posseduti da chi, pubblico o privato, eroga servizi sanitari, né nel monitoraggio della semplice soddisfazione della sua

utenza. I mutamenti e le innovazioni della scienza medica, infatti, sostenuti da una nuova sensibilità morale, hanno infatti determinato la necessità di un ripensamento importante delle stesse finalità del servizio sanitario e delle modalità etiche dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni. Per questa ragione, già dai primi anni novanta, la Regione Toscana ha avviato un processo di innovazione e di impegno effettivo per la democratizzazione della scelta pubblica per la salute, considerando ad esso fondamentale l'apporto derivante dalla bioetica: ha dunque istituito una Commissione regionale di bioetica che, sostenendo i lavori istituzionali dell'ente regione, ha concretamente contribuito a garantire la selezione delle priorità, le modalità e le finalità proprie dell'agire politico nell'ambito della salute e dell'offerta sanitaria. Unico esempio in Italia, per lungimiranza ed effettivo impegno nel settore della bioetica, la Regione Toscana ha dunque valorizzato la dimensione etica quale parte integrante dell'attività di governo, considerandola sostanziale per il contributo apportato nelle scelte da adottare.

LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA COMMISSIONE REGIONALE DI BIOETICA

Nel triennio 2003-2005 il sistema regionale per la bioetica ha svolto dunque attività istituzionali e ha dato vita ad iniziative importanti, sostenute dall'indirizzo e dal coordinamento della Commissione regionale di bioetica (CRB), ma rese possibili da una rete strutturata di comitati eti-

ci locali e di comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali istituiti in ogni azienda sanitaria toscana. Un resoconto capillare di tutto ciò che è stato fatto è chiaramente impossibile anche perché molte delle attività sono strettamente correlate alle realtà locali, coerentemente alle esigenze e ai bisogni percepiti nei singoli territori. È tuttavia sensato tentare di riassumere le linee operative intraprese almeno a livello centrale, su iniziativa della CRB e in risposta a precise richieste di parere poste dal governo regionale. In primo luogo, dunque, l'attività istituzionale della CRB che, con cadenza bimestrale è stata convocata per discutere specifici ordini del giorno, predisposti in base alle esigenze della Regione e agli stimoli che, da più parti e di volta in volta, sono giunti. La consulenza offerta dalla CRB, infatti, ha trovato ragione in diverse tipologie di istanze che si possono sintetizzare come segue:

- richieste di parere provenienti dall'Assessore al diritto alla salute e/o dalla Direzione generale su questioni per le quali è stato necessario prevedere una specifica disciplina e sulle quali sono stati richiesti chiarimenti in merito all'indirizzo etico da adottare;

- richiesta di rappresentanza della CRB all'interno di altre commissioni regionali le cui attività sono state ritenute di spessore o con ricadute etiche da non sottovalutare;

- consulenza in materia di gestione dello stesso apparato bioetico regionale e, più specificatamente, supporto per l'istituzione e la costante tenuta del regi-

stro dei comitati etici operanti nel territorio regionale;

- consulenza per l'indirizzo delle attività dei comitati etici locali e per la sperimentazione dei farmaci.

Altre problematiche oggetto di trattazione sono sorte in seno alla stessa CRB i cui membri (esperti provenienti da differenti discipline e professioni) hanno sollecitato la riflessione su tematiche ritenute di particolare rilevanza etica o dai comitati etici territoriali.

Queste alcune delle principali tematiche sulle quali la CRB, nel triennio in oggetto, ha elaborato specifici pareri molti dei quali accolti e presi in considerazione nell'elaborazione di normative emanate a livello regionale:

- osservazioni in materia di rettificazione dell'attribuzione del sesso;
- aspetti etici connessi all'uso del farmaco RU 486 (pillola abortiva);
- osservazioni in materia di norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere;
- osservazioni sul decreto legislativo N. 211/2003 in materia di sperimentazione clinica dei farmaci;
- implicazioni etiche dell'uso dell'eritropoietina umana ricombinante in alternativa all'emotrasfusione;
- prevenzione delle mutilazioni genitali femminili: liceità etica, deontologica e giuridica della partecipazione dei medici alla pratica di un rito alternativo;
- modalità di assistenza ai malati terminali;

- benessere del nascere: migliorare la qualità del percorso nascita;
- guida etico-deontologica ai test genetici;
- osservazioni in merito alle Linee-guida sull'applicazione di accertamenti e di trattamenti sanitari obbligatori per la malattia mentale.

La peculiarità della CRB, è dunque quella di svolgere una attività di consulenza, rendendosi disponibile ad un servizio direttamente richiesto (dunque il cui valore e la cui necessità sono sentiti dai richiedenti) e, conseguentemente, dalle ricadute effettive nella pratica operativa (normative, servizi, partecipazioni della CRB a diversi tavoli istituzionali ecc.).

Queste che seguono sono alcune delle normative regionali redatte con il contributo della CRB o comunque inerenti alla sua attività e quella dei Comitati etici.

- Deliberazione della Giunta regionale N. 303 del 31 marzo 2003 (*"Definizione delle tipologie di iscrizione al Registro regionale dei comitati etici delle AUSL"*).
- Decreto dirigenziale N. 828 del 18 febbraio 2004 D.G.R. N. 163/2000 (*"Iscrizione comitati etici nel Registro regionale"*).
- Deliberazione della Giunta regionale N. 158 del 23 febbraio 2004 (*"Direttive regionali in materia di autorizzazione e procedure di valutazione degli studi osservazionali"*).
- Legge regionale 31 maggio 2004, N. 29 (*"Affidamento, conservazione e dispersione delle ceneri derivanti dalla cremazione dei defunti"*).

- Decreto dirigenziale N. 4256 del 21 luglio 2004 *“Conferma iscrizione comitati etici nel Registro regionale”*.
- Decreto dirigenziale N. 536 del 28 gennaio 2005 *“Conferma iscrizione comitati etici nel Registro Regionale dei Comitati Etici delle AUSL toscane”*.
- Piano sanitario regionale 2005/07 (art. 3.1.3).
- Legge regionale 24 febbraio 2005, N. 40 *“Disciplina del servizio sanitario regionale”*, Capo III, art. 95-99.
- Deliberazione della Giunta regionale N. 552 del 16 maggio 2005 *“Linee di indirizzo per lo sviluppo e la valorizzazione dell’attività dei comitati etici toscani”*.
- Deliberazione N. 22 del 17 ottobre 2005 D.C.R. 145 del 10/11/2004 - *“Aspetti etici connessi all’attività di genetica medica”*.

LA RETE DEI COMITATI ETICI LOCALI E DEI COMITATI ETICI PER LA SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI MEDICINALI

È stata già sottolineata l'importanza dei comitati etici per il sistema regionale della bioetica: nel triennio 2003-2005 sono stati posti i fondamenti operativi per la rete regionale dei comitati toscani.

In primo luogo, è stato portato a compimento il processo d'accreditamento dei comitati all'interno del *Registro toscano dei comitati etici*, avviato dalla D.G.R. N. 163/2000 con la verifica da parte della

CRB della natura, della composizione e del funzionamento dei comitati etici attivi sul territorio regionale, e concluso con l'iscrizione formale di tutti i comitati: oggi contiamo complessivamente 16 comitati etici locali e 14 comitati per la sperimentazione clinica dei medicinali. Il Registro, tuttavia, non è solo un'anagrafe formale dei comitati, bensì uno strumento concreto per i lavori in rete di tali organismi, affinché siano messi nelle condizioni di svolgere le loro funzioni in maniera condivisa e partecipata. Non a caso una recente deliberazione regionale - D.G.R. N. 552 del 16 giugno 2005 *“Linee di indirizzo per lo sviluppo e la valorizzazione dell’attività dei comitati etici toscani”* ha previsto, tra le altre cose, la costituzione di un *Tavolo di lavoro permanente*, a cui siederanno i Coordinatori di tutti i comitati etici locali, i Presidenti dei comitati etici per la sperimentazione dei medicinali e l'Ufficio di presidenza della CRB. Il coordinamento delle attività e la condivisione delle metodologie operative e delle esperienze locali sono tra gli obiettivi prioritari di questo gruppo facente capo alla CRB: ciò nella speranza di veder tradotte a livello regionale le migliori e più proficue realtà in larga parte già operanti nel territorio.

ETICA DELLE CURE ALLA FINE DELLA VITA

L'attività regionale in ambito bioetico ha inoltre sperimentato caratteristiche innovative anche rispetto alle metodologie di lavoro: in seno alla CRB è attivo, ad esempio, già dal 2002, un gruppo di

lavoro dedicato all'*Etica delle cure alla fine della vita*. Il gruppo di lavoro è composto anche da membri esterni alla CRB (comitati etici, scuola, volontariato ecc.) ed è stato, da questo punto di vista, un esempio eccellente di come l'“ospitalità” nei confronti di esperti provenienti anche da altre regioni, possa avere ricadute assai positive per il complesso delle attività della CRB e per la crescita culturale all'interno della Regione Toscana. Il gruppo ha infatti lavorato con continuità approfondendo le problematiche dell'assistenza delle persone giunte alla fine della vita, costituendo dei sottogruppi su tematiche specifiche e, in stretto collegamento con la CRB nel suo complesso e con i comitati etici locali, ha dato vita a diverse iniziative. Le esperienze più rilevanti sono state senza dubbio i tre Seminari organizzati nella silenziosa cornice della Certosa di Pontignano (Siena) i quali hanno permesso un ulteriore approfondimento di aspetti specifici e cruciali per i risvolti pratici, come l'attenzione costante alle tematiche della cura dei bambini giunti alla fine della vita, con le specificità proprie di questo tipo di assistenza o lo studio delle caratteristiche dell'assistenza in Hospice. Proprio dall'esperienza maturata nei seminari è nata l'esigenza di raccogliere tali approfondimenti con metodo scientifico: nasce così lo studio *CARE - Indagine sul livello di soddisfazione dei caregiver relativa alle cure di fine vita*, finanziato dalla CRB e condotto in stretta collaborazione tra il Gruppo di Pontignano e il CSPO.

LE ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E FORMAZIONE IN MATERIA DI BIOETICA

La diffusione delle tematiche bioetiche, la creazione di un dialogo e di un confronto costante su questa materia, nonché la formazione specifica degli operatori e della cittadinanza, sono una delle funzioni principali della CRB così come dei comitati etici locali. Nelle iniziative intraprese, l'obiettivo prioritario perseguito è stato lo stimolo del territorio, delle realtà locali, di specifici settori professionali e, per questa ragione, sono state privilegiate le collaborazioni con altre istituzioni e la valorizzazione delle risorse già esistenti nella regione.

Riprendendo un'esperienza della precedente Commissione, la CRB ha creato un notiziario, *Bioetica in Toscana*, con l'obiettivo di stabilire una via di comunicazione e informazione privilegiata e costante con i comitati etici con lo scopo di incrementare e supportare le attività dei comitati etici creando spazi utili per la condivisione delle iniziative svolte, per il coordinamento delle stesse e per il confronto sui risultati ottenuti. Una seconda iniziativa, in una certa misura riconducibile alle stesse esigenze, è stata quella di predisporre, all'interno del sito regionale, alcune *pagine web dedicate alla bioetica*. Alla necessità più immediata di rendere disponibile materiali e informazioni in tempi rapidi, si è unita la volontà di allargare il numero dei potenziali utenti: dunque, non più solo gli addetti ai lavori, ma anche la cittadinanza. È stato inoltre pre-

disposto materiale informativo come, ad esempio, la locandina dal titolo *Che cosa è la bioetica*, realizzata per rendere noti alla cittadinanza il fine proprio della bioetica, la natura e le funzioni della rete dei comitati operanti nel territorio regionale. Il compito informativo/formativo della CRB è stato sentito particolarmente urgente proprio per la particolare delicatezza dei temi trattati dalla bioetica e la scarsa disponibilità di strumenti effettivamente affidabili disponibili nel dibattito nazionale. È inoltre da ricordare il supporto offerto dalla Regione, anche per tramite della CRB, alle attività di formazione bioetica svolte in questi anni nel territorio toscano (corsi universitari e aziendali, master ecc.). Infine, l'impegno per l'informazione e per la formazione è stato assolto mediante l'organizzazione di incontri pubblici, seminari e convegni, spesso in collaborazione con altre istituzioni (in particolare con i comitati etici locali e la Federazione degli Ordini dei medici). Qui di seguito ricordiamo i principali eventi promossi dalla CRB in questi anni:

- "Rispetto per il morire. Esperienze, ricerca e valutazione bioetica nelle decisioni di fine vita e dignità del morire", Firenze, 15 maggio 2004;
 - "La procreazione medicalmente assistita. L. 40/2004: cosa è cambiato?", Firenze, 14 ottobre 2004;
 - "Le direttive anticipate: strumento per valorizzare l'autonomia nelle scelte sanitarie di fine vita", Grosseto, 27 novembre 2004;
 - "Il Registro toscano dei comitati etici. Composizione, funzioni e ruolo dei comitati etici: un riesame critico", Firenze, 10 dicembre 2004;
 - "Bioetica a/e scuola. Gli studenti toscani riflettono intorno al problema della vita", Firenze, 22 febbraio 2005.
-
- "Migliorare la qualità della vita nella fase terminale. Esperienze a confronto", Firenze, 21 marzo 2003;
 - "Bioetica a/e scuola", Firenze, 9 aprile 2003;
 - "Consenso informato e direttive anticipate: cosa ne pensano i medici toscani? Presentazione dei risultati di una ricerca empirica", Firenze, 13 maggio 2003;
 - "La scienza oggi e il conflitto di interesse. Una difficile convivenza", Firenze, 17 giugno 2003;

5. LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL SISTEMA SANITARIO TOSCANO

IL FONDO SANITARIO

L'esercizio 2003 si è concluso in equilibrio. Gli esercizi 2004 e 2005 sono stati caratterizzati da una tensione sui costi derivanti dai rinnovi contrattuali del personale per il biennio 2002/2003 e delle convenzioni di medicina generale, nonché dall'introduzione dell'obbligo di accantonamento per i rinnovi contrattuali non ancora siglati (relativamente all'esercizio 2005). Pertanto la crescita del fondo del 4,75% del 2004 è risultata insufficiente a coprire tale crescita esogena dei costi e l'equilibrio è stato raggiunto tramite l'assegnazione di ulteriore risorse a copertura di 246 milioni di euro. L'incremento di quasi del 10% del fondo del 2005 è stato quindi assorbito dalla messa a regime dei rinnovi contrattuali e dagli accantonamenti per il rinnovo del nuovo biennio contrattuale 2005/2006 e ha consentito di mantenere il sistema sanitario in equilibrio anche in questo esercizio.

Tabella 5.1

Ripartizione del fondo sanitario tra quota capitaria e altri criteri di assegnazione - Toscana, anni 2002-2006

Anno	Fondo Sanitario assegnato a quota capitaria	Assegnazioni con altri criteri	Fondo Sanitario totale
2002	4.296,92	452,08	4.749,00
2003	4.479,50	451,28	4.930,78
2004	4.668,43	496,67	5.165,10
2005	4.964,42	711,61	5.676,03
2006	4.964,42	699,64	5.664,06

In Tabella 5.1 è riportata la ripartizione del fondo sanitario tra quota capitaria e altri criteri di assegnazione per gli anni 2002-2006.

