

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **15** **PIEMONTE.** Attivata la rete per l'emergenza coronarica: interventi già in ambulanza
A PAG. **16** **TOSCANA.** Cresce l'adesione agli screening oncologici offerti dal Ssr
A PAG. **17** **MERCATI&NEWS.** Successo in Fase I per il vaccino Novartis contro la febbre tifoide

TOSCANA/ L'ospedale pediatrico ha siglato un gemellaggio con il centro di eccellenza di Filadelfia (Usa)

Intesa Meyer-Children's hospital

Fari puntati sulla chirurgia mini-invasiva e le malformazioni tracheo-bronchiali

L'ospedale pediatrico Meyer promuove un'intesa con il Children's Hospital di Filadelfia, in nome della salute dei più piccoli. Si tratterà di un vero e proprio "asse" di collaborazione sul quale i due centri di eccellenza nelle cure pediatriche si confronteranno alla pari su ricerca e formazione.

In particolare, il 21 gennaio il direttore generale dell'Aou Meyer **Tommaso Langiano** e **Steven Altschuler**, Ceo dell'ospedale americano, hanno firmato un'intesa di collaborazione per attivare un canale di confronto sullo sviluppo di determinate aree di cura. Alla firma del protocollo erano presenti **Daniela Scaramuccia**, assessore per il Diritto alla salute di Regione Toscana, **Alberto Tesi**, rettore dell'Università degli Studi di Firenze e **Gianfranco Gensini**, preside della facoltà di Medicina dell'ateneo.

Nella prima fase della collaborazione saranno interessati soprattutto gli ambiti della chirurgia pediatrica e della chirurgia endoscopica. Ma la firma non è che l'approdo finale di tre giorni di incontro tra i professionisti dei due ospedali pediatrici a Firenze dal 19 al 21 gennaio. Le due realtà di eccellenza si sono confrontate sulle varie discipline e i ricercatori hanno focalizzato l'attenzione dei partner su argomenti specifici di inte-



resse reciproco legati all'accordo. Per esempio, la chirurgia mini-invasiva e le malformazioni tracheo-bronchiali.

«Questa collaborazione sarà particolarmente importante - ha spiegato Tommaso Langiano - non solo perché rafforza e intensifica lo scambio internazionale di conoscenze cliniche e scientifiche a vantaggio dei piccoli pazienti, ma punterà a sviluppare ulteriormente le discipline chirurgiche e quelle endoscopiche in ambito respiratorio con l'obiettivo di proiettarle nel panorama mondiale della pediatria». Un ponte verso gli Stati Uniti e il mondo che ha portato

all'allestimento al Meyer del "Trauma Center", il primo centro italiano hub&spoke per i bambini, specializzato in tutti i casi di trauma maggiore. Già per l'attivazione di questo presidio era risultata fondamentale la collaborazione con il Children's Hospital di Boston.

Per questo il Dg Langiano puntualizza che «il Children's Hospital di Filadelfia in qualità di partner paritario di riferimento si aggiunge alla nostra rete di eccellenze internazionali di cui fanno parte, tra l'altro, il Boston Children's Hospital e la rete mondiale Nachri (National Association of Children's Hospitals and Related Institutions) di cui il Meyer è parte attiva».

Il centro di Filadelfia cura i bambini e i giovani fino a 19 anni, e si colloca attualmente ai vertici della pediatria internazionale; per alcune discipline come la pneumologia, la neonatologia e la chirurgia rappresenta il top della specializzazione. Non di meno, da Firenze, il pediatrico Meyer risponde con una struttura di eccellenza multispecialistica e dai grandi numeri, che non smette di trovare nuove sponde per migliorare i servizi ai piccoli pazienti.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ASSEMBLEA DELLA FEDERAZIONE

Fiaso rinnova presidenza: a capo ancora Monchiero

La scorsa settimana l'assemblea di Fiaso, la Federazione italiana che rappresenta oltre il 60% delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane, ha confermato la presidenza a **Giovanni Monchiero** (alla guida della Federazione dall'aprile 2009 e direttore generale dell'Asl Cuneo 2) e ha anche rinnovato il suo comitato di presidenza. Durante l'assemblea sono state decise anche altre nomine: come vice-presidenti, **Luigi Marroni**, (Asl Firenze) in sostituzione di **Luciano Fabbri** (ex direttore dell'Estav-Centro Toscana), **Tiziano Carradori** (dell'Asl di Ravenna) in sostituzione dell'ex direttore dell'Asl di Ferrara, **Fosco Foglietta**; **Giuseppe Pecoraro** (azienda ospedaliera Policlinico G. Martino di Messina) in sostituzione di **Edmondo Iannicelli**, ex direttore dell'Asl di Venosa (Matera). Confermati, infine, **Fabio Valerio Alberti** (Ulss 3 Bassano), **Rosario Lanzetta** (dell'azienda ospedaliera G. Rummo, Benevento), **Walter Giacomo Locatelli** (Asl Milano), **Luigi D'Elia** (alla guida dell'Ircs G.B. Bietti).

