no 377) che inondava gli uffici dell'assessorato della Sanità. D'ora in avanti saranno invece i Comuni a stabilire quali requisiti siano necessari per usufruire delle prestazioni e a gestire cittadini: talassemici, emofilici ed emolinfopatici maligni, nefropatici, handicappati, affetti da patologie psichiatriche. Per un totale di circa diecimila. I beneficiari interessati che – con funzioni trasferite per quanto riguarda l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'impiego dei fondi da parte dei Comuni. Rimangono immutati (secondo le disposizioni delle leggi di settore) del permanente ricorso alle convenzioni per lo svolgimento di compiti di coordinamento e di esercizio delle funzioni socio-assistenziali «perché – afferma la relazione alla dal 1999, se un Comune ha usufruito di contributi per almeno cinque anni – anche in forma discontinua – e decida di continuare ad avvalersene, potrà continuare a farlo, ma assumendo di collaborazioni esterne. L'impegno finanziario è stimato in 200 milioni per il prossimo biennio.

Puccio Lai

BASILICATA

Il 118 punterà sull'elisoccorso

Il 118 in Basilicata ha fatto un importante passo avanti. Si è conclusa, infatti, la gara di appalto per la realizzazione del sistema di comunicazione e della centrale operativa per l'emergenza sanitaria. In Basilicata il 118 e funzionerà con un'unica centrale operativa localizzata a Potenza nell'area dell'azienda ospedaliera San Carlo. L'obiettivo del 118 è quello di garantire il soccorso nell'intero territorio regionale in un tempo medio di 20 minuti. Per ottenere questo risultato un peso rilevante è stato riservato alla creazione di una fitta rete di punti territoriali di soccorso, e - soprattutto - al ruolo dell'elisoccorso.

I punti territoriali di soccorso attrezzati con ambulanze di soccorso, ambulanze di soccorso avanzate e auto medicalizzate saranno 49. Le auto medicalizzate saranno affidate ai medici di "guardia" e saranno distribuite in considerazione dei punti territoriali di soccorso più vicini, presidiati da autisti soccorritori e infermieri professionali. Le ambulanze di soccorso avanzate saranno, invece, dislocate nei sei pronto soccorso attivi (Psa), che avranno la disponibilità di sistemi di telemedicina: dal Psa i medici sosterranno le attività dei soccorritori grazie alle informazioni che i sistemi informatici installati sulle auto medicalizzate e le autoambulanze invieranno loro nello stesso momento dell'acquisizione del paziente (elettrocardiogramma, elettroencefalografia, ecc.).

Il punto di forza del 118 lucano, tuttavia, sembrano essere gli elicotteri. Ce ne saranno due (la gara di appalto del servizio è stata già completata): uno a Potenza (pronto a volare 24 ore), l'altro a Matera (12 ore), con la possibilità - secondo le previsioni del dipartimento sicurezza sociale - di raggiungere entro 15 minuti qualsiasi punto della Regione. Gli elicotteri potranno contare su 14 elisuperfici (una per ogni ospedale) e in prospettiva su altre 11 che la Protezione civile conta di realizzare. I due elicotteri (ma la società aggiudicataria in pratica ne dovrà rendere disponibili tre, per garantire sempre il servizio anche durante le manutenzioni) sono certificati per operare nel volo strumentale e soprattutto nell'atterraggio strumentale. L'attività sarà supportata dal sistema di comunicazioni: l'appalto (19,5 miliardi) prevede che i ponti radio assicurino la copertura del 95% del territorio e del 98% della popolazione. Altro passaggio "delicato" è la formazione del personale: per questo la Regione ha stipulato convenzioni con l'Emilia Romagna e l'azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia di Udine. E' una corsa contro il tempo: l'obiettivo è rendere operativo il 118 entro la fine del 1999.

Gianni Molinari

I numeri dell'emergenza

1	Centrale operativa regionale a Potenza
6	Pronto soccorso attivi nelle sei aziende sanitarie
49	Punti territoriali di soccorso
2	Elicotteri abilitati al volo notturno
14	Elisuperfici attrezzate al volo notturno
1	Base operativa degli elicotteri attiva 24 ore (Potenza)
1	Base operativa degli elicotteri attiva 12 ore (Matera)
20	Ponti radio digitali
95%	Copertura territorio assicurata dalla rete radio
98%	Copertura popolazione assicurata dalla rete radio

LOMBARDIA

Dal Niguarda largo all'evidence based medicine

Da tempo esiste un grave squilibrio tra limitazione delle risorse e crescita dei costi e della domanda di salute, che permette ai sistemi sanitari solo di garantire un livello omogeneo di assistenza su obiettivi prioritari di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione. Nella programmazione delle strategie per garantire la qualità dell'assistenza in un regime di risorse limitate, uno dei principali ostacoli è rappresentato dall'insufficiente comunicazione tra ricerca e pratica clinica. Infatti, accanto alla limitata diffusione di interventi sanitari efficaci, si consumano risorse utilizzando procedure inefficaci, o addirittura dannose.

Negli ultimi anni, la comunità scientifica internazionale ha assistito alla rapida diffusione della «Evidence based medicine» (Ebm), presentata ufficialmente nel 1992 come metodologia per applicare i risultati della ricerca al paziente individuale, ma presto utilizzata per pianificare le scelte di politica sanitaria. La Ebm prevede infatti, la descrizione esplicita delle fonti su cui programmare l'assistenza sanitaria: le decisioni opinion-based - fondate sul parere soggettivo degli esperti (o su esperienze aneddotiche!) - diventano evidence-based. In altre parole, è necessario ricercare sistematicamente, valutare e rendere disponibili le migliori evidenze scientifiche, quali prove di efficacia degli interventi sanitari per pianificare le decisioni (e gli investimenti) che riguardano la salute di una popolazione.

Tuttavia, mentre in diversi Paesi - Regno Unito, Canada, Australia, Olanda - la Evidence-based health care già da tempo costituisce la metodologia di riferimento per pianificare la politica sanitaria, solo recentemente in Italia il Psn 1998-2000 (dove «evidenze scientifiche» ricorre ben 10 volte!) sostiene che «le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche» e che «raccolta e analisi delle evidenze scientifiche disponibili devono essere utilizzati per la costruzione di linee guida». Inoltre, il programma di Ricerca & Sviluppo 1998 includeva tra i temi ammessi al finanziamento: «Applicazione di Evidence based medicine nel Ssn».

Presso l'azienda ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, l'Ufficio per il Miglioramento continuo della qualità (Mcq) opera dal 1992 in diversi settori che accreditano i moderni sistemi sanitari. In particolare, ha presto identificato nella Ebm il metodo di riferimento per la produzione di linee guida (tra cui due, trauma cranico minore e valutazione anestesiologica e esami pre-operatori, di rilevanza nazionale), e ha promosso la Ebm attraverso convegni e corsi di formazione. A conferma di questa tendenza nell'ambito dell'ufficio Mcq è stato istituito l'Evidence-based medicine Niguarda Centre che, avvalendosi del know-how acquisito dal Gimbe (Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze), ha l'obiettivo di introdurre sistematicamente nell'azienda la cultura e gli strumenti della Ebm, oltre che di esportarli in altre strutture sanitarie. Infatti, nel primo semestre del 1999 sono previsti due workshop sulla Ebm e la seconda edizione del convegno «Evidence-based medicine. Nuove metodologie per la Sanità del terzo millennio».

Antonino Cartabellotta
Ufficio per il miglioramento continuo della qualità - Niguarda