LA DISTRIBUZIONE DELLA SPESA PER LIVELLI DI ASSISTENZA

La Tabella 5.2 evidenzia i dati di consuntivo relativa agli ultimi tre esercizi. L'andamento della spesa è crescente in particolare nell'esercizio 2004 (+9,17%). Nell'esercizio 2005, nonostante l'aumento dovuto ai rinnovi contrattuali, l'aumento, pari al 3,56%, appare meno stringente. La distribuzione percentuale della spesa sui diversi livelli è sostanzialmente coerente con la programmazione regionale che tende a spostare l'assistenza ospedaliera nel territorio. Il piano sanitario infatti assegna il 5% del fondo indistinto alla prevenzione collettiva, il 52% all'assistenza territoriale e il 43% all'assistenza ospedaliera, quindi il riequilibrio della spesa si sta avvicinando ai valori programmati.

La prevenzione è rimasta sostanzialmente stabile (Fig. 5.1) anche se l'assorbimento delle risorse nell'anno 2005, ha avuto un leggero calo rispetto all'esercizio 2003 (si passa infatti da una percentuale del 4,87% a una percentuale del 4,73%), nonostante un incremento della spesa pari al 10%.

L'assistenza territoriale si sta portando all'allineamento con il piano sanitario regionale (51,80%). All'interno dell'assi-

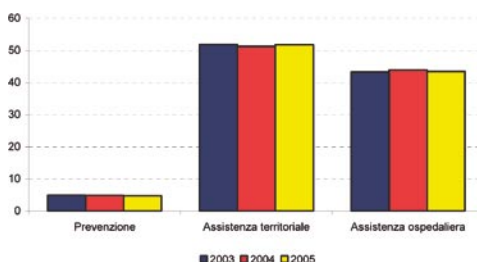
Tabella 5.2

Spesa regionale per livelli di assistenza. Valori assoluti e ripartizioni percentuali - Toscana, anni 2003-2005 e incremento 2003-2005

Livelli di assistenza	2003		2004		2005		Incremento % 2003/2005
	N.	%	N.	%	N.	%	
Prevenzione	255.962	4,87	279.193	4,82	283.702	4,73	10,84
Assistenza territoriale	2.725.972	51,84	2.967.183	51,26	3.109.580	51,80	14,07
<i>Convenzioni mediche nazionali</i>	281.577	5,36	293.281	5,07	314.435	5,24	11,67
<i>Assistenza farmaceutica</i>	770.458	14,65	848.478	14,66	877.181	14,61	13,85
<i>Distrettuale domiciliare trasporti</i>	191.051	3,63	201.102	3,47	220.075	3,67	15,19
<i>Riabilitazione</i>	194.046	3,69	213.089	3,68	222.043	3,70	14,43
<i>Assistenza ai non autosufficienti</i>	174.955	3,33	193.471	3,34	202.674	3,38	15,84
<i>Specialistica</i>	854.189	16,25	931.054	16,08	976.502	16,27	14,32
<i>Salute mentale</i>	204.037	3,88	223.342	3,86	231.054	3,85	13,24
<i>Dipendenze SERT e alcolismo</i>	55.659	1,06	63.366	1,09	65.616	1,09	17,89
Assistenza ospedaliera	2.276.147	43,29	2.542.492	43,92	2.609.462	43,47	14,64
Totale	5.258.081	100,00	5.788.868	100,00	6.002.743	100,00	14,16

Figura 5.1

Distribuzione percentuale della spesa per livelli di assistenza - Toscana, anni 2003-2005



Assistenza territoriale, l'assistenza specialistica e l'assistenza farmaceutica sono le voci che hanno assorbito maggiori risorse di quelle programmate e quindi hanno una tendenza all'aumento.

L'assistenza ospedaliera, nonostante sia cresciuta nel triennio del 14%, si è comunque assestata all'interno dell'obiettivo del piano sanitario regionale.

I PROGRAMMI DI INVESTIMENTO IN SANITÀ

Gli investimenti presi in esame sono quelli ricompresi nel programma di investimenti sanitari ex art. 20 legge 67/88, legge 135/90 (AIDS), Dlgs 254/00 (Libera professione), legge 39/99 (Hospice), art. 71 l. 448/1998 (Riqualficazione aree metropolitane) e il Programma straordinario di investimenti strategici 2003-2005.

Dall'analisi dei dati emerge un finanziamento, relativo ai suddetti programmi, pari a circa 2.215 milioni di Euro, del quale al 31/12/2005 sono stati utilizzati 925 milioni di Euro (Tab. 5.2).

Sono praticamente conclusi sia il programma art. 20 relativo all'edilizia territoriale, sia il programma legge 135/90 (AIDS). Nel triennio 2003-2005 è stato

Tabella 5.2

Finanziamenti previsti dal programma di investimenti sanitari ex art. 20 legge 67/88, legge 135/90 (AIDS), d.lgs 254/00 (Libera professione), legge 39/99 (Hospice), art. 71 l. 448/1998 (Riqualificazione aree metropolitane) e dal "Programma straordinario di investimenti strategici 2003-2005" e finanziamenti utilizzati al 31/12/2005 per Azienda USL - Toscana

AUSL/AOU	Edilizia territoriale			Edilizia ospedaliera			AIDS			Aree metropolitane		
	Finanziato	Utilizzato	%	Finanziato	Utilizzato	%	Finanziato	Utilizzato	%	Finanziato	Utilizzato	%
1 - Massa e Carrara	8.015	5.364	67	8.676	5.732	66	594	594	100			
2 - Lucca	20.531	11.913	58	27.510	11.356	41	5.294	5.294	100			
3 - Pistoia	13.887	9.105	66	16.240	5.265	32	5.539	5.539	100			
4 - Prato	4.595	3.601	78	10.085	8.873	88	6.975	6.901	99			
5 - Pisa	20.217	16.031	79	7.628	3.566	47						
6 - Livorno	23.654	20.884	88	77.871	67.148	86	6.547	6.143	94			
7 - Siena	24.441	23.042	94	83.020	82.659	99						
8 - Arezzo	16.728	13.648	82	128.952	118.478	92	7.063	6.814	96			
9 - Grosseto	4.229	3.833	91	8.875	6.810	77	5.405	5.030	93			
10 - Firenze	60.132	53.609	89	69.480	9.769	14	129	129	100	67.874	10.382	15
11 - Empoli	13.374	12.047	90	91.993	44.402	48						
12 - Viareggio	4.995	4.995	100	99.558	99.558	100						
AOU Pisana				96.951	63.407	65	8.384	8.384	100			
AOU Senese				864	864	100	7.104	7.104	100			
AOU Careggi				182.844	66.044	36	12.583	12.583	100	24.573	4.990	20
AOU Meyer				27.235	7.690	28	4.180	3.933	94	15.406	6.990	45
Totale	214.799	178.072	83	937.781	601.619	64	69.798	68.448	98	107.853	22.362	21

Tabella 5.2 (segue)
Finanziamenti previsti dal programma di investimenti sanitari ex art. 20 legge 67/88, legge 135/90 (AIDS), d.lgs 254/00 (Libera professione), legge 39/99 (Hospice), art. 71 l. 448/1998 (Riqualificazione aree metropolitane) e dal "Programma straordinario di investimenti strategici 2003-2005" e finanziamenti utilizzati al 31/12/2005 per Azienda USL - Toscana

AUSL/AOU	LIBERA PROFESSIONE		HOSPICE		PROGR. STRAORD. EDIL. OSPED.		4 NUOVI OSPEDALI		TOTALE		
	Finanziato	Utilizzato %	Finanziato	Utilizzato %	Finanziato	Utilizzato %	Finanziato	Utilizzato %	Finanziato	Utilizzato %	
1 - Massa e Carrara			1.829	54			96.661	0	115.776	11.743	10
2 - Lucca	7.379	692	832	349			105.824	0	167.370	29.604	18
3 - Pistoia	2.815	404	1.502	179			102.169	0	142.152	20.491	14
4 - Prato	4.736	2.696	822	205			117.237	0	144.451	22.277	15
5 - Pisa	4.740	2.835	784	763					33.369	23.195	70
6 - Livorno	6.869	4.082	939	329					115.880	98.586	85
7 - Siena	1.291	343	1.690	1.267					110.443	107.311	97
8 - Arezzo	4.812	4.286	990	990					158.545	145.908	92
9 - Grosseto	4.746	3.417	744	646					23.999	19.737	82
10 - Firenze	11.414	390	2.806	140					211.835	74.419	35
11 - Empoli	6.628	5.334	1.049	556					113.044	62.339	55
12 - Viareggio	5.640	5.640							110.192	110.192	100
AOU Pisana	7.747	4.648			253.000	3.498			366.081	79.937	22
AOU Senese	2.737	150			29.808	1.217			40.513	9.334	23
AOU Careggi	12.911	1.220	4.365	691	46.481	4.648			311.436	90.177	29
AOU Meyer	2.709	1.531							49.531	20.143	41
Totale	87.173	37.669	18.354	6.169	329.289	9.363	421.891	0	2.214.618	925.393	42

completato l'avvio dei programmi relativi alla Libera professione (Dlgs 254/00), agli Hospice (Legge 39/99) e alla Riqualificazione aree metropolitane (art. 71 L. 448/1998) mentre in stato avanzato di realizzazione risulta il programma art. 20 per l'edilizia ospedaliera.

Il programma pluriennale degli investimenti strategici per il periodo 2003-2005 è stato presentato dalla Giunta regionale nell'aprile del 2002 ed è stato poi approvato dal Consiglio regionale nel luglio del 2002 in sede di adozione del D.P.E.F. 2003.

Il programma si articola in due distinti progetti denominati "Nuovi ospedali" e "Riqualificazione delle AUSL ospedaliere" che si inseriscono nel più ampio programma di interventi definito nel Piano sanitario regionale 2002-2004.

Il piano prevede di realizzare come priorità quattro nuovi presidi ospedalieri per le province di Massa e Carrara, Pistoia, Prato e Lucca, il programma degli interventi edilizi a sostegno e integrazione della riqualificazione del presidio ospedaliero-universitario di Careggi, il completamento del trasferimento di tutte le attività dell'AOU Pisana da S. Chiara al complesso di Cisanello e uno specifico intervento ad integrazione e sostegno del più generale piano di riqualificazione dell'AOU Senese.

6.1 CITTADINI SONO SODDISFATTI? (a cura del MES)

Nelle organizzazioni che operano sul mercato in contesti competitivi il cliente riesce, con il suo diritto di scelta, ad occupare una posizione di preminenza e di potere tale da indurre le organizzazioni stesse ad impostare tutta la loro azione in termini di risposta ai suoi bisogni. I risultati economico finanziari di breve, in primo luogo il profitto, risultano già indicatori precisi della capacità aziendale di essere "efficace", ossia in grado di rispondere alle esigenze della domanda. Nella realtà delle istituzioni che erogano servizi di pubblica utilità, che in molti casi operano in situazione di monopolio, le possibilità di scelta del cliente/utente sono estremamente limitate e sovente scarsamente facilitate dall'operatore pubblico. Nel caso poi dei servizi sanitari l'utente si trova in situazione di "asimmetria informativa" ossia in possesso di informazioni, conoscenze e competenze assai minori rispetto al soggetto erogatore e quindi, spesso, non in condizioni di dare un giudizio consapevole sulla qualità del servizio ricevuto. Un paziente non medico può giudicare la qualità della diagnosi ricevuta e del trattamento terapeutico a cui è stato sottoposto? Questo solo a distanza di tempo potrà esprimere un giudizio corretto sul servizio ricevuto, considerando lo stato della sua salute. Nel breve sarà portato ad esprimere un giudizio basato sulle sue percezioni su ciò che è in grado di presidiare, tenden-

do a dare una valutazione complessiva in linea con le sue aspettative.

Il giudizio dell'utente, per diventare di aiuto alle scelte strategiche e organizzative delle aziende che erogano servizi di pubblica utilità, deve essere quindi articolato nel dettaglio, per cogliere tutti gli aspetti centrali e accessori nella valutazione del servizio e, soprattutto, oltre al livello di soddisfazione, deve raccogliere la sua esperienza. In particolare quest'ultima è informazione preziosa per le aziende. Sulla base di queste evidenze le organizzazioni sanitarie possono avere spunti importanti per riorientare la loro attività in modo che il cittadino sia sempre più protagonista e partecipe del proprio processo di cura.

Con l'obiettivo quindi di raccogliere le percezioni e le esperienze degli utenti e cittadini, con la convinzione che per una "sanità dei cittadini" sia essenziale introdurre strumenti capaci di mettere il punto di vista dell'utente al centro dei processi di management sanitario, fin dal 2004 il MES della Scuola superiore Sant'Anna - Regione Toscana ha realizzato molteplici indagini presso i cittadini toscani. Queste sono state effettuate nell'ambito delle iniziative realizzate per l'implementazione del sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane, introdotto in tutte le realtà territoriali nel 2005 e nelle AOU nel 2006. Per la misurazione e la rappresentazione dei risultati nel sistema di valutazione della performance sono state infatti individuate sei dimensioni di sintesi, capaci di evidenziare gli aspetti

fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario¹.

Queste sono:

- la valutazione dei livelli di salute della popolazione - pur sapendo che questa tipologia di misure, quali la mortalità nel primo anno di vita o la mortalità per diverse patologie, si muove lentamente nel tempo e che un miglioramento registrato oggi, spesso è determinato da scelte gestionali effettuate in anni precedenti, è stato ritenuto opportuno mantenere nel sistema almeno alcuni indicatori di sintesi, con l'obiettivo di focalizzare l'attenzione dei managers sul fine ultimo di ogni sforzo fatto, ossia sul miglioramento del livello di salute della popolazione;
- la valutazione della capacità di perseguire gli orientamenti strategici del sistema sanitario regionale - le aziende sanitarie toscane rispondono, infatti, non solo della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci come entità autonome ma anche come soggetti costituenti il sistema sanitario regionale, che vuole operare in logica di squadra, per valorizzare le sinergie e per garantire accesso e equità a tutti i cittadini della regione. In questo senso è importante che le aziende siano attente e capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali, ossia di applicare le delibere

regionali nei tempi e nei modi da queste indicati;

- la valutazione clinico-sanitaria - in questa dimensione sono compresi i risultati di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario, per le attività dell'ospedale, del territorio e della prevenzione;
- la valutazione esterna - in questa dimensione viene considerata la valutazione dei servizi sanitari data dai cittadini;
- la valutazione interna - in questa dimensione viene considerato il punto di vista del personale delle aziende sanitarie.

Le indagini relative alla valutazione esterna realizzate dal 2004 in poi, con il supporto del Settore Sistema Statistico regionale², hanno permesso di avere elementi significativi anche per la valutazione della capacità delle aziende del sistema di seguire e applicare le delibere regionali. In questa ottica le indagini svolte hanno cercato di monitorare non solo il livello di soddisfazione maturato nei confronti di un servizio, ma anche di individuare quali sono gli aspetti più critici da cui questo scaturisce e su cui intervenire per poter dare risposta ai bisogni del paziente.