EMILIA ROMAGNA

Al via la manovra

Approvata in Emilia Romagna una manovra da 13.759 milioni di euro. Approvato anche il bilancio pluriennale 2011-2013. In dettaglio, per la sanità, oltre ai 7.905 milioni di euro provenienti dal fondo sanitario nazionale, la regione stanziava 150 milioni di euro di risorse proprie. Previsto il rifinanziamento degli investimenti previsti dal nuovo Patto per la Salute per la realizzazione, ristrutturazione, acquisto, completamento di strutture sanitarie, impianti e attrezzature con complessivamente 380,31 milioni di euro.

Viene incrementato con ulteriori 31 milioni di euro il fondo regionale per la non autosufficienza di anziani e persone con gravi disabilità, superando così i 415 milioni di euro. Infine sono state mantenute per tutto l'anno le esenzioni "anticrisi" per i disoccupati: esenzione dal pagamento del ticket su visite ed esami specialistici per i lavoratori che hanno perso il lavoro o che sono in cassa integrazione e l'erogazione di farmaci di fascia C a persone che si trovano in una situazione di forte disagio sociale.

La verde Umbria come terapia

Per il momento si parte tappezzando di foto e poster a soggetto naturalistico le pareti delle strutture sanitarie, per renderle più accoglienti. Ma l'obiettivo è molto più ambizioso: eleggere i parchi regionali dell'Umbria a luoghi in cui curare malattie cardiocircolatorie, diabete, Alzheimer e disabilità. Un progetto pilota a livello nazionale, questa seconda fase, che interesserà inizialmente il Parco regionale del Monte Subasio e quello del Monte Cucco.

La tesi è unica e incontrovertibile: la bellezza e la salubrità di un bel paesaggio sanno attivare una "ecoterapia" in grado di distendere, confortare e alleviare da disturbi fisici e psicologici. La natura come medicina, insomma. (B. Gob.)

SARDEGNA

Farmacisti pro Mmg

Informazione indipendente à go go per migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei prescrittori sardi. Questa la strada imboccata dalla Giunta isolana che con una delibera datata 30 dicembre ha autorizzato l'avvio di un programma sperimentale basato su incontri informativi tra medici di medicina generale e farmacisti ospedalieri.

Nella prima fase il progetto coinvolgerà le prime tre Asl dell'isola per popolazione assistita, ossia Sassari, Nuoro e Cagliari: in ciascuna di esse un farmacista adeguatamente formato fornirà ai Mmg aggiornamenti su studi clinici e letteratura scientifica, nel corso di appuntamenti fissati singolarmente o per piccoli gruppi sulla base di un programma aziendale annuale.

Le Asl - si legge nella delibera - «assicureranno la partecipazione dei medici agli incontri» e provvederanno al «reperimento dei dati di prescrizione sui farmaci per l'intero periodo di studio».

PIEMONTE

Tattoo in database

Un data base regionale, gestito dall'assessorato alla Sanità, al quale si possano iscrivere tatuatori e piercers in possesso di idonei requisiti di aggiornamento professionale e igienico sanitari per tutelare gli utenti dai possibili rischi derivanti dalle tecniche di ornamento del corpo più in voga. A proporre l'istituzione in Piemonte è il Gruppo Regionale della Lega Nord: primo firmatario il consigliere **Paolo Tiramani**, che già nei mesi scorsi aveva una norma transitoria per la foratura dei lobi da effettuarsi nelle farmacie. In Italia, il Consiglio Superiore di Sanità ha emanato già nel 1998 specifiche linee guida per l'esecuzione di tatuaggio e piercing in sicurezza ma non esistono leggi nazionali in materia. La proposta piemontese consentirebbe ai cittadini di verificare direttamente sul sito dell'Assessorato le qualità degli esercenti iscritti o di verificare attraverso l'affissione di un attestato rilasciato dalla Regione la regolarità delle condizioni igienico-sanitarie dell'esercizio al quale intendono rivolgersi. Il Piemonte sarebbe la prima Regione in Italia a disciplinare la materia.