Il confronto del dato non solo nel tempo, con la ripetizione dell'indagine con una tempistica prestabilita, ma anche tra soggetti erogatori, ha consentito di superare l'autoreferenzialità e ha evidenziato gli spazi disponibili per il miglioramento.

Avere infatti l'80% di cittadini soddisfatti può essere un risultato lusinghiero, ma è solo un punto di partenza per attivare un processo di miglioramento interno, se rappresenta il risultato più basso ottenuto considerando le performance delle altre aziende della Regione. Con questi presupposti le indagini sono state svolte presso tutte le realtà toscane con lo stesso strumento di indagine e con le medesime metodologie, al fine di rendere i risultati confrontabili.

Le indagini si sono basate su interviste telefoniche seguendo la metodologia *computer-assisted telephone interviewing* (CATI), che permette la gestione automatica dei contatti telefonici, la guida del rilevatore nelle diverse sezioni del questionario, l'implementazione delle risposte nel corso dell'intervista, il monitoraggio continuo dell'indagine e, infine, la verifica durante la stessa intervista della compatibilità delle risposte.

I servizi per i quali il Laboratorio MES ha svolto negli ultimi tre anni un'attività di indagine specifica sono:

- medicina di base;
- servizi ambulatoriali;
- servizi diagnostici;
- servizi relativi al percorso materno-infantile;
- servizi di pronto soccorso;
- servizio di ricovero ospedaliero ordinario.

Rilevazioni ad hoc di tipo qualitativo sono state condotte nel 2005 con la tecnica del *focus group* per gli utenti del percorso oncologico del colon retto.

I SERVIZI SUL TERRITORIO: MEDICINA DI BASE, VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

Nel 2004 e 2005 è stata condotta in collaborazione con Settore statistico della Regione Toscana una indagine campionaria volta a rilevare il livello di soddisfazione dei cittadini toscani riguardo ad alcuni dei servizi di prevenzione e assistenza territoriale offerti dal sistema sanitario.

La popolazione obiettivo dell'indagine ha avuto come riferimento tutti i cittadini maggiorenni che usufruiscono dell'assistenza del MMG presso una delle AUSL toscane.

Il campione da intervistare è stato estratto dall'elenco degli abbonati alla telefonia fissa della regione Toscana. Questo tipo di lista campionaria può presentare alcuni limiti: ad esempio, non è sicuramente rappresentativo del 7,8% delle famiglie che non dispone di telefono fisso, in molti casi sostituito da telefoni cellulari; e di quegli utenti non inclusi negli elenchi telefonici per ragioni di privacy (utenze riservate).

Il campione, stratificato per comune, ha consentito di contattare 7.786³ cittadini toscani maggiorenni che, al momento dell'intervista, hanno dichiarato di aver avuto contatti con le strutture di assistenza territoriale nei 12 mesi precedenti.

Ai cittadini intervistati è stato chiesto di esprimere il proprio livello di soddisfazione riguardo ai seguenti servizi:

- medicina di base;

- visite specialistiche;
- esami diagnostici.

Nel caso dell'assistenza medica specialistica e diagnostica, la valutazione dei cittadini ha riguardato le prestazioni erogate dalle AUSL e dalle AOU.

Per ciascuno di questi servizi il cittadino ha potuto valutare l'organizzazione e i tempi d'attesa, la gentilezza e la professionalità del personale medico, l'ambiente ecc., concludendo ciascuna sezione tematica con una valutazione di sintesi relativa al servizio nel suo complesso.

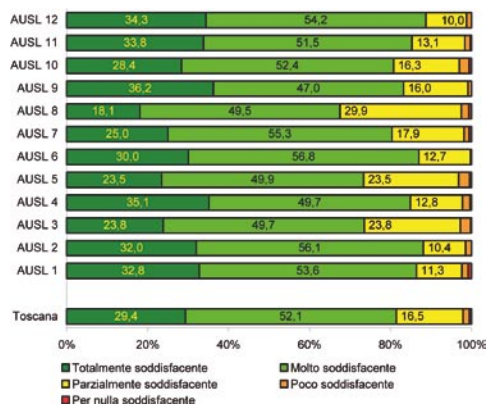
Il questionario somministrato ha consentito inoltre di rilevare quanto i cittadini conoscono alcuni uffici che le AUSL mettono a loro disposizione e, in particolare, l'URP.

I cittadini toscani complessivamente appaiono molto soddisfatti dei servizi di assistenza territoriale offerti dalla AUSL in cui risiedono. Dei tre servizi monitorati, la medicina di base è quello per il quale i cittadini hanno espresso un giudizio complessivo più alto. Infatti, alla domanda *“Come valuta complessivamente il servizio di medicina di base offerto dal suo medico di famiglia?”*, il 29,4% degli intervistati ha risposto di essere totalmente soddisfatto e il 52,1% molto soddisfatto e soprattutto nessuno si dichiara totalmente insoddisfatto. Il risultato non presenta particolari differenze a livello di singole AUSL, così come mostra la Figura 6.1.

Gli aspetti relazionali dell'assistenza (gentilezza e disponibilità all'ascolto, competenza professionale del medico, ecc.) sono tra i più apprezzati dagli assistiti. Essi giocano, infatti, un ruolo fonamen-

tale nella qualità percepita dall'utente, al punto da influenzare gran parte della sua soddisfazione globale. Da alcune analisi condotte sui risultati del 2005 per verificare il livello di correlazione tra aspetti relazionali, competenza professionale, aspetti organizzativi e la soddisfazione globale nei servizi territoriali, è emerso che la componente umana e relazionale influenza la percezione complessiva in alcuni servizi più che in altri. In particolare si è osservato che la soddisfazione complessiva è fortemente correlata agli aspetti relazionali dell'assistenza soprattutto per il servizio di medicina generale, dato il rapporto fiduciario di medio lungo termine che il medico di famiglia instaura con i propri assistiti.

Figura 6.1
Distribuzione percentuale della valutazione complessiva del servizio di medicina di base per Azienda USL di residenza



La competenza professionale, così come percepita dal paziente, dipende soprattutto da come il medico comunica con l'utente: l'analisi evidenzia appunto una forte correlazione tra la soddisfa-

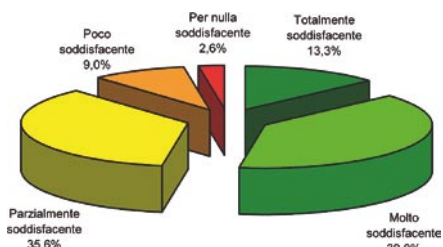
ne per la professionalità del medico e quella per la chiarezza delle spiegazioni fornite o la gentilezza mostrata nel corso delle visite⁴.

Nell'ambito delle indagini qualitative relative ai pazienti del percorso oncologico la valutazione del medico di famiglia è risultata più variegata. Circa la metà dei partecipanti ai focus group hanno evidenziato rilevanti criticità relativamente alla presa in carico del paziente da parte del medico di famiglia quando la patologia è complessa. Le difficoltà derivano dalla mancanza di tempo e attenzione da parte del medico a seguire casi complessi e spesso anche dalle sue competenze percepite come non adeguate al caso.

Diversa è la situazione se si valuta il servizio dal punto di vista organizzativo. I livelli di soddisfazione peggiorano quando all'utente è chiesto di esprimersi sull'organizzazione e sui tempi d'accesso all'ambulatorio (Fig. 6.2): la percentuale delle persone totalmente e molto soddisfatte si riduce, mentre aumentano sensibilmente i giudizi di soddisfazione parziale (35,6%).

Figura 6.2

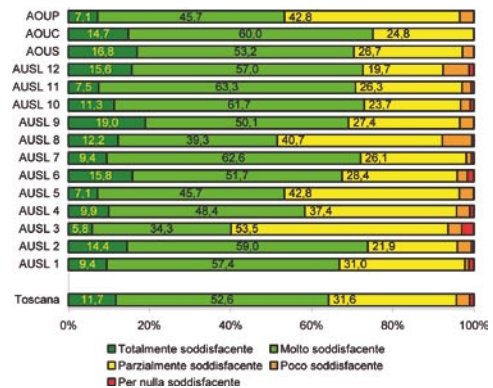
Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione per l'organizzazione e i tempi di accesso agli ambulatori della medicina di base



I cittadini toscani che hanno effettuato visite specialistiche presso una delle strutture delle AUSLI e delle AOU toscane hanno dato al servizio complessivo un giudizio molto positivo: l'11,7% si è dichiarato totalmente soddisfatto, mentre ben il 52,6% ha giudicato il servizio molto soddisfacente (Fig. 6.3).

Figura 6.3

Distribuzione percentuale della valutazione complessiva del servizio di medicina specialistica per AUSL/AOU di erogazione del servizio



Nella valutazione del servizio si evidenziano alcune criticità nei confronti di particolari aspetti del processo organizzativo: ad esempio il tempo atteso tra la prenotazione e il giorno della prestazione. Seppur il 33,4% e 31,5% degli utenti si ritenga molto e parzialmente soddisfatto, oltre un quarto dei cittadini campionati giudica il tempo atteso poco o per nulla soddisfacente (Fig. 6.4).

Nel corso della stessa indagine è stato chiesto ai cittadini toscani di rispondere anche a quesiti relativi all'erogazione di prestazioni diagnostiche,

quali, ad esempio, esami del sangue, ecografie, raggi X, TAC, ecc., escludendo quegli esami effettuati durante eventuali ricoveri ospedalieri e donazioni di sangue.

Il servizio nel suo complesso soddisfa totalmente una percentuale di utenti molto ampia: il 12,5% e il 56,6% del campione è totalmente e molto soddisfatto del servizio, contro un 28,3% di cittadini parzialmente soddisfatti (Fig. 6.5).

Figura 6.4
Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione riguardo alle liste d'attesa della medicina specialistica

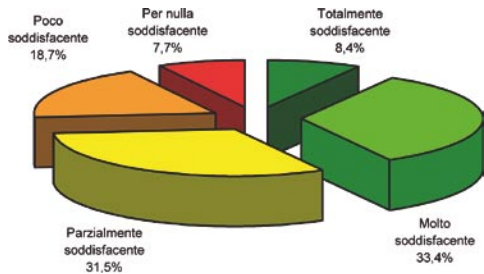
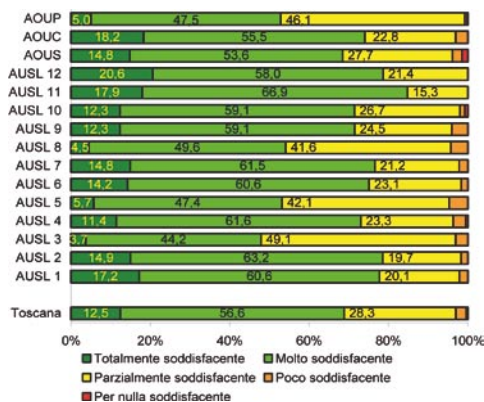
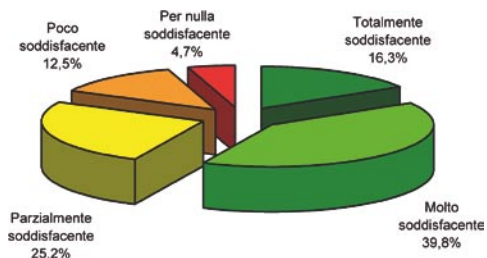


Figura 6.5
Distribuzione percentuale della valutazione complessiva dei servizi diagnostici per AUSL/AOU di erogazione del servizio



Anche nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche il tempo trascorso dalla prenotazione alla prestazione costituisce un punto di debolezza del servizio. Gli utenti con un basso livello di soddisfazione sono circa il 18% degli intervistati a cui si aggiunge il 25,2% di utenti parzialmente soddisfatti (Fig. 6.6).

Figura 6.6
Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione per i tempi di attesa degli esami diagnostici

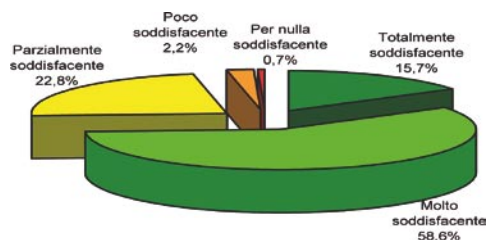


Giudizi molto positivi sono, invece, espressi a favore del personale sanitario che esegue le prestazioni diagnostiche. Alla domanda "Come valuta l'accuratezza e la competenza nel fornire la prestazione?", il 74,3% del campione ha risposto di essere totalmente e molto soddisfatto (Fig. 6.7).

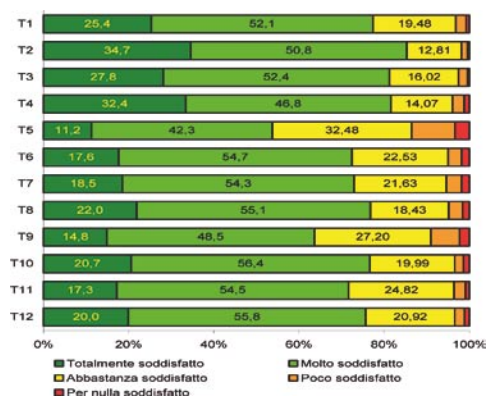
Nella Tabella 6.1 e nella Figura 6.8 si riportano i risultati medi regionali di maggiore rilevanza relativi alle domande più significative del questionario somministrato nel corso dell'indagine. Ancora emerge che gli aspetti organizzativi sono quelli per i quali si registra il più basso livello di soddisfazione.

Figura 6.7

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione per l'accuratezza e le competenze del personale impegnato nelle strutture diagnostiche

**Figura 6.8**

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione relativo agli item elencati in Tabella 6.1 sui servizi assistenziali territoriali

**Tabella 6.1**

Alcuni item di soddisfazione del questionario sui servizi assistenziali territoriali

Item - Indagine sul territorio	
MMG	
T ₁	Spiegazioni riguardo la salute ed eventuali terapie o esami da effettuare
T ₂	Disponibilità all'ascolto e la gentilezza
T ₃	Disponibilità-capacità del MMG ad indirizzare verso altri servizi sanitari
T ₄	Disponibilità ad effettuare visite a casa
SPECIALISTICA	
T ₅	Modalità di prenotazione e gli orari di apertura dell'ambulatorio
T ₆	Accuratezza e la competenza dello specialista nel fornire la prestazione
T ₇	Spiegazioni fornite dallo specialista
T ₈	Disponibilità all'ascolto e la gentilezza dello specialista
DIAGNOSTICA	
T ₉	Modalità di prenotazione e gli orari di apertura del servizio diagnostica
T ₁₀	Gentilezza del personale
T ₁₁	Condizioni degli ambienti
T ₁₂	Tempi di consegna dei risultati

I SERVIZI DEL PERCORSO MATERNO-INFANTILE

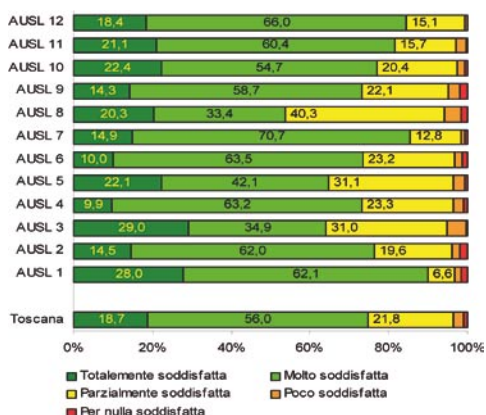
La Regione Toscana e tutti i soggetti del sistema sanitario regionale hanno dedicato in questi ultimi anni particolare attenzione al *percorso nascita* prevedendo iniziative di vario tipo al fine di migliorare i servizi e di avvicinarli alle esigenze delle donne e dei bambini appena nati.

L'indagine relativa al percorso materno-infantile condotta nel 2004-2005^{5,6} aveva come obiettivi d'indagare la qualità percepita dalle utenti relativamente ai servizi offerti, nonché di verificare se i servizi erogati all'interno del percorso seguito dalla donna erano coerenti con gli indirizzi regionali in materia. La popolazione obiettivo è stata riferita a tutte le donne che hanno goduto dell'assistenza pree postparto presso la AUSL di residenza. La rilevazione è avvenuta in due momenti differenti: nel 2004 coinvolgendo le neo mamme assistite nel percorso presso le AUSL 3 di Pistoia, 5 di Pisa

e 8 di Arezzo, con una popolazione di riferimento di 997 donne contro le 889 a cui è stato poi possibile somministrare il questionario. Nel 2005 la rilevazione è stata estesa anche alle utenti dei percorsi nascita delle altre aziende sanitarie territoriali della Toscana (AUSL 1 di Massa e Carrara, 2 di Lucca, 4 di Prato, 6 di Livorno, 7 di Siena, 9 di Grosseto, 10 di Firenze, 11 di Empoli e 12 di Viareggio), con la partecipazione di 2.831 donne rispetto ai 3.874 contatti disponibili. Il questionario somministrato è stato strutturato in modo da consentire un monitoraggio del percorso in tutte le sue fasi (preparto, parto e postparto), ricorrendo a quesiti di soddisfazione (*rating*) e d'esperienza (*reporting*), questi ultimi più diretti e in grado di rilevare specifici aspetti del servizio. I temi trattati sono molteplici: corso di preparazione al parto, umanizzazione (*rooming-in* ecc.), allattamento (durante il ricovero e nel periodo successivo al rientro a casa), assistenza ginecologica e pediatrica domiciliare, supporto psicologico nelle fasi successive alla dimissione ecc. La domanda *“Riguardo all'intero percorso materno-infantile, dal momento della gravidanza, alla nascita, al periodo dopo il parto, quanto si ritiene soddisfatta dell'assistenza sanitaria ricevuta?”*, posta a chiusura del questionario, ha consentito di sintetizzare il livello di soddisfazione delle donne intervistate. Come mostra il grafico, i giudizi sono molto positivi a livello regionale per le singole aziende. Le donne toscane che nel corso della gravidanza e successivamente al parto beneficiano dell'assistenza sanitaria pubblica

giudicano i servizi nel complesso molto soddisfacenti nel 56% dei casi e totalmente soddisfacenti nel 18,7% (Fig. 6.9).

Figura 6.9
Distribuzione percentuale della valutazione complessiva del percorso nascita per AUSL di residenza



In generale, le donne sono un po' più soddisfatte degli aspetti indagati nella fase del preparto piuttosto che del parto. Ad esempio, risultano soprattutto soddisfatte delle informazioni ricevute durante il corso di preparazione al parto a proposito del travaglio e del parto. I giudizi positivi sono elevatissimi: il 14,7% dichiara di essere totalmente soddisfatto e il 71,5% molto soddisfatto (Fig. 6.10).

Con le delibere DGR N.555/2004 e N.784/2004 e il PSR 2005-2007 sono stati definiti gli indirizzi per le aziende sanitarie relativamente alla tutela della donna all'assistenza ostetrica nel "percorso nascita", con un focus chiaro su aspetti quali l'umanizzazione, l'allattamento e il coordinamento.

Tutti questi temi sono stati oggetto di rilevazione nel corso dell'indagine

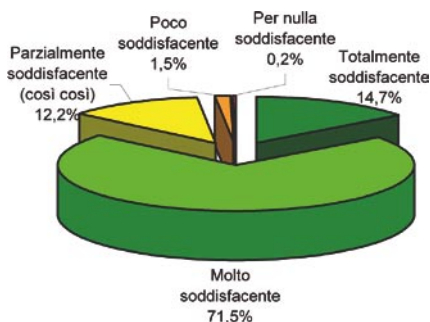
Tabella 6.2

Alcuni item di soddisfazione del questionario sui servizi del percorso nascita

Item - Indagine Percorso MI	
M ₁	Come valuta le competenze professionali dimostrate durante il ricovero dai medici?
M ₂	Come valuta le competenze professionali dimostrate durante il ricovero dagli infermieri?
M ₃	Come valuta la disponibilità e cortesia dimostrate durante il ricovero dai medici?
M ₄	Come valuta la disponibilità e cortesia dimostrate durante il ricovero dagli infermieri?
M ₅	Come valuta il comfort e adeguatezza delle infrastrutture (sala travaglio, nido...)?

Figura 6.10

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione per le informazioni ricevute sul travaglio e sul parto durante il corso di preparazione alla nascita



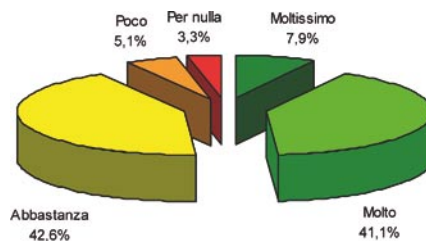
condotta nel 2004-2005 ed è emerso che il coordinamento tra gli operatori impegnati nell'intero percorso risulta essere uno degli elementi di maggiore criticità del percorso. Alla domanda *“Ritiene che ci sia coordinamento tra gli operatori sanitari nelle varie fasi del percorso?”* ben il 42,6% (Fig. 6.11) delle donne intervistate risponde di essere parzialmente soddisfatta contro una percentuale di utenti molto e totalmente soddisfatte che continua ad essere ampia (49%).

Questo evidenzia quanto sia importante ancora lavorare sul coordinamento e l'integrazione tra gli operatori di questo percorso assistenziale.

Nella Tabella 6.2 e nella Figura 6.12 è possibile osservare i risultati medi regio-

Figura 6.11

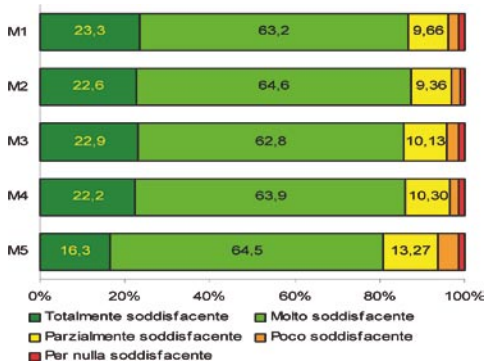
Distribuzione percentuale della percezione del livello di coordinamento tra gli operatori del percorso nascita



nali che si sono registrati per le domande di soddisfazione più significative del questionario somministrato alle utenti del percorso. Ancora una volta è emerso che le competenze professionali, la disponibilità e la cortesia del personale medico infermieristico soddisfano positivamente le utenti.

Figura 6.12

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione relativo agli item elencati in Tabella 6.2 sui servizi del percorso nascita



IL PERCORSO EMERGENZA NELLE AZIENDE USL TOSCANE⁷

Sia nel 2005 che nel 2006 è stata realizzata l'indagine rivolta agli utenti del pronto soccorso della Regione Toscana con l'intento di monitorare il livello di soddisfazione degli utenti e di verificare l'effetto di eventuali azioni di miglioramento promosse sulla base dei risultati dell'indagine precedente⁸.

Il campione ogni anno è stato estratto dal database dei pazienti che hanno avuto accesso al pronto soccorso della regione Toscana nel mese oggetto di indagine, ottobre per il 2005 e settembre per il 2006. Prima dell'estrazione del campione, dalla lista campionaria sono stati eliminati i nominativi di quei pazienti che nelle tre settimane di reclutamento non hanno rilasciato il proprio consenso al trattamento dei dati.

Il campione di 5921 pazienti, significativo per azienda, è stato stratificato per pronto soccorso e per il codice colore assegnato al triage. Nella definizione della numerosità campionaria è stato assicurato per ciascun pronto soccorso un numero di interviste proporzionale al numero di accessi registrati nel periodo di reclutamento.

Gli intervistati hanno risposto telefonicamente a quesiti sul percorso (qualità dell'assistenza, qualità organizzativa, tempi d'attesa, ruolo del triage, controllo del dolore), sull'accoglienza e sul rispetto della privacy, sul rapporto paziente-personale sanitario (medico/infermieristico) ecc.

Figura 6.13a

Distribuzione percentuale della valutazione complessiva del percorso emergenza, anni 2004-2005 e confronto 2006

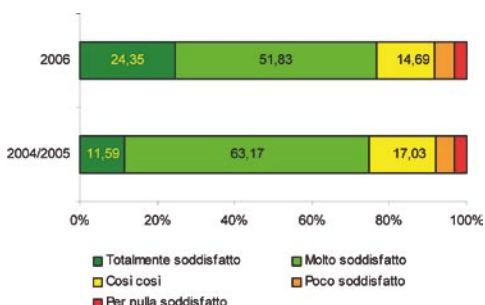
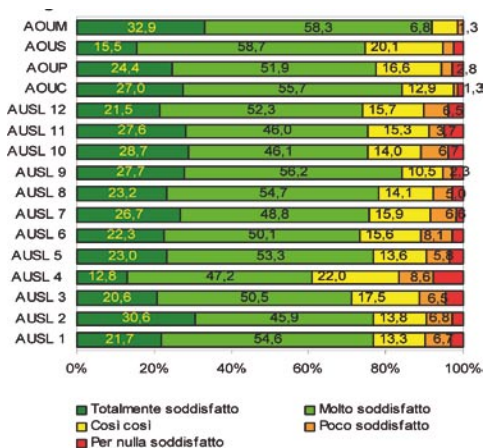


Figura 6.13b

Distribuzione percentuale della valutazione complessiva del percorso emergenza nelle AUSL/AOU di erogazione del servizio, anno 2006



La somministrazione del questionario, avvenuta a distanza di circa quattro settimane dal contatto con le strutture d'emergenza, è stata condotta secondo metodologia CATI ad opera di un gruppo di operatori appositamente formato dal Laboratorio Management e Sanità.

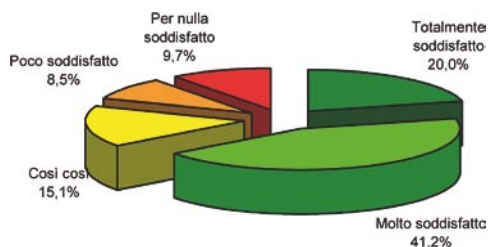
I risultati del 2006 evidenziano che rispetto all'edizione precedente i citta-

dini dichiarano di essere più soddisfatti della qualità globale del servizio: il 76% degli utenti dei pronto soccorso toscani giudica le prestazioni erogate totalmente e molto soddisfacenti, mentre solo nel 5,1% e nel 4% dei casi il servizio risulta poco o per nulla soddisfacente (Fig. 6.13a e Figura 6.13b).

Si sono registrati giudizi negativi più consistenti quando, invece, è stato chiesto ai pazienti: "Come valuta l'attenzione a Lei dedicata dal personale sanitario per cercare di controllare/attenuare il dolore?". Oltre il 20% degli intervistati che provava dolore durante la degenza in pronto soccorso dice di essere poco o per nulla soddisfatto dell'attenzione dedicatagli nel controllarlo o attenuarlo e a loro si aggiunge un 15,2% di pazienti soddisfatti solo in parte (Fig. 6.14).

Figura 6.14

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione sulla gestione del dolore nel percorso emergenza



Il livello di soddisfazione cresce quando i pazienti rispondono a quesiti sul rapporto con i medici e gli infermieri (Fig. 6.15).

Migliorano rispetto al 2004/2005 i giudizi di soddisfazione sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico, ma,

come mostra il grafico che segue, continuano ad essere numerosi i pazienti che si dichiarano poco o per nulla soddisfatti (Fig. 6.16a e Figura 6.16b).

Figura 6.15

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione sulla professionalità del personale medico, anni 2004-2005 e confronto 2006

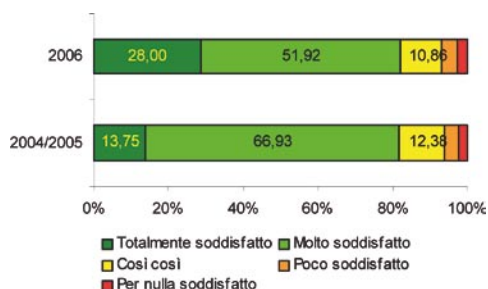
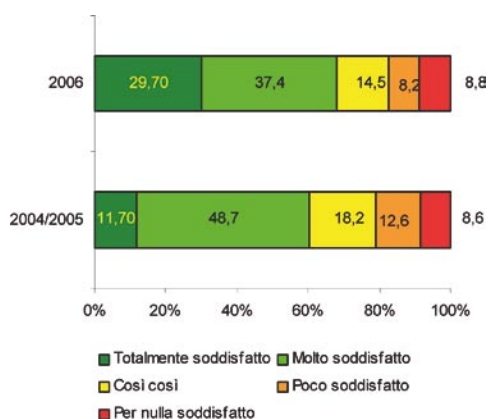


Figura 6.16a

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico, anni 2004-2005 e confronto 2006



Dall'indagine 2006 risulta interessante che, se il personale durante il periodo di attesa dopo il triage e prima della visita del medico e del trattamento ha modo di relazionarsi con l'utente e di rassicu-

rarlo, la percezione di soddisfazione aumenta nettamente, evidenziando quanto sia importante il processo di comunicazione e informazione per i cittadini. Nella Figura 6.17 infatti si evidenzia che solo il 33% degli utenti è stato rassicurato dal personale sanitario durante il periodo di attesa.

Figura 6.16b

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico nelle AUSL/AOU di erogazione del servizio, anno 2006

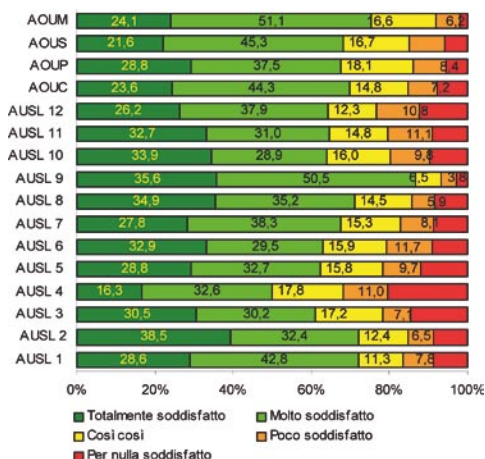
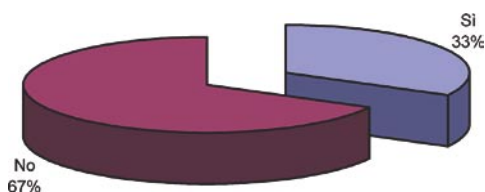


Figura 6.17

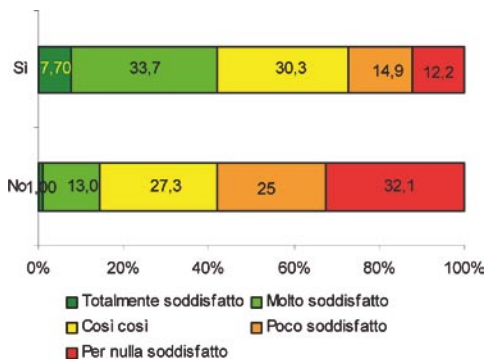
“Durante il tempo di attesa è stato rassicurato e aiutato dal personale dedicato?”, anno 2006



Gli utenti rassicurati dal personale sanitario risultano, come dalla Figura 6.18, assai più soddisfatti relativamente ai tempi di attesa, ritenuti più accettabili.