IN BREVE

- ▼ **Bolzano: tessere col microchip**
È iniziata nei giorni scorsi a Bolzano la distribuzione delle 400mila nuove tessere sanitarie, che sostituiscono quelle in scadenza. Grazie alla presenza di un microchip, le tessere consentiranno di accedere per via telematica a una serie di servizi offerti dalla pubblica amministrazione riducendo notevolmente la burocrazia.
- ▼ **Il Bambino Gesù sbarca a Larino**
L'ospedale Vietri di Larino (Campobasso) diventerà Centro di riferimento del «Bambino Gesù» di Roma. Da un'analisi sulla Pediatria ospedaliera in Molise, emerge infatti una situazione angosciata che si pone in conflitto con quanto previsto dai Lea. Tra le voci maggiori di spesa legate alla mobilità passiva c'è quella che riguarda la Pediatria.
- ▼ **A Verona servizio di emodialisi**
Inaugurato a Verona il nuovo servizio di emodialisi che entra in funzione all'ospedale Borgo Roma. La struttura impiega le più recenti tecnologie che consentono la massima personalizzazione del trattamento e una migliore tolleranza da parte dei pazienti, e occupa una superficie di circa 1.000 metri quadrati.
- ▼ **Friuli V.G.: Ecm al Sanicademia**
L'Accademia internazionale per la formazione dei professionisti della salute (Sanicademia), costituita dalle Regioni Friuli Venezia Giulia e Veneto e dal Land austriaco della Carinzia, ha ottenuto dal ministero della Salute l'accreditamento istituzionale per il ruolo di "provider" per l'organizzazione di programmi ed eventi per l'educazione continua in medicina (Ecm).
- ▼ **A Cesena cure primarie H10**
È stata attivata a Cesena e Gambettola, l'estensione del servizio di assistenza primaria fornito dai Mmg con apertura continuata per dieci ore giornaliere, nell'ambito dei Nuclei di cure primarie. In tutte quelle situazioni in cui non è appropriato il ricorso al pronto soccorso, i cittadini che hanno una necessità urgente potranno accedere al servizio gratuitamente.

PIEMONTE/ Attivato il sistema per l'emergenza coronarica: interventi già in ambulanza

Rete anti-infarto hub&spoke

In campo il sistema wireless "MobiMed 300" che collega I 18 e reparti



In Piemonte, con l'attivazione della rete interspedaliera per l'emergenza coronarica, operatori del 118 e del pronto soccorso batteranno sul tempo l'insorgenza dell'infarto già in ambulanza. La novità sta non tanto nell'efficienza, quanto mai scontata in questo ambito operativo, ma sul sistema wireless "MobiMed 300", installato a bordo dell'ambulanza (o dell'elicottero per il soccorso) e collegato con il server dell'ospedale di riferimento per la trasmissione dell'elettrocardiogramma e degli altri dati clinici del paziente con sospetto di infarto.

Hub&spoke. In questo modo si crea un ponte digitale tra il luogo dove è avvenuta l'emergenza e l'Unità di terapia intensiva di riferimento territoriale, che potrà fornire la risposta clinica più appropriata, dimezzando i tempi e riducendo i ricoveri evitabili. La conferma diagnostica attiverà immediatamente la prima terapia farmacologica già a bordo del mezzo e, secondo le indicazioni di un protocollo operativo concordato fra gli operatori del 118 e i cardiologi ospedalieri, verrà definita la destinazione del paziente per il trattamento più efficace. Questa è la promessa del progetto che è partito un anno fa, ma che è atteso in Piemonte da almeno un decennio.

L'idea di fondo è che la rete regionale per la terapia dello Stemi diventi

un sistema di interconnessione permanente tra I 18 e le Cardiologie, con la collaborazione dei dipartimenti di emergenza e accettazione per permettere la più rapida diagnosi e la più efficace terapia ripercussiva dei pazienti di ogni area del Piemonte.

Mediamente, ogni anno la Regione registra oltre 4mila casi di infarti miocardici acuti. Di questi pazienti acuti, il 30% arriva in ospedale dopo la chiamata al 118, il 20% arriva tramite la richiesta del medico curante, ma quello che preoccupa è quel 50% dei pazienti che si reca autonomamente in ospedale, o con l'aiuto di familiari e conoscenti. La rete dovrebbe minimizzare proprio l'"autogestione" delle emergenze, che di fatto provoca ritardi diagnostici e affollamento nei pronto soccorso. Gli studi in materia confermano, infatti, che tre pazienti su dieci muoiono entro la prima ora dall'inizio della sintomatologia e ben quattro non superano le prime quattro ore di crisi. Giocare d'anticipo resta, dunque, la carta vincente.

Per realizzare il progetto è stata costituita inizialmente una commissione tecnica multidisciplinare e, successivamente, si è proceduto all'acquisizione della strumentazione tecnologica di supporto della rete. La prima fase della sperimentazione si è svolta nel quadrante di Cuneo.

Nella fase successiva, sono state installate le apparecchiature di analisi dei dati nei laboratori di Cardiologia piemontesi e sono stati collegati attraverso quindici centri hub su tutto il territorio regionale. In totale oggi sono trenta i reparti Utic "in linea", che possono rispondere in tempo reale alle richieste dei medici dell'emergenza. Completano il quadro gli equipaggiamenti tecnologici installati sui 72 mezzi del parco ambulanze e sui cinque elicotteri impegnati nell'elisoccorso. Tutto il personale è stato formato con percorsi attivati nell'ultimo anno.

L'assessore alla Tutela della salute **Caterina Ferrero** ha parlato di un'iniziativa che punta a ottimizzare gli interventi, migliorando la qualità della risposta assistenziale e riducendo l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri: «La tempestività con cui si interviene è fondamentale. Nel trattamento dell'infarto miocardico acuto, la qualità della risposta assistenziale nelle prime ore ha un ruolo determinante per la sopravvivenza del paziente. L'organizzazione sanitaria tende sempre più verso un modello di assistenza attento all'equità di accesso, all'appropriatezza degli interventi e alla razionalizzazione delle risorse».

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LOMBARDIA

L'azienda ospedaliera di Melegnano punta sull'innovazione tecnologica

Il rilancio dell'offerta sanitaria sul territorio passa anche dall'acquisizione di nuove tecnologie e strumentazioni diagnostiche di ultima generazione. L'assioma vale per certo per i presidi dell'azienda ospedaliera di Melegnano, che su questo piano ha affrontato un notevole impegno progettuale ed economico, con l'obiettivo dichiarato di incrementare qualità e quantità dell'offerta delle prestazioni al servizio della cittadinanza.

Entro l'anno l'azienda vedrà realizzarsi il "Sistema per la trasmissione e l'archiviazione delle immagini", il cosiddetto Pacs (Picture archiving and communication system) per l'informatizzazione completa della radiologia. Questo permetterà la realizzazione di un sistema di gestione aziendale delle immagini radiologiche completamente digitale.

La digitalizzazione completa della radiologia si integrerà con il percorso di informatizzazione ospedaliera (Radiological information system, Ris), permettendo tutta una serie di vantaggi: dall'accesso al referto e alle immagini tramite pc dai reparti alla trasmissione in tempo reale di tutte le immagini prodotte dalle diverse diagnostiche, alla possibilità di allegare in cartella clinica la documentazione iconografica e consegnare le immagini su cd multimediale, con eliminazione delle pellicole, fino alla realizzazione di un sistema d'archivio centralizzato, con riduzione dei costi di archiviazione.

Le immagini refertate saranno rese immediatamente disponibili ai reparti richiedenti sulla Intranet aziendale, consentendo lo scambio e la consultazione simultanea tra i vari specialisti anche di centri diversi in tempi rapidi e senza necessità di spostamento.

L'avvio del sistema Pacs-Ris, che coinvolge i presidi di Vizzolo Predabissi, Cernusco sul Naviglio, Melzo e Gorgonzola, consentendo la trasmissione delle immagini diagnostiche attraverso la rete informatica aziendale, implementerà lo sviluppo del progetto "ospedale a rete".

Ma questa novità, per quanto radicale e rivoluzionaria, non è la sola. L'altro importante cambiamento riguarda l'installazione di nuove apparecchiature a tecnologia avanzata per l'esecuzione di indagini diagnostiche.

Al Po di Vizzolo Predabissi è prossima la installazione di una Risonanza magnetica nucleare: per un investimento di 500mila euro sono già stati avviati i lavori di adeguamento degli spazi che la accoglieranno; recentemente sono stati inoltre acquisiti un polifunzionale digitale diretto, in grado di effettuare tutte le tipologie di radiografie, allocato in prossimità del pronto soccorso, e

una diagnostica digitale diretta, installata in radiologia. Entrambe le apparecchiature permettono la trasmissione di immagini diagnostiche in tempo reale. Un apparecchio portatile digitale consente inoltre l'esecuzione di radiografie nei diversi reparti e l'invio digitale dell'immagine per la consultazione a distanza.

Parola d'ordine resta la prevenzione: in questo spirito prossimamente sarà installato un nuovo mammografo digitale, strumento fondamentale nella diagnostica della patologia mammaria.

Al Po di Melzo una nuova Tac da 64 slices è già attiva e, insieme ad altri nuovi apparecchi radiologici, tra i quali la rinnovata ecografia, il nuovo polifunzionale digitale diretto e un apparecchio digitale portatile, permetteranno un ammodernamento sostanziale del settore radiologico.

Resta confermata la vocazione del presidio di Gorgonzola come polo dedicato alla attività di screening e diagnosi precoce del tumore; qui è

prossima l'inaugurazione dei nuovi locali per la radiologia, con posizionamento del sistema Pacs-Ris; sono stati inoltre recentemente acquisiti un nuovo diretto polifunzionale, un nuovo mammografo digitale che si affianca all'esistente mammografo e alla Mineralometria ossea computerizzata (Moc).