Figura 6.18

“Qual è il suo giudizio sul tempo atteso prima di essere visitato dal medico?” - Distribuzione percentuale per rassicurazione e aiuto da parte del personale dedicato durante il tempo di attesa



Sempre relativamente ai processi di informazione e comunicazione appare significativa la percentuale bassa di utenti che erano a conoscenza del proprio codice colore. Nella maggior parte dei casi, per qualsiasi codice colore, l'utente dichiara di non conoscerlo nel 50% dei casi e nei restanti spesso il codice che pensa di avere non è quello che gli è stato assegnato. Considerando che la conoscenza del codice è un presupposto fondamentale per l'utente per avere consapevolezza del proprio stato di salute e del percorso assistenziale che lo attende, si ribadisce l'importanza di puntare sul rafforzamento della fase di accoglienza dell'utente nel pronto soccorso e sui processi di comunicazione ancora troppo limitati e spesso poco chiari (Tab. 6.3).

I risultati delle domande riportate nella Tabella 6.4 e nella Figura 6.19 confermano che anche tra gli utenti del

Tabella 6.3

Distribuzione percentuale dei pazienti che conoscono il codice colore assegnatogli al triage

		Codice colore dichiarato dall'utente durante l'intervista					
		Rosso	Giallo	Verde	Azzurro	Bianco	Non so/non mi è stato comunicato
codice colore vero (da sistema informativo aziendale)	Rosso	40,63	3,13	3,13	3,13	0,00	50,00
	Giallo	9,35	26,15	5,21	0,71	0,59	57,99
	Verde	2,05	5,49	29,56	2,22	2,84	57,84
	Azzurro	0,87	2,24	7,64	27,25	9,73	52,27
	Bianco	0,54	1,61	7,50	6,96	34,11	49,29

Tabella 6.4

Alcuni item di soddisfazione del questionario sui servizi del percorso emergenza

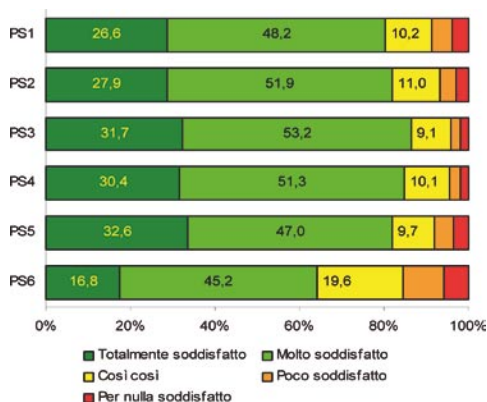
Item - indagine sul percorso emergenza	
PS ₁	Come valuta la capacità del personale infermieristico di comprendere all'arrivo al Pronto Soccorso la gravità del suo problema di salute? (assegnando il codice corretto per il suo problema)
PS ₂	Come valuta la professionalità e l'accuratezza nelle visite del personale medico?
PS ₃	Come valuta la cortesia/gentilezza del personale medico?
PS ₄	E la cortesia/gentilezza del personale infermieristico?
PS ₅	Come valuta le informazioni fornite dai medici riguardo il Suo stato di salute in termini di chiarezza e di completezza?
PS ₆	Come valuta l'organizzazione del Pronto Soccorso nel suo complesso?

pronto soccorso gli aspetti organizzativi producono bassi livelli di soddisfazione.

L'ESPERIENZA DEI PAZIENTI RICOVERATI NEGLI OSPEDALI TOSCANI⁹

Figura 6.19

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione relativo agli item in Tabella 6.4 sui servizi del percorso emergenza



Il ricovero ospedaliero ordinario rimane uno dei servizi sanitari fondamentali per il cittadino.

Nel 2006 è stata realizzata la prima indagine presso gli utenti toscani che si prevede di ripetere nel 2008¹⁰.

La popolazione-obiettivo ha avuto come riferimento tutti i degenti in regime ordinario ricoveranti presso le strutture ospedaliere delle aziende sanitarie toscane, territoriali e ospedaliero-universitarie, nel periodo 14 settembre - 14 novembre 2006.

Non sono confluiti nella lista dei pazienti campionabili i ricoverati presso le

unità operative di terapia intensiva, rianimazione e quanti nel corso del reclutamento hanno esplicitamente dichiarato di non voler partecipare all'indagine.

Il campione, stratificato per presidio, assicura una significatività statistica a livello aziendale $P=0,05$ e una precisione delle stime $D=0,05$.

Le interviste, condotte con metodologia CATI dal gruppo di rilevazione del Laboratorio Mes, si sono svolte a partire dal 24 novembre 2006 fino al 15 gennaio 2007, con un numero complessivo di questionari compilati pari a 5.847.

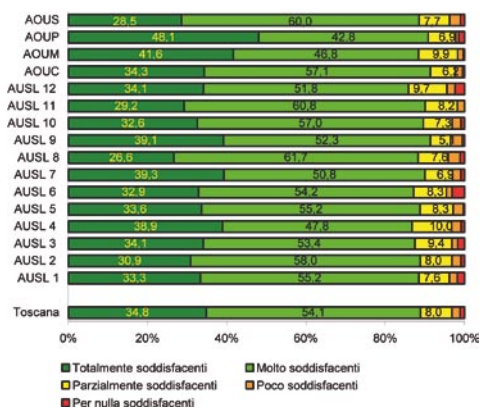
Il questionario somministrato nel corso dell'indagine ha consentito di ripercorrere l'intera esperienza vissuta dai degenti, dall'ingresso nella struttura fino al momento della dimissione, rilevando molteplici aspetti del servizio, quali, ad esempio:

- la qualità dell'assistenza (qualità delle cure prestate, cortesia, gentilezza e professionalità del personale medico e infermieristico);
- l'organizzazione del servizio (accoglienza, coordinamento tra ospedale e medico di famiglia ecc.);
- la comunicazione sanitaria (informazioni cliniche e partecipazione);
- l'umanizzazione (in termini di empatia e partecipazione);
- l'ambiente e il comfort ospedaliero (pulizia degli spazi, qualità del cibo offerto ecc.).

Alla domanda "Come valuta complessivamente le cure che le sono state prestate?", ben il 34,8% degli ospiti delle strutture ospedaliere toscane ha rispo-

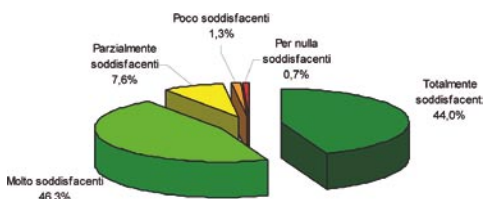
sto di essere totalmente soddisfatto e il 54,1% molto soddisfatto (Fig. 6.20).

Figura 6.20
Distribuzione percentuale della valutazione sulle cure prestate nel servizio di ricovero ospedaliero ordinario per AUSL/AOU di erogazione del servizio



Molto positiva la valutazione della cortesia e disponibilità del personale medico: il 90% dei degenti campionati ha giudicato questo aspetto del rapporto medico-paziente totalmente e molto soddisfacente (Fig. 6.21).

Figura 6.21
Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione su cortesia e disponibilità del personale medico ospedaliero



Malgrado il generale livello elevato di gradimento rimane ancora un numero considerevole di pazienti che non si è

Tabella 6.5

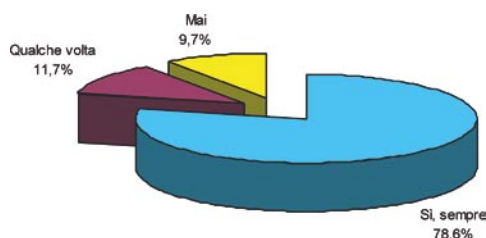
Alcuni item di soddisfazione del questionario sul servizio di ricovero ospedaliero ordinario

Item rating - indagine sul servizio di ricovero ospedaliero ordinario	
R ₁	Come valuta la completezza delle informazioni ricevute al momento del ricovero in ospedale?
R ₂	Come valuta la cortesia e la disponibilità del personale infermieristico?
R ₃	Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale medico?
R ₄	Come valuta l'accuratezza dell'assistenza sanitaria ricevuta dal personale infermieristico?
R ₅	Come valuta l'organizzazione dell'orario delle visite dei familiari?
R ₆	Come valuta la pulizia degli spazi messi a sua disposizione durante la degenza?
R ₇	Come valuta la gradevolezza del cibo che le è stato offerto in reparto?
R ₈	Come valuta il confort della sua camera (letto, temperatura, ecc...)?
R ₉	Come valuta l'organizzazione del reparto nel suo complesso?
R ₁₀	Come valuta complessivamente l'esperienza di ricovero rispetto alle sue aspettative iniziali?

sentito protagonista del proprio processo di cura. Infatti, alla domanda “*Si è sentito coinvolto dalle decisioni relative alle cure e ai trattamenti che la riguardavano?*”, 11,7 pazienti su cento hanno risposto “qualche volta” e il 9,7% “mai” (Fig. 6.22).

Figura 6.22

Distribuzione percentuale del livello di partecipazione degli utenti al percorso di cura ospedaliero



Quando ai degenti è stato chiesto “*Le è capitato che i medici che l'hanno seguita le abbiano dato pareri diversi sul suo stato di salute e sui trattamenti da seguire?*”, oltre l'86% del campione regionale ha risposto “*mai*” (Fig. 6.23).

Nella Tabella 6.5 e nella Figura 6.24 sono riportati i risultati relativi ad alcu-

ne domande di soddisfazione poste ai degenti ospedalieri i quali dichiarano un minor livello di soddisfazione per gli aspetti del comfort e dell'ambiente, in particolare la gradevolezza del cibo che risulta inadeguata, e un'ampia soddisfazione per la cortesia e la disponibilità del personale medico e infermieristico.

L'esperienza dei pazienti, come sintetizzata dai quesiti riportati nella Tabella 6.6 e nella Figura 6.25, spesso evidenzia alcune carenze del servizio nel coordinamento e nella comunicazione sanitaria, che risulta unidirezionale e poco partecipativa.

Figura 6.23

Distribuzione percentuale della percezione del coordinamento tra medici nel servizio di ricovero ospedaliero

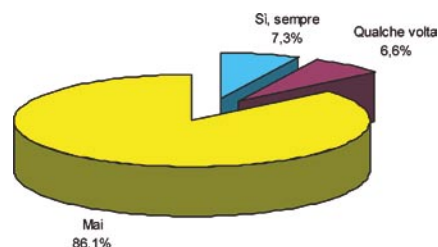


Figura 6.24

Distribuzione percentuale del livello di soddisfazione relativo agli item elencati in Tabella 6.5 sul servizio di ricovero ospedaliero

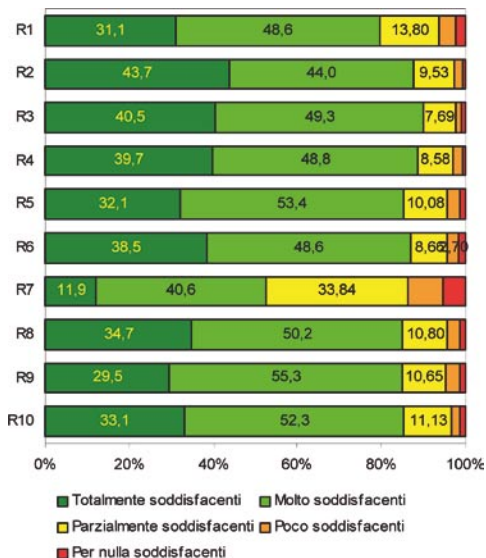


Figura 6.25

Distribuzione percentuale della percezione relativa agli item elencati in Tabella 6.6 sul servizio di ricovero ospedaliero

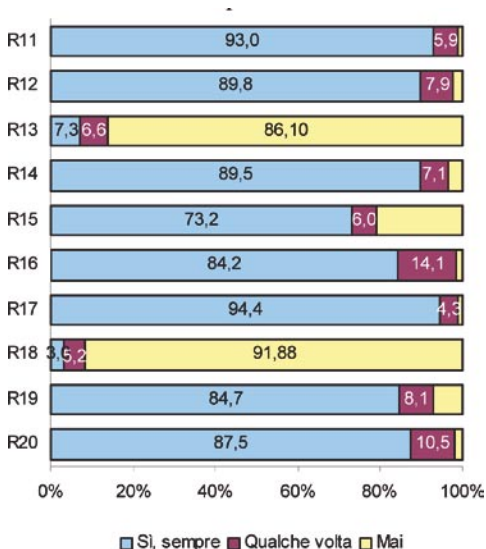


Tabella 6.6

Alcuni item d'esperienza del questionario sul servizio di ricovero ospedaliero ordinario

Item reporting- Indagine sul servizio di ricovero ospedaliero ordinario	
R ₁₂	Si è sentito a suo agio nel parlare dei suoi problemi di salute con i medici e gli infermieri?
R ₁₃	Ritiene di essere stato adeguatamente informato sulle sue condizioni di salute e sui trattamenti necessari?
R ₁₄	Le è capitato che i medici che l'hanno seguita le abbiano dato pareri diversi sul suo stato di salute e sui trattamenti da seguire?
R ₁₅	Le è sembrato che il personale che l'ha seguita durante il ricovero conoscesse la sua storia di ricovero e la sua situazione clinica?
R ₁₆	Ha ricevuto dai medici informazioni circa gli eventuali rischi legati alle cure e circa le eventuali alternative possibili?
R ₁₇	Ritiene che ci sia stata sufficiente comunicazione tra il personale che si è preso cura di lei circa le sue condizioni di salute?
R ₁₈	Ritiene che le visite e i colloqui sul suo stato di salute con il personale sanitario si siano svolti nel rispetto della riservatezza?
R ₁₉	Durante la sua degenza ha avuto la sensazione di non essere considerato come una persona?
R ₂₀	Durante il suo ricovero il personale sanitario le ha chiesto se provava dolore?
R ₂₁	Gli orari di distribuzione del cibo sono stati adeguati alle sue necessità?

I PAZIENTI DEL PERCORSO ONCOLOGICO

Nel 2005 è stata condotta una indagine qualitativa volta a valutare l'adeguatezza del percorso assistenziale pensato per i malati oncologici e in particolare la presa in carico del paziente secondo quelli che erano i vigenti indirizzi regionali¹¹; al tempo stesso l'indagine ha dato ai pazienti la possibilità di esprimere il proprio livello di soddisfazione sull'assistenza ricevuta nel percorso di cura¹².