Anche al presidio di Cernusco sul Naviglio, in concomitanza con l'avvio del sistema Pacs-Ris, è prevista la ristrutturazione della radiologia. È stata consegnata nel novembre scorso la nuova Tac a 64 slices, mentre sono già funzionanti un mammografo digitale e una nuova diagnostica polifunzionale digitale che servirà il pronto soccorso. Risale invece alla primavera scorsa l'acquisizione di una Moc di ultima generazione, la strumentazione per la diagnosi dell'osteoporosi, per la quale dobbiamo ringraziare le associazioni di volontariato attive in questo presidio.

L'acquisizione e installazione di nuove apparecchiature a tecnologia avanzata rappresentano la risposta a necessità di intervento che, in alcuni casi, i presidi attendevano da anni. Una risposta che, insieme alle importanti opere edilizie e strutturali, alla riorganizzazione e al ridisegno strategico e funzionale delle strutture, in fase di realizzazione, punta al rilancio dei presidi aziendali, nonché alla valorizzazione e all'incremento della qualità dell'offerta complessiva di servizi dell'azienda ospedaliera di Melegnano.

Claudio Garbelli
Direttore generale
Ao Ospedale di Circolo
di Melegnano dal 2008 al 2010

SARDEGNA

Riordino sanitario: rush finale entro il 31 marzo

Passato lo scoglio della finanziaria regionale, non sono ancora terminate le fibrillazioni che entro il 31 marzo dovrebbero condurre all'approvazione a tappe forzate di una nuova riforma della Sanità in Sardegna, fra incubi di disavanzo e nomine dei nuovi manager delle Asl isolate (attualmente sono ancora in carica i commissari straordinari prorogati per la terza volta). Archiviata l'era Dirindin-Soru sarà **Antonello Liori**, medico e politico di centro-destra, ad azzerare la precedente riforma improntata sul modello hub and spoke, quella che la professoressa Dirindin varò nel 2006 con l'approvazione del primo Piano sanitario regionale varato dopo l'ultimo riordino di settore negli anni '80.

Il nuovo assessore alla Sanità, uno fra i pochi a essere sopravvissuto al rimpasto di fine anno voluto dal Presidente della Regione, **Ugo Cappellacci**, ha ottenuto pieno mandato per ridisegnare l'intero assetto del comparto, attraverso la separazione dei centri gestionali di spesa da quelli squisitamente sanitari e la creazione di una o più macroaree in grado di accentrare le funzioni amministrative, tecniche e di supporto alle Aziende sanitarie, ivi comprese le Aziende ospedaliere, che potrebbero aumentare fino a tre (Lr 7 agosto 2009 n. 3 e deliberazione 5/2 del 9 febbraio 2010). La macroarea, se unica, verrebbe configurata come un consorzio obbligatorio di natura pubblica tra le aziende del Ssr, e avrebbe come finalità dichiarata quella di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria nell'isola, letteralmente esplosa nel 2009 con un disavanzo di 225 milioni di euro, a fronte dei circa 80 milioni del 2008, così come certificato dal Ministero lo scorso mese di marzo in occasione della verifica sul Piano di rientro predisposto dall'assessorato alla Sanità per il biennio 2007-2009.

Un buco che, nonostante gli sforzi per contenere spesa farmaceutica e riorganizzare rete ospedaliera e territoriale, si è ulteriormente allargato nel 2010 fino a raggiungere i circa 250 milioni di euro che la Finanziaria 2011 colmerà solo in parte, con 160 milioni che però - accusa l'opposizione - non mettono al riparo dal rischio ticket e potrebbero portare anche in Sardegna all'impiego straordinario dei fondi Por e Fas per ripianare il debito della Sanità. Si parla di 100 milioni ancora mancanti all'appello per sottostima del fabbisogno.

E **Benedetto Barranu**, ex dg della Asl 8 di Cagliari (la più grande dell'isola, con i suoi 800 milioni di bilancio copre il 30% dell'intero stanziamento per la Sanità) calcola: «Senza incrementi di personale, ma solo considerando gli scatti contrattuali e l'incremento dei costi derivati dai Mmg e pediatri di libera scelta l'incremento dei costi in un anno arriva a 17 milioni di euro. A questi si aggiungono i circa 6 milioni di euro che gravano sulla Asl cagliaritana a seguito dell'incremento del tetto regionale sulle case di cura private». In questo quadro è evidente che sulla riforma, e quindi sulla partita del contenimento, si gioca l'intero finale di legislatura. Per questo Liori punta a separare al più presto l'assistenza dai centri decisionali dove si gestiscono gare, appalti, assunzioni, forniture. È su questo riordino che poggia l'asse della riforma per consentire la quale l'Assessore non ha esitato, nel settembre 2009, a rimuovere tutti gli otto direttori delle Asl sarde, insieme a quello dell'Azienda ospedaliera Brotzu (il polo d'eccellenza per i trapianti dell'isola), e ai due direttori delle Aou: in tutto 11 manager, tutti eletti durante la precedente legislatura, che ora si apprestano a dare battaglia al Consiglio di Stato per vedere riconosciuta l'illegittimità della loro rimozione e ottenere un congruo risarcimento presso il giudice del lavoro, che si attesterebbe complessivamente intorno agli 8 milioni di euro

fra stipendi non percepiti e danni subiti. Un'ipotesi non del tutto remota, visto che gli ex manager furono congelati per lasciare il posto a nuovi commissari temporanei il cui compito avrebbe dovuto essere, in sei mesi, di avviare di fatto l'analisi progettuale della riforma prevista dalla legge n. 3 del 2009, che però fra malumori della maggioranza, ammonimenti del Ministero e rimpasto dell'esecutivo non ha ancora visto la luce. Di fronte all'ennesima proroga dei commissari e nell'approssimarsi della sentenza di Palazzo Spada, la data del 31 marzo diventa dunque indifferibile per scongiurare l'allargamento del deficit della Sanità sarda, con il varo della riforma e la nomina dei nuovi manager che andranno a dirigere le aziende sanitarie dell'isola.

Paola Pintus

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GESTIONE/ Le risorse vanno riorganizzate secondo criteri di efficienza e appropriatezza

Obiettivo «valore» per l'Asl

Serve più conoscenza di bisogni effettivi e sistemi organizzativi e relazionali

La presentazione del recente Psn 2011-2013 ci deve portare a fare alcune considerazioni non solo sulle azioni che il Piano prevede ma se, e come, sia trattato in modo evoluto il concetto di «valore» nel Ssn e, quindi, nei diversi Ssr.

Il «valore» in Sanità può essere assimilato a «l'uso adeguato delle risorse dedicate dalla collettività alla Sanità secondo criteri di appropriatezza ed efficienza per fornire servizi di elevata qualità garantendo ai cittadini l'accesso e l'equità». Dunque questo concetto è connesso a quello di utilità e soddisfazione di bisogni ed è identificabile con il livello di salute raggiunto (e mantenuto) nella popolazione di riferimento, grazie all'azione integrata degli innumerevoli processi clinici e socio-assistenziali che tutti i giorni vengono realizzati nelle strutture sanitarie, processi che, appunto, sono la sequenza strutturata di attività finalizzate a produrre un servizio che ha valore per il cliente finale.

Dobbiamo però chiederci: le strutture sanitarie sono tutte effettivamente orientate alla produzione di valore? Siamo in grado di misurare quanto valore producono? I processi di produzione forniscono servizi in linea con questo obiettivo e siamo in grado di migliorarli continuamente le nostre aziende non in termini di «conformance» ma di «performance» fino a erogare solo prestazioni tarate sulle esigenze degli utenti, sapendo che queste sono in continuo cambiamento?

Temo che la risposta sia negativa e lo sia ormai da diversi anni. Innanzi tutto è doveroso ricordare che, se è vero che il nostro Servizio sanitario nazionale fu nel 2000 riconosciuto dall'Oms il secondo al mondo in termini complessivi di performance,

oggi dobbiamo considerare che non esiste più un Ssn in termini di «produzione di salute» ma 21 servizi sanitari regionali rigorosamente diversi fra loro in termini di attività, costi, risultati e, purtroppo, esiti di salute e quindi di «valore» prodotto.

Cosa dobbiamo fare per spingere verso un'inversione di rotta in qualità di professionisti attenti alle esigenze degli utenti?

Innanzitutto costringere i decisori a tutti i livelli istituzionali a predisporre piani o programmi non partendo dai costi, ma cominciando a definire quale valore, quali opportunità e quanta «salute» deve essere prodotta. Invece di ridurre il consumo di farmaci o l'uso di procedure diagnostiche, bisognerebbe stabilire che cosa vogliamo offrire, cosa è utile e necessario, che cosa è di valore che, a questo punto, giustifichi i costi di produzione necessari per realizzare, attraverso processi di produzione efficaci/efficienti, il massimo di outcome atteso per la popolazione, considerando il valore, in sintesi, come la migliore risposta organizzata per rispondere ai giusti bisogni delle persone.

Si dovrà partire dalla conoscenza precisa dei bisogni, e quindi, dalla domanda di salute della popolazione, e riprogettare l'offerta che dovrà necessariamente fornire risposte diversificate a fronte di bisogni diversificati.

Purtroppo abbiamo sempre lavorato in fase di pianificazione, programmazione, valutazione e controllo partendo dalla fine del processo e mai dal principio: riprogettiamo l'offerta partendo dai dati storici di produzione e mai dal bisogno/domanda espressa dagli utenti.