Gli obiettivi della rilevazione possono esplicitarsi in modo più chiaro nei seguenti punti:

- percezione della qualità clinica nelle diverse fasi del percorso (diagnosi, intervento, terapia);
- livello di coordinamento nelle diverse fasi del percorso e ruolo svolto dall'Accoglienza ITT;
- sostegno psicologico ricevuto;
- aspetti logistici;
- rapporto paziente-personale sanitario;
- processi di comunicazione sanitaria e consenso informato;
- ruolo del MMG all'interno del percorso e presa in carico del paziente.

Per la rilevazione è stata utilizzata la tecnica del *focus group*, che consente di intervistare contemporaneamente 7/12 persone, coordinate nella discussione da un facilitatore, in genere uno psicologo esperto nella conduzione di focus. La scelta di questo strumento è stata condizionata dalla necessità di coinvolgere un

gruppo di utenti con alle spalle una storia clinica complessa, non sintetizzabile con un'intervista strutturata, come nel caso delle indagini quantitative condotte telefonicamente con la compilazione di un questionario a domande chiuse.

La tecnica del *focus group* consente, infatti, grazie alla sua flessibilità, di poter rilevare senza vincoli formali una molteplicità di contenuti. Nel corso della stessa discussione i partecipanti possono mettere in risalto aspetti del servizio per loro rilevanti, conducendo il dibattito anche in direzioni diverse da quelle inizialmente definite. Al termine del dibattito i partecipanti sintetizzano per ciascun argomento affrontato una valutazione collegiale.

La varietà e molteplicità di contenuti affrontati nel corso dell'incontro costituiscono una fonte di informazioni utili nella gestione del servizio, anche se non statisticamente significative, perché riconducibili all'esperienza di un numero di utenti non sufficientemente rappresentativo della popolazione di pazienti a cui appartengono.

I risultati dei colloqui, una volta analizzati e valutati, consentono di approfondire la conoscenza di determinati fenomeni, cercare di comprendere le radici di eventuali problemi emersi e raccogliere l'opinione che i pazienti hanno del servizio.

I focus sono stati condotti in tutte le AUSL della Regione Toscana: nel 2004 presso le Aziende territoriali di Pistoia, Pisa e Arezzo e l'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana e nel 2005 presso le restanti Aziende territoriali.

I criteri di selezione vincolanti per la partecipazione al focus erano:

- residenza nella AUSL in cui avveniva la rilevazione;
- cittadinanza italiana;
- precedente ricovero con intervento chirurgico nelle strutture della stessa Azienda.

Ad esempio, i focus del 2005 sono avvenuti nei mesi di maggio e giugno e hanno visto la partecipazione di utenti residenti o assistiti presso l'azienda oggetto di monitoraggio nel secondo semestre del 2004.

Non costituivano un criterio vincolante il presidio di ricovero, l'età, il sesso, il codice di diagnosi principale e il codice procedura-intervento.

Una volta definiti i criteri di selezione dei pazienti e condiviso con i responsabili del Centro oncologico di riferimento dipartimentale (CORD) - Accoglienza ITT, il metodo di ricerca e lo strumento, le singole Aziende hanno proceduto all'estrazione di un campione di pazienti da una lista di individui che rispondevano ai requisiti richiesti. I pazienti sono stati contattati telefonicamente dal personale del CORD-Accoglienza ITT che ha proposto loro la partecipazione al progetto. Al momento dell'incontro, ai pazienti intervenuti è stato spiegato il senso dell'iniziativa e le modalità che sarebbero state seguite nell'elaborazione dei dati, nel rispetto di quanto previsto dal Testo unico 196/2003 in materia di privacy. I focus si sono svolti nei locali delle aziende, ma non presso i reparti in cui i pazienti erano stati ricoverati.

Dall'analisi di quanto emerso nel corso dei vari incontri condotti in tutte le AUSL, si può concludere che al tempo della rilevazione esistevano rilevanti differenze tra le realtà locali per tutti i punti oggetto di valutazione.

In generale, i pazienti valutano positivamente la fase dello screening, in termini di qualità e attenzione dedicata dal personale sanitario. Apprezzano inoltre il ruolo e i servizi offerti dal CORD nelle Aziende in cui era presente, tuttavia ne evidenziano la mancanza di coordinamento nelle diverse fasi del percorso. Piuttosto critico è anche il processo di comunicazione. Alcuni pazienti raccontano di essere lasciati soli davanti a decisioni importanti che riguardavano la terapia senza essere supportati con sufficienti informazioni. Infine, emerge ancora come elemento di criticità la presa in carico del paziente da parte del MMG.

Questi risultati evidenziano una serie di bisogni non soddisfatti che riguardano appunto la gestione e il coordinamento del percorso assistenziale e l'erogazione delle prestazioni mediche per le quali non era prevista una programmazione che tenesse conto delle esigenze del paziente. Risultavano ancora inadeguato il processo di comunicazione e informazione al paziente e il supporto psicologico offerto.

Dal 2005 ad oggi molto è già stato fatto nelle aziende. A seguito delle rilevazioni e sulla base di quanto emerso, le aziende, grazie al coordinamento dell'ITT, hanno pianificato una serie di interventi di miglioramento orientati alla

definizione di protocolli, alla riduzione delle liste d'attesa e all'attuazione di percorsi formativi sulle tecniche relazionali e di comunicazione.

CONCLUSIONI

In sintesi la valutazione complessiva dei cittadini toscani sui servizi di ricovero, pronto soccorso, servizi territoriali appare positiva e in miglioramento. Merita una riflessione particolare la presenza di cittadini che invece di dare un giudizio prudenzialmente intermedio, si dichiarano totalmente soddisfatti o insoddisfatti. Prendere posizione netta è tipico dei servizi alla persona dove la sfera emotiva dell'utente è assai più coinvolta rispetto ad altri servizi o beni. I cittadini totalmente soddisfatti sono in numero nettamente superiore. Si tratta di persone che riconoscono nel servizio ricevuto e nel rapporto avuto con gli operatori un trattamento personalizzato e attento alle esigenze del paziente. Vi sono però anche utenti, soprattutto nella valutazione del pronto soccorso, che si dichiarano totalmente insoddisfatti. Sono probabilmente persone che hanno avuto esperienze difficili e che saranno portate a raccontare spesso la propria storia con un effetto assai più pervasivo rispetto alle "buone storie". In questo senso appare condivisibile l'orientamento regionale che richiede, tra gli obiettivi di performance assegnati alle aziende, di aumentare il livello di qualità dei servizi di emergenza per una maggiore soddisfazione dei cittadini ma anche quello di eliminare le situazioni

e condizioni che possono determinare esperienze "disastrose", causa dei giudizi nettamente negativi di alcuni utenti.

NOTE

¹ S. Nuti, "Il sistema di valutazione delle AUSL toscane" in *Il Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie Toscane*, a cura di Stefano Baraldi, ed. McGraw-Hill, Milano, 2005.

² *Le indagini di soddisfazione sono state condotte dal gruppo di ricerca del Laboratorio Mes coordinato dalla prof.ssa Sabina Nuti e composto da: Manuela Furlan, Milena Vainieri, Linda Marcacci, Anna Maria Murante, Fabio Ferretti, Chiara Seghieri, Sara Barsanti, Elisabetta Felloni, Annalisa Brambini, Domenico Cerasuolo, Claudia Bassani, Lucilla Carta e Cristina Renzi.*
Nel 2004 e 2005 il Settore Sistema Statistico regionale, nelle persone di Paola Baldi, Claudia Daurù, Lucia Del Grosso, Marco Incerpi, ha curato la strategia di campionamento, la rilevazione telefonica e la validazione dell'archivio interviste portate a buon fine.

³ *Dall'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana-2001" dell'Istat emerge che le famiglie italiane senza telefono fisso sono composte per lo più da una sola persona, con un'età che varia dai 25 e ai 44 anni, operai o casalinghe con licenza elementare o diploma di scuola media inferiore.*

⁴ M. Vainieri, "Cosa influenza la soddisfazione dei cittadini toscani nei servizi territoriali di base?", *Salute e territorio*, ETS, Pisa, 2006, 156.

⁵ S. Nuti, S. Barsanti, "L'accesso al percorso materno-infantile", *Salute e territorio, Ets, Pisa, 2006*, 158: 303-315.

S. Nuti, A. Bonini, M. Vainieri, A.M. Murante, "Performance evaluation in the maternity pathway: the Tuscany experience", in corso di pubblicazione.

S.Nuti, S.Barsanti, A.Bonini, A. Campani, D. Cerasuolo, E.Felloni, B. Lupi, C. Renzi, A. M. Murante, S. Pizzini, M. Vainieri. "Il percorso nascita in Toscana: dai dati alle scelte. La valutazione dei risultati delle aziende territoriali toscane"; *Febbraio 2006*; <http://meslab.sssup.it/new/documenti/reporting.pdf>.

⁶ Con la collaborazione del settore Statistico regionale.

⁷ Nel paragrafo si riporta una sintesi dei risultati dell'indagine condotta tra gli utenti del pronto soccorso toscani nel 2005 e nel 2006. Per ulteriori approfondimenti cfr. *Laboratorio Management e Sanità (2007), Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana. Rapporto 2006, Pisa, Edizioni ETS.*

⁸ L'indagine del 2006, coordinata in tutte le sue fasi da Linda Marcacci, ha coinvolto per la parte statistico-metodologica Fabio Ferretti e Chiara Seghieri e il gruppo di rilevazione CATI del Laboratorio Mes. Per le indagini del 2004-2005 il Settore Sistema Statistico regionale ha definito le strategie di campionamento e ha supervisionato l'attività di rilevazione.

⁹ In questo paragrafo si riportano alcuni dei risultati dell'indagine rivolta agli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario

toscani condotta nel 2006. Per ulteriori approfondimenti cfr. *Laboratorio Management e Sanità (2007), Il sistema di valutazione della performance della sanità toscana. Rapporto 2006, Pisa, Edizioni ETS.*

¹⁰ Il team di ricerca è composto da Anna Maria Murante, Fabio Ferretti, Domenico Cerasuolo, Elisabetta Felloni, Lucilla Carta e Claudia Bassani.

¹¹ Cfr. delibera del Consiglio regionale N.18 del 3 febbraio 1998, delibera della Giunta regionale N. 1004 del 10 settembre 2001 e successive.

¹² S. Nuti, L. Marcacci, M. Vainieri, E. Desideri, "How patients' experience helps institutions to improve care in oncological pathway", paper presentato al 13° Convegno internazionale Health Promoting Hospital, Dublino - Maggio 2005.

7. IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE: UN ATTORE IMPORTANTE DEL SISTEMA ECONOMICO TOSCANO (a cura di Irpet)

LA SPESA SANITARIA IN TOSCANA

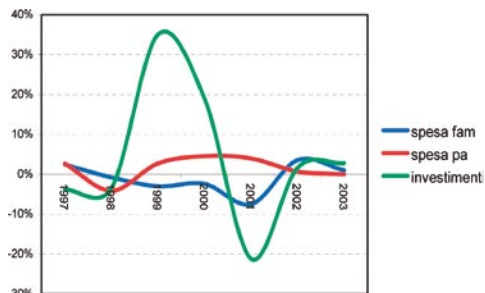
Nel conto risorse impieghi di un sistema economico la domanda finale è l'insieme degli aggregati che misurano l'utilizzo di beni e servizi, distinti comunemente in consumi delle famiglie e della Pubblica amministrazione (PA), investimenti, variazione delle scorte ed esportazioni. Ciascuna di queste componenti ha una sua incidenza sui beni e servizi prodotti e sui redditi generati da tale produzione (la cui somma forma il prodotto interno lordo regionale). Nei consumi finali delle famiglie e della PA e negli investimenti sono presenti anche spese legate al settore sanitario: nel primo caso si tratta di spese correnti distinte in base ai soggetti che le hanno sostenute, gli investimenti sono invece spese in conto capitale utilizzate per acquistare o mantenere le strutture necessarie all'erogazione dei servizi sanitari. Osservando nel tempo la quota di queste spese rispettivamente sul totale di consumi e investimenti, notiamo una spiccata variabilità (Fig. 7.1)

La variazione annua della quota di investimenti passa da +35% a -21%, anche la quota di spesa delle famiglie mostra nel 2001 una riduzione che sfiora il -9% e torna a crescere nel 2002.

Al fine di eliminare la variabilità degli aggregati è preferibile osservare la media triennale (Tab. 7.1).

Figura 7.1

Tassi di variazione annua dei rapporti tra spese nella sanità e rispettivi totali regionali in Toscana



I consumi medi (2002-2004) della PA ammontano a 5.038 milioni di euro, (1.417 euro procapite e 32% della spesa complessiva della PA), si tratta di spese rivolte al settore sanità che le utilizza per l'acquisto di tutti i beni e servizi necessari all'erogazione delle prestazioni sanitarie; includono quindi il costo per i medici di base, per i servizi ospedalieri e specialistici e il costo integrativo per i farmaci prescritti e acquistati dalle famiglie (non vi rientrano le spese sostenute per acquistare beni di investimento).

I consumi medi sanitari delle famiglie ammontano a 1.494 milioni di euro, (420 euro procapite e 2,8% della spesa familiare complessiva) e includono sia le spese delle famiglie sostenute per integrare il contributo pubblico sia quelle per i beni e servizi richiesti direttamente a privati e pagate per intero. Circa il 44% di tali spese è utilizzato per l'acquisto di medicinali prodotti dalla branca chimica, il 51% è costituito da servizi ospedalieri e para-ospedalieri domandati alla sanità, il 4% da apparecchiature domandate al

Tabella 7.1

Spese che coinvolgono il settore sanitario in Toscana e Italia: media triennale 2002-2004 in milioni di euro, media procapite in euro e quota% sul totale delle corrispondenti spese

Spese che coinvolgono il settore sanitario	TOSCANA			ITALIA		
	Media in mln di euro	Media procapite in euro	% su totale	Media in mln di euro	Media procapite in euro	% su totale
Spesa della PA in sanità	5038	1417	32.07%	81954	1411	32.16%
Spesa delle famiglie in sanità	1494	420	2.76%	23467	404	2.96%
Investimenti fissi lordi del settore sanitario	370	104	2.31%	5240	90	2.01%

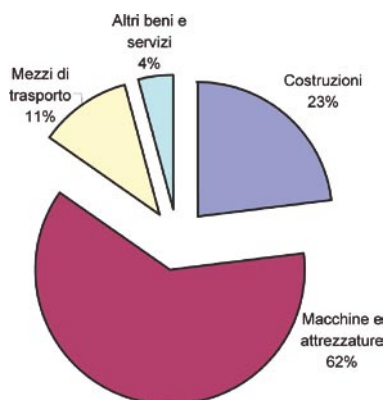
Fonte: Medie su dati Istat 2002 e 2003 e stime Irpet 2004

settore elettronico e il restante 1% da altri beni ad uso sanitario (vestiario, gomma e plastica ecc.) domandati ad altre branche.

Gli investimenti fissi lordi sono spese necessarie alla creazione e al mantenimento delle strutture sanitarie, sostenute per l'acquisto di immobili, arredi, apparecchiature, automezzi e software (sono lordi perché includono la copertura delle spese di ammortamento della sanità).