Fino a oggi le informazioni sull'offerta e quindi sulla risposta che il sistema fornisce agli utenti sono state preponderanti, mentre i biso-

gni effettivi li conosciamo ancora poco, sappiamo che sono dinamici, sempre più numerosi e diversificati, sempre più assistenziali e sociali invece che medicali, sempre più di benessere, di promozione della salute e di prevenzione invece che di cura.

Questo fatto è aggravato dalla scarsa conoscenza nelle aziende dei diversi sistemi sanitari regionali di ciò che, invece, è noto da molti anni, ovvero, che la fonte del «valore» si è spostata dagli asset (attività) tangibili a quelli intangibili che sono rappresentati dagli aspetti organizzativi interni (modelli, norme, procedure, istruzioni, regolamenti, strumenti di comunicazione) e da quelli relazionali esterni (immagine, reputazione, fidelizzazione e customer satisfaction), ma anche, e soprattutto, dal capitale umano aziendale (conoscenze, abilità e comportamenti) e da quello intangibile aziendale ovvero competenza, innovazione, multidisciplinarietà e clientela.

Il valore è anche l'appropriatezza della risposta, perché l'appropriatezza nasce dal corretto e opportuno riconoscimento di un giusto bisogno.

La risposta appropriata e unitaria dovrebbe portare, ovviamente, a un cambiamento anche del sistema di finanziamento. Fino a oggi abbiamo consentito che il fatturato delle nostre aziende fosse considerato obiettivo/valore e abbiamo favorito non solo la inappropriata, ma anche l'iniquità e, sempre e comunque, la «non qualità» con i costi non solo finanziari che essa comporta.

La risposta appropriata e unitaria richiede l'orientamento a obiettivi comuni tra ospedale e territorio, la pianificazione delle risorse in un sistema di controllo dei risultati condiviso e, quindi, un diverso sistema di finanziamento che premi l'approccio integrato per processi di cura.

Non realizzare ciò significa favorire un tipo di offerta centrata sull'ospedale con un sistema di finan-

ziamento senza controlli per poi scoprire, a consuntivo, che le Asl e le aziende ospedaliere sono in concorrenza tra loro aumentando e duplicando inutilmente servizi e prestazioni. Ovviamente ciò non prescinde dall'analisi puntuale dei costi di produzione ma, anche in questo caso, bisogna chiarire alcuni punti critici che tutti i professionisti, e non solo le direzioni strategiche, dovranno conoscere per gestire al meglio.

Certamente le Regioni hanno esigenze diverse e questo spiega perché non si possa arrivare a definire piani di azione comune esportabili in tutti i contesti, ma è indubbio che i distretti, sede naturale dove esercitare il governo della domanda, viva-no ancora in una fase di stabile incertezza per quanto riguarda il governo della committenza, la responsabilità della produzione diretta di attività/servizi a valenza territoriale, l'accesso ai servizi non erogati direttamente e la garanzia

dell'integrazione socio-sanitaria. Questo spiega, a mio parere, molte delle criticità che oggi vivono i diversi sistemi sanitari regionali.

La direzione da seguire prevede di aumentare il livello qualitativo/quantitativo dei servizi forniti agli «appropriati» utenti, riducendo al massimo, dove possibile, i costi complessivi, approfondendo costantemente la conoscenza dei bisogni, definendo obiettivi coerenti alle attese da raggiungere in una logica di miglioramento continuo all'interno di una rete adeguata di comunicazione fra utenti e istituzioni: l'attenzione deve passare dalla quantità dei beni alla qualità dei bisogni soddisfatti.

Le strategie da seguire sono note e interessano aspetti diversi ma tra loro coerenti con questo obiettivo: la strategia organizzativa ovvero lo sviluppo di nuove aree e funzioni

aziendali, quella produttiva che deve prevedere una reingegnerizzazione costante dei processi clinico-assistenziali, quella economico-finanziaria tesa al miglioramento congiunto della produzione e del governo della spesa, fino a quella istituzionale in una logica di governance, ovvero l'insieme costante e dinamico di «government» e «alliance» come correttamente fu delineato anni fa e a cui si dovrebbe sempre tornare come vero obiettivo comune.

Oggi è prematuro parlare di un sistema di valutazione basato solo sull'efficacia e sugli esiti, perché lo scenario attuale evidenzia la difficoltà di subordinare un efficace presidio della salute sull'intero territorio nazionale a un rigido impianto programmatico, cioè strutturato per l'impossibilità di rilevare in tempo utile eventuali carenze e attuare i necessari correttivi, ma anche per la mancanza di un'integrazione ottimale con la libera

iniziativa locale.

Gli aspetti su cui porre attenzione per raggiungere nuovi traguardi restano la centralità del cittadino, la valorizzazione del personale, vera risorsa in grado di creare valore aggiunto, e la qualità delle prestazioni fornite. Per raggiungere questi obiettivi occorrerà anche conoscere e applicare strumenti gestionali innovativi integrabili nella gestione delle organizzazioni sanitarie, ma bisognerà soprattutto riconoscere delle chiare priorità e avere la volontà di affrontare il problema politico dell'eguaglianza dei cittadini e della risposta differenziata ai bisogni diversi che uno stesso sistema sanitario deve sapere fornire.

Maurizio Dal Maso
Direzione sanitaria
Azienda sanitaria di Firenze

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TOSCANA

Screening, la Regione fa il pieno di chiamate

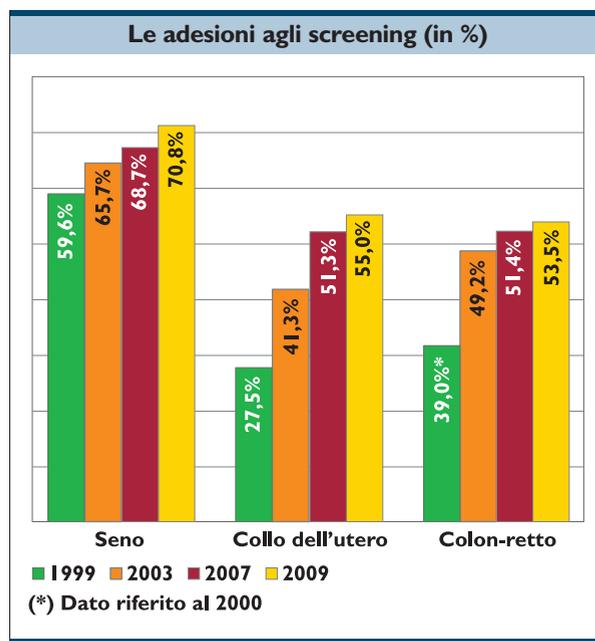
Cresce l'adesione agli screening offerti dal Servizio sanitario regionale della Toscana. Lo rileva l'11° Rapporto annuale dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo), che ha presentato a fine dicembre il volume che mostra risultati e attività di ricerca fino al 2009, con i dati sugli screening per il tumore della cervice uterina, della mammella e del colon-retto.

Secondo il rapporto, che mostra il trend degli ultimi anni, nel periodo 2007-2009 sono state invitate a fare il pap test (screening cervice uterina) offerte ogni tre anni alle donne tra 25 e 64 anni) 919.566 donne. Il programma ha raggiunto un'estensione, cioè il numero di donne invitate su quelle aventi diritto, del 96,2%, superando così del 30% la media nazionale nel 2008. Nel 2009 hanno risposto all'invito al test 147.141 donne su 265.965 in-

vitare (55%), un dato in progressivo aumento nell'ultimo decennio (27,5% nel 1999 e 44,4% nel 2004), che ha superato nel 2008 la media nazionale del 10 per cento.

Dal rapporto però si osserva una minore adesione da parte delle donne più giovani, dovuta a maggiore attività spontanea, convinzione di non ammalarsi in quanto giovani e alla presenza, in questa fascia d'età, di popolazione fragile come quella migrante che tende a partecipare meno.

Per quanto riguarda lo screening per il tumore della mammella (mammografia bilaterale offerta ogni due anni alle donne tra 50 e 69 anni) l'estensione negli anni 2008-2009 ha raggiunto il 92,7%, con un trend in aumento negli ultimi 4 anni, superando il dato del



2008 (69,5%) quando risultava comunque superiore al dato medio nazionale del 20%.

Alta e sempre in aumento anche l'adesione: nel 2009 hanno aderito 148.155 donne (70,8%) superando del 13% il dato medio nazionale del 2008. Il dato medio regionale di donne che hanno eseguito la mammografia per la prima volta è pari al 12,6%, mentre le donne che hanno già effettuato mammografie a seguito di precedenti inviti del programma sono il 5,8%. In entrambi i casi il tasso risulta in crescita negli ultimi quattro anni.

Infine, lo screening per il tumore del colon-retto (test offerto ogni due anni a uomini e donne tra 50 e 69 anni) registra dal 2005 una crescita dell'estensione (dal 50,4% del 2005 al 78,1% del 2009) che

supera il valore medio nazionale che si arresta al 37%. Nel 2009 sono state invitate 372.963 persone e hanno aderito all'invito 191.716 con una partecipazione media del 53,5%, ovvero il 6% in più rispetto al dato medio nazionale del 2008.

Per il futuro in Toscana sono previste novità e migliorie: sarà esteso il pap test alla fascia di età 70-74 anni, introdotto il test Hpv come test di screening primario in aree pilota di otto aziende sanitarie locali toscane, estesa la mammografia alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni, riconvertita l'attività spontanea all'interno di programmi di screening organizzato e sarà avviata una valutazione per introdurre nuove tecnologie come a esempio la mammografia digitale.

Roberto Tatulli

© RIPRODUZIONE RISERVATA