Figura 7.2

Composizione degli investimenti del settore sanità per tipologia di investimento in Italia nel triennio 2002-2004



In Italia (Fig. 7.2) il 62% degli investimenti è costituito da “macchine e attrezzature” (macchinari elettronici, strutture d'arredo, mobili, elettrodomestici ecc.), il 23% è rappresentato da spese in “costruzioni” per la realizzazione e manutenzione di immobili adibiti ad ospedali, ambulatori e altre strutture sanitarie, l'11% da investimenti in mezzi di trasporto (ambulanze e altri automezzi di servizio), infine il restante 4% è costituito da “altri beni e servizi” come il software, il vestiario (camici, guanti, calzature) e alcuni materiali da ufficio. Queste percentuali risultano particolarmente stabili negli ultimi dieci anni e in Toscana non si discostano da quelle nazionali.

LA VALUTAZIONE DI IMPATTO: LA METODOLOGIA

Esaminati gli elementi della domanda finale che coinvolgono direttamente il settore sanitario, cerchiamo di calcolarne gli effetti sul sistema economico toscano utilizzando le grandezze consuete per la misurazione dell'economia regionale

(produzione, valore aggiunto, prodotto interno lordo - PIL, importazioni, e occupazione)¹. I modelli *input/output* (I/O) permettono di legare la domanda finale, (investimenti e spesa corrente), al PIL, alle importazioni e alle unità di lavoro², visti sia settorialmente che nel loro complesso.

Malgrado una notevole mole di letteratura, l'applicazione dell'analisi I/O ha trovato difficoltà a diffondersi come strumento di programmazione economica e di valutazione degli effetti di spesa pubblica: l'elevato costo di costruzione delle matrici intersettoriali necessarie ad eseguirla hanno indirizzato gli operatori verso metodi più elementari di programmazione basati sul confronto tra i costi dei servizi, e i benefici (non necessariamente quantificabili in misure economiche).

La costante crescita della spesa pubblica, unita ad alcuni esempi di uso inefficiente delle risorse hanno contribuito negli ultimi decenni a considerare la spesa della PA con un'accezione negativa.

Anche la spesa sanitaria, in buona parte della letteratura macroeconomica, è vista come un costo che è necessario delimitare, in relazione ad esigenze legate al controllo della spesa pubblica e/o al rispetto della compatibilità del quadro macroeconomico.

Se ci poniamo però, da un altro punto di vista, osservando che non è importante solo la quantità della spesa pubblica ma anche la qualità intesa come gestione dei modi e dei tempi in cui le

risorse vengono utilizzate, possiamo notare come sia possibile interpretare proprio la spesa come strumento di sviluppo economico, questo aspetto vale ancora di più se pensiamo alla spesa sanitaria come necessaria a garantire certi standard di vita (dunque spesa irrinunciabile). L'analisi I/O permette, sotto questo punto di vista, di programmare la gestione economica dei servizi pubblici in modo da creare reddito, sostenere settori in crisi, arginare gli effetti di congiuntura negativa, stendere programmi pluriennali di spesa ecc., ad esempio potrebbe essere opportuno acquistare beni di investimenti in quegli anni in cui il settore informatico, dei mezzi di trasporto e dei macchinari registrano flessioni, destinare invece una maggiore quota di risorse alla spesa corrente quando risultano in crisi il settore alimentare, quello dei servizi sociali, quello sanitario e quello del commercio.

Per eseguire l'analisi di impatto occorre ripartire le spese in base ai settori che producono i beni e servizi acquistati: la disaggregazione settoriale utilizzata divide il sistema economico in 30 branche di produzione, alcune delle quali saranno più coinvolte dalle spese del sistema sanitario (Fig. 7.3).

Il settore più coinvolto dalle spese correnti è ovviamente quello della sanità che fornisce i servizi di cura e assistenza medica, ma insieme ad esso vengono interessati anche il settore chimico per la produzione dei medicinali, quello informatico per la gestione degli apparecchi elettronici, e le branche del

commercio e dei trasporti per i servizi di distribuzione offerti a tutti gli altri settori dell'economia.

I settori invece maggiormente coinvolti dalle spese per investimenti della sanità sono il settore delle costruzioni per la creazione e mantenimento degli immobili adibiti al servizio sanitario (ospedali, ambulatori, centri specializzati ecc.), quello dei mezzi di trasporto che produce veicoli (ambulanze, macchine di servizio ecc.) e l'elettronico per la produzione dei macchinari e attrezzature diagnostiche (computer, macchinari sanitari ecc.).

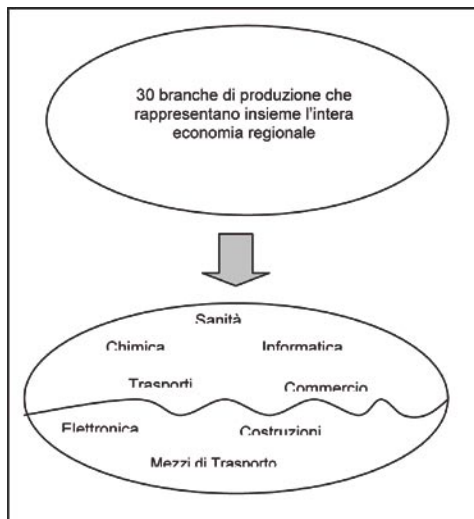
Sia le spese correnti che quelle in conto capitale esprimono una domanda di beni e servizi, che si traduce in generazione di redditi e di occupazione interna alla regione, quando nel territorio regionale esistono le imprese che producono tali beni e servizi a costi competitivi; in caso contrario la domanda sarà coperta dalla produzione proveniente da altre regioni o dall'estero, con una intensità che dipenderà dal grado di complementarietà e concorrenzialità tra produzione regionale, nazionale ed estera.

Per ciascuno degli elementi di domanda finale legati alla sanità (investimenti, spesa PA e spesa famiglie) eseguiamo una analisi di impatto economico in modo da osservare l'ammontare complessivo dei redditi creati e i settori economici che maggiormente verranno coinvolti nell'attività di produzione e di generazione di tali redditi. Ricordiamo inoltre che sommando i tre distinti effetti si può ottenere una misura dell'impatto

complessivo del settore sanitario sul sistema economico regionale.

Figura 7.3

Settori maggiormente legati alla domanda sanitaria



L'IMPATTO ECONOMICO DI BREVE PERIODO

IMPATTO COMPLESSIVO

Visto nel suo complesso, il sistema sanitario regionale composto da enti pubblici e privati che offrono beni e servizi di tipo sanitario, contribuisce in modo rilevante alla generazione dei redditi nell'economia toscana (Tab. 7.2).

Se in Toscana non esistessero i servizi sanitari il PIL regionale risulterebbe inferiore del 7,5%, gli occupati sarebbero l'8% in meno e le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4,5% e del 5,7%.

Tabella 7.2

Attivazione complessiva creata dal settore sanitario

	Impatto spesa pubblica sanitaria	Impatto spesa sanitaria delle famiglie	Impatto investimenti sanitari	IMPATTO TOTALE		CONTO RISORSE IMPIEGHI		ATTIVAZIONE SUL CONTO RISORSE IMPIEGHI	
				Toscana	Italia	Toscana	Resto di Italia	Tosc.	Italia
PIL	5.202	1.201	180	6.583	1.922	87.645	1.215.323	7,50%	0,2%
import rdi	1.074	413	142	1.628	60	35.795	34.937	4,5%	0,2%
import estero	778	342	115	1.235	218	21.526	298.985	5,7%	0,1%
consumi indotti	1.976	448	62	2.486	876	0	0		
consumi fam	0	1.494	0	1.494	0	53.834	733.838	2,8%	0,0%
consumi pa	5.038	0	0	5.038	0	15.658	237.234	32,2%	0,0%
investimenti	0	0	370	370	0	15.952	241.898	2,3%	0,0%
var scorte	0	0	0	0	0	74	2.692	0,0%	0,0%
export rdi	39	14	6	60	1.628	34.937	35.795	0,2%	4,5%
export estero	0	0	0	0	0	24.509	297.788	0,0%	0,0%
Ula	108.247	24.087	3.431	135.765	34.711	1.700.804	2.086.886	8,0%	0,2%

In termini assoluti la media del PIL attivato dalle spese sanitarie nel triennio 2002-2004 è risultata di 6.583 milioni di euro attribuibile per il 79% alla spesa corrente pubblica. Le importazioni attivate ammontano a 2.863 milioni di euro (1.628 dall'Italia e 1.235 dall'estero) e le unità di lavoro 135.765, concentrate soprattutto nel settore sanità.

Il rapporto tra il PIL attivato e la spesa finale complessiva è del 95%: un moltiplicatore³ elevato che permette un'altrettanto elevata distribuzione del reddito e relativa spesa per consumi indotti, che con 2.486 milioni di euro pesa il 4,6% sui consumi finali delle famiglie e attiva valore aggiunto in quasi tutti i settori dell'economia avvantaggiando in particolar modo il commercio, il settore alimentare

e il settore immobiliare (legato agli affitti effettivi e figurativi).

In termini di elasticità⁴ se aumentassimo del 10% i tre elementi di spesa (consumi PA, consumi famiglie e investimenti) il PIL regionale complessivo avrebbe un incremento dello 0,7%, le unità di lavoro dello 0,8% e le importazioni complessive dello 0,5%.

Nel resto d'Italia il PIL attivato dalla sanità toscana risulta pari a 1922 milioni (lo 0,2% del PIL italiano) e le unità di lavoro generate sono pari a 34.711. L'attivazione nel resto d'Italia da parte della domanda sanitaria investe quei settori che risultano più carenti nel territorio regionale, con particolare riguardo, al settore chimico, alimentare ed elettronico per la spesa corrente, e al settore

elettronico, dei mezzi di trasporto e delle altre manufatture per gli investimenti.

IMPATTO PER COMPONENTE DI DOMANDA

Le tre componenti di domanda finale per le quali sono stati valutati gli effetti economici complessivi pesano in modo differente sul sistema regionale, come riflesso sia dei diversi livelli [la spesa corrente della PA presenta un peso molto elevato (1.417 euro procapite) seguita dai consumi delle famiglie (420 euro) e dagli investimenti (104 euro)], sia della diversa provenienza dei beni e servizi domandati.

SPESA SANITARIA PUBBLICA

L'impatto della spesa pubblica sanitaria è particolarmente elevato: il moltiplicatore di spesa è pari a 103,2%. Non c'è da stupirsi che il PIL attivato sia superiore ai consumi: la spesa pubblica acquista soprattutto servizi, che difficilmente si prestano ad importazione, la domanda è perciò coperta soprattutto da produzione interna che crea reddito locale. L'occupazione attivata in regione ammonta a 108.247 unità di lavoro, con un rapporto di circa 22 unità di lavoro per ogni milione di euro.

Il settore che riceve la maggior parte di attivazione interna è la sanità in cui 100 euro di spesa sanitaria pubblica creano una produzione di oltre 120 euro distinta in parti pressoché uguali tra valore aggiunto e costi intermedi (Fig. 7.4). Le unità di lavoro di questo settore necessarie per

coprire i consumi sanitari pubblici sono 73.720 e corrispondono quasi al 70% dell'unità di lavoro attivate complessivamente. Le attivazioni degli altri settori di servizi sono notevolmente più contenute: primo tra questi il settore informatico a cui la sanità chiede assistenza e consulenza per la gestione delle apparecchiature elettroniche, seguito dal commercio che si avvantaggia della distribuzione dei medicinali, alimenti e apparecchi elettronici. Nel settore "altri servizi" risultano coinvolte le attività di lavanderia e i centri e stabilimenti per il benessere fisico e per la riabilitazione, a cui vengono domandati beni e servizi intermedi dalla sanità. Il settore immobiliare e noleggio riceve un valore aggiunto complessivo di 66 milioni di euro dovuto ai fitti di alcune delle strutture che offrono servizi sanitari e in parte anche come consumo indotto (fitti imputati) delle famiglie. Il valore aggiunto complessivamente attivato da questi primi 5 settori corrisponde ad oltre il 60% del PIL attivato nella regione.

Figura 7.4
Moltiplicatori della produzione per settore - Valori percentuali

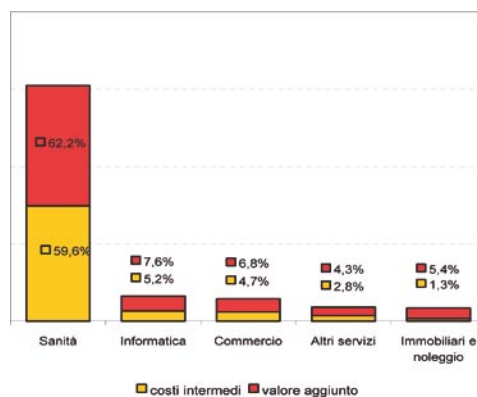
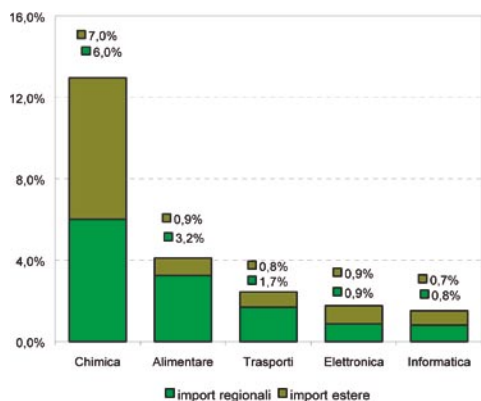


Figura 7.5
 Moltiplicatori di importazione per settore - Valori percentuali



Per quanto riguarda l'attivazione fuori Toscana (Fig. 7.5), il settore dei prodotti chimici è sicuramente quello più importante, cioè quello in cui la regione risulta maggiormente dipendente dall'esterno. Quasi il 35% delle importazioni attivate dalla spesa sanitaria è costituito da farmaci, con un moltiplicatore di import settoriale pari a 6% dal Resto d'Italia e 7% dall'estero (il valore delle importazioni attivate risulta pari rispettivamente a 303 e 350 milioni).

Seguono i prodotti del settore alimentare (163 milioni dall'Italia e 43 dall'estero con corrispondenti moltiplicatori del 3,2% e 0,9%), richiesti dagli ospedali come consumo intermedio e dalle famiglie come consumo indotto; i servizi del settore trasporti utilizzati per la distribuzione di medicinali, alimentari e attrezzature, quelli del settore elettronico di consumo corrente e anche i servizi del settore informatico costituiti principalmente da software per il funzio-

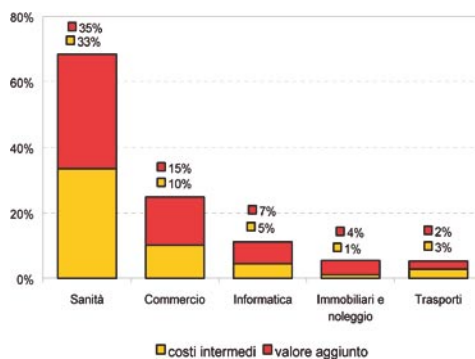
namento delle apparecchiature elettroniche. Le importazioni di questi 5 settori corrispondono al 62% delle importazioni complessivamente attivate.

SPESA SANITARIA PRIVATA

La spesa delle famiglie sostenuta per consumi sanitari si rivolge principalmente al settore sanitario, ma è indirizzata anche verso altre branche produttrici come quella chimica per l'acquisto di medicinali, quella elettronica per l'acquisto di apparecchiature sanitarie, e una quota residua è indirizzata all'acquisto di altro materiale sanitario come vestiario, gomma e plastica ecc.

La spesa sanitaria delle famiglie attiva un PIL regionale di 1.201 milioni di euro (1,4% del PIL regionale); il rapporto tra PIL attivato e spesa risulta dell'80%, quindi è un valore leggermente inferiore ai moltiplicatori della spesa nei servizi, a causa della domanda di medicinali che in larga misura esporta attivazione fuori dai confini regionali.

Figura 7.6
 Moltiplicatori settoriali di produzione - Valori percentuali



Gli effetti settoriali dei consumi privati in sanità sono simili a quelli conseguenti alla spesa pubblica sanitaria (Fig. 7.6). Ordinando i settori in base alla maggiore produzione interna attivata, si nota ovviamente che la sanità è al primo posto con un moltiplicatore del 68% (di cui 35% valore aggiunto) e che, a grande distanza vengono attivati il settore commerciale, quello informatico, quello immobiliare e quello dei trasporti.

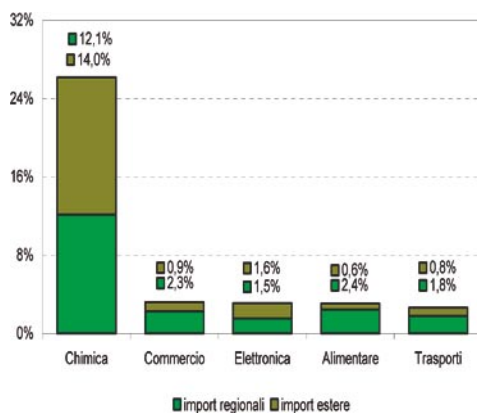
Il settore del commercio e quello dei trasporti sono legati alla spesa delle famiglie perché la vendita di medicinali include una grossa quota di servizi commerciali e di trasporto, parte dei quali sono acquistati da operatori interni alla regione; il settore informatico riceve attivazione per la vendita intermedia di software e di consulenza legata alle apparecchiature elettroniche che, nell'ultimo decennio, hanno caratterizzato il cambiamento strutturale della sanità. Il settore immobiliare e noleggio contiene nel proprio valore aggiunto l'ammontare dei fitti pagati per la propria abitazione, come componente rilevante del consumo indotto delle famiglie.

Relativamente all'attivazione di importazioni (Fig. 7.7) il settore a cui viene richiesta la maggior parte dei beni fuori Toscana è quello della chimica che produce medicinali: le importazioni attivate a questo riguardo sono 181 milioni di euro dalle altre regioni italiane e 210 per i beni richiesti all'estero (i moltiplicatori di import settoriale risultano rispettivamente del 12% e del 14%).

Le importazioni di servizi commerciali e di trasporto sono legate proprio

alla commercializzazione dei farmaci, il settore elettronico è sostenuto dagli acquisti di macchinari sanitari da parte delle famiglie (termometri, misuratori di pressione ecc.), il settore alimentare è legato alla domanda intermedia delle aziende ospedaliere e alla domanda finale da consumo indotto.

Figura 7.7
Moltiplicatori di importazione per settore - Valori percentuali



INVESTIMENTI DELLA SANITÀ

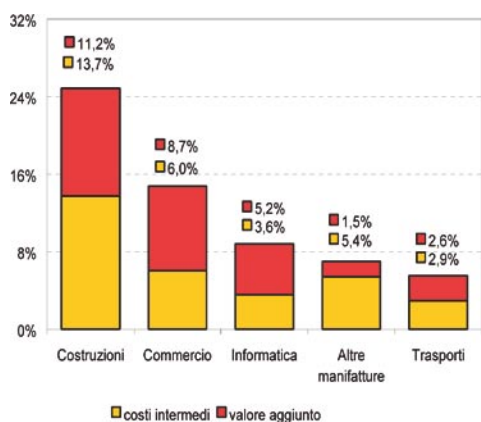
Gli investimenti sanitari toscani (corrispondenti al 2,3% degli investimenti regionali complessivi), attivano un PIL pari a 180 milioni di euro (0,2% del PIL toscano): il moltiplicatore di spesa risulta così piuttosto basso (49%) a causa delle alte importazioni attivate. Le importazioni dal resto d'Italia (142 milioni di euro) generano infatti nelle altre regioni un'attivazione di 163 milioni, quasi equivalente a quella toscana, con un moltiplicatore del 44% (in termini tecnici si dice che gli investimenti toscani risentono di uno

spill-over italiano particolarmente elevato). L'elasticità del PIL totale rispetto agli investimenti sanitari è pari a 0,001: ciò significa che un aumento del 10% di investimenti del settore sanitario toscano comporterebbe una variazione del PIL regionale dello 0,01%.

I consumi indotti dagli investimenti ammontano a 62 milioni di euro, si rivolgono a tutte le branche produttrici e, a loro volta, generano ulteriore attivazione in tutti i settori del sistema economico.

Le unità di lavoro interne alla Toscana attivate dagli investimenti della sanità sono 3.431, principalmente appartenono al settore delle costruzioni, a quello del commercio e a quello informatico. L'attivazione occupazionale è particolarmente elevata anche in Italia, sempre in conseguenza dell'elevata quota di importazioni regionali.

Figura 7.8
Moltiplicatori produzione per settore - Valori percentuali



La maggior parte degli investimenti del settore sanitario è destinata a mac-

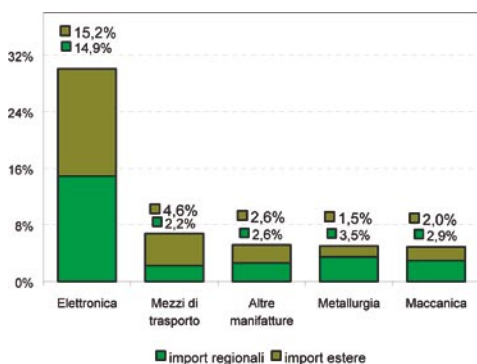
chinari elettronici, ma la bassa presenza regionale di imprese elettroniche rende altrettanto bassa l'attivazione interna del valore aggiunto settoriale. Al contrario il settore delle costruzioni (Fig. 7.8), pur raccogliendo una quota più bassa di investimenti, non prevede importazioni, e l'attivazione interna alla regione risulta molto elevata: il valore aggiunto pari a 51 milioni di euro rappresenta il 23% del PIL attivato dagli investimenti sanitari. I beni di investimento prodotti dal settore informatico sono rappresentati sostanzialmente da software: programmi di gestione, controllo e analisi dell'attività sanitaria e delle apparecchiature elettroniche utilizzate per il servizio.

Il settore "altre manifatture" è avvantaggiato dalla domanda di tutti i materiali di arredamento (letti, mobili, arredi ecc.) acquistati per le strutture ospedaliere, che in parte sono coperti da importazione e in parte da produzione interna. Il settore del commercio e quello dei trasporti sono coinvolti indirettamente dagli investimenti sanitari a seguito dei servizi di distribuzione di tutti i beni acquistati.

I beni importati (Fig. 7.9) per coprire la domanda di investimento sono prevalentemente macchinari elettronici, provenienti in parti uguali dal resto d'Italia e dall'estero (55 e 56 milioni di euro rispettivamente); tali importazioni risultano ancora più elevate se si aggiungono quelle della meccanica che differiscono dalle precedenti solo per la mancanza di componenti elettroniche e ottiche. Seguono le importazioni dei mezzi di trasporto, soprattutto dall'estero, e i

mobili e arredi prodotti dal settore “altre manufatture”. Le importazioni di metallo non sono legate direttamente agli investimenti del settore sanitario, ma la loro incidenza risulta significativa a seguito di una elevata domanda intermedia di tali beni, espressa dalle imprese interne alla regione.

Figura 7.9
 Moltiplicatori di importazione per settore - Valori percentuali

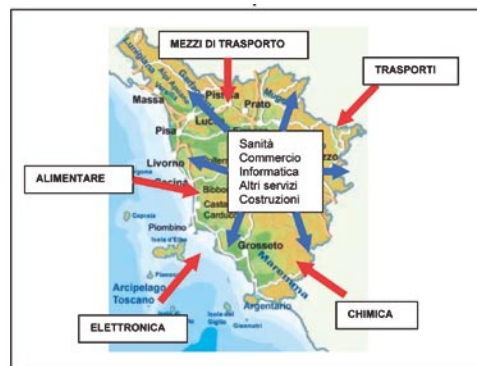


GLI EFFETTI ECONOMICI DI MEDIO PERIODO

Le analisi condotte fino ad ora mostrano uno stretto legame economico tra la spesa sanitaria e alcuni specifici settori dell’economia: le spese per investimento chiedono beni e servizi ad elettronica, costruzioni, mezzi di trasporto e “altre manufatture”; le spese correnti chiedono beni e servizi a sanità, chimica, alimentare e informatica. Entrambe le forme di spesa attivano servizi dal settore del commercio e da quello dei trasporti. Dagli effetti di attivazione della domanda appare evidente

la competizione tra le imprese residenti e quelle fuori regione (Fig. 7.10).

Figura 7.10
 Settori ad alta attivazione interna e settori ad alta importazione



I settori di servizi caratterizzati da un basso coefficiente di importazione sono naturalmente quelli che riescono a trarre maggiori vantaggi dalla spesa sanitaria: in particolare viene attivata produzione e dunque reddito interno nei settori sanità, del commercio, dell’informatica e nel settore “altri servizi” (costituiti soprattutto da servizi di lavanderia e di riabilitazione).

Per coprire la domanda sanitaria si importano invece prodotti dell’industria elettronica e dei mezzi di trasporto e delle imprese chimiche, alimentari e quelle di trasporto per i consumi correnti. La scarsa competitività delle produzioni interne in questi settori può dipendere da molti fattori; esistono infatti ostacoli di natura tecnica, economica e giuridi-

ca. Il primo di questi ostacoli è dovuto all'impossibilità di realizzare impianti inferiori ad una certa capacità produttiva: la domanda sanitaria da sola non permetterebbe di garantire adeguati profitti alle imprese che, per localizzarsi all'interno della Toscana, dovrebbero poter fare affidamento ad un mercato molto più ampio; è il caso delle imprese metalmeccaniche che producono mezzi di trasporto, macchine e prodotti in metallo. I vincoli di natura economica sono legati alla concorrenzialità tra le imprese: ad esempio, in Italia il settore produttivo dell'elettronica dovrebbe sostenere un costo del lavoro improponibile per competere con imprese estere. I vincoli giuridici infine, esistono soprattutto per il settore chimico: la produzione dei medicinali è infatti legata ai brevetti di fabbricazione (così come la produzione di alcuni software della branca informatica).

La conoscenza dell'impatto attuale può fornire utili indicazioni per programmare determinate politiche societarie nel futuro: nel medio-lungo periodo la crescita dell'attivazione da domanda sanitaria potrebbe essere garantita da un potenziamento dell'attività dei servizi di trasporto, commercio e informatica: questi settori potrebbero coprire localmente una percentuale più elevata degli impieghi attinenti alla spesa sanitaria. La PA e il sistema sanitario regionale potrebbero favorire questa evoluzione, indirizzando i costi intermedi della sanità verso imprese locali piuttosto che nazionali od estere.

GLI EFFETTI NON ECONOMICI E NON MISURABILI

Come è noto, la metodologia I/O si limita a stimare gli effetti economici conseguenti ad una certa tipologia di spesa pubblica o privata. Gli effetti dell'attività di un sistema sanitario interessano anche molte altre grandezze non sempre misurabili o non di diretta conseguenza, per le quali occorrono modelli specifici di valutazione. Altre possibili conseguenze della spesa sanitaria sono almeno le seguenti.

Una prima conseguenza è rappresentata dagli effetti sul progresso tecnico-scientifico dell'attività di ricerca sanitaria. Il settore sanitario è forse quello (tra i settori che contraddistinguono il sistema economico) che ha maggiori contatti con la ricerca sia privata (dove spiccano le società farmaceutiche) che pubblica (università): tutte le maggiori facoltà di medicina sono strettamente legate a strutture sanitarie. Non solo, soprattutto nell'ultimo decennio la quota di investimenti in macchinari elettronici realizzata dalla sanità è cresciuta, senza contare lo sviluppo delle biotecnologie che si è nel tempo organizzato come campo scientifico autonomo. Tutti questi sviluppi hanno portato ad innovazioni tecniche che direttamente e indirettamente interessano altri settori economici, in particolare chimica, meccanica ed elettronica. La dimensione di questi effetti è difficilmente misurabile perché nella relazione causale non è semplice isolare gli effetti netti sul progresso tecni-

co imputabili esclusivamente alla ricerca sanitaria.

Un altro aspetto di assoluto rilievo, legato in qualche misura all'attività sanitaria, è quello dell'impatto sulla qualità della vita.

È evidente che i modelli I/O non permettono di descrivere e misurare quanto un sistema economico aiuti la società del benessere. Tra le dimensioni del benessere (che sono molteplici) ve ne sono alcune misurabili ma per le quali non è facile valutare il legame con la spesa sanitaria (si pensi alla mortalità, alla speranza di vita, alla ospedalizzazione, alla natalità); per altre è poi difficile trovare un indicatore sintetico per la loro misurazione (condizioni di salute, felicità, sicurezza socio-sanitaria, coesione sociale).

Un ulteriore effetto della spesa sanitaria è rappresentato dalle ricadute sul grado di apertura internazionale: la ricerca è un'area in cui gli scambi di esperienza risultano necessari e fruttuosi e ciò accade soprattutto per la ricerca medica (si pensi ai seminari, convegni e conferenze che ogni anno fanno spostare migliaia di ricercatori e medici nel mondo). Anche questo aspetto è valutabile se si misura la quantità delle iniziative, la valutazione risulta però più fumosa se si cerca di misurare la qualità delle relazioni e la fluidità della circolazione di idee ed esperienze.

NOTE

¹ *La produzione indica il valore complessivo dei beni e servizi creati dal sistema produttivo interno alla regione e si ottiene dalla somma dei costi intermedi con il valore aggiunto; la somma dei valori aggiunti settoriali forma il PIL, ossia il reddito attivato complessivamente.*

² *Unità di misura dell'occupazione che rappresenta un occupato annuale a tempo pieno.*

³ *Il moltiplicatore del PIL consiste nel rapporto tra PIL e domanda finale e indica quanto PIL viene generato per ogni euro di domanda finale; può essere calcolato anche su altri aggregati di contabilità, come il valore aggiunto oppure le importazioni. Il moltiplicatore del PIL da domanda finale interna (escluse le esportazioni) raramente supera una quota del 90% e ciò accade soprattutto quando la domanda è indirizzata ai settori produttori di servizi.*

⁴ *L'elasticità è una misura di reattività che indica nel caso del PIL, la variazione percentuale che subisce a seguito di una variazione percentuale unitaria della domanda finale utilizzata per l'impatto. Anche questo indice, come il moltiplicatore, può essere usato per tutti gli aggregati che figurano tra le risorse della contabilità (importazioni, valore aggiunto settoriale ecc.).*

