

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **20-21** PROJECT FINANCING. Finlombarda: l'Italia retrocede sulla finanza di progetto A PAG. **21** VENETO. L'eredità di Health Optimum tra telemedicina e progetti futuri A PAG. **22** MERCATI&NEWS. Apparecchiature, super-patto Fondazione S.Camillo-Esate

CAMPANIA/ Apre un nuovo reparto specialistico che punta a diventare un polo per tutto il Mezzogiorno

Cardiologia d'eccellenza al Monaldi

Il centro nasce dalla fusione delle aziende ospedaliere voluta dal piano di rientro

Creare eccellenze al Sud è la strada principale per arginare la fuga dei pazienti e i viaggi della speranza verso gli ospedali del Nord. Nasce da qui e da questa esigenza il nuovissimo reparto di Cardiologia all'ospedale Monaldi della Seconda università degli studi di Napoli. L'obiettivo di questo modernissimo reparto - inaugurato la settimana scorsa dal ministro della Salute, Ferruccio Fazio - è quello di dare vita a un punto di riferimento per la cardiologia, la cardiocirurgia e la pneumologia per tutto il Mezzogiorno e quindi anche per i pazienti che possono arrivare da altre Regioni.



Un'immagine del nuovo reparto inaugurato al «Monaldi»

La nuova struttura si innesta nel piano di riorganizzazione della Sanità campana e vuole rappresentare un tentativo di integrazione, si spera ben riuscita, tra il mondo accademico e ospedaliero. Il reparto che ospiterà 32 pazienti nasce, infatti, come un progetto ideato all'interno del piano di rientro del settore

sanitario approvato nel settembre del 2010, accorpando le discolte aziende ospedaliere cittadine «Monaldi», a indirizzo pneumo-cardiovascolare, il «Cotugno» a indirizzo infettivologo ed epatologico e il Cto (Centro traumatologico ortopedico) a indirizzo ortopedico-riabilitativo. «È un reparto di eccellenza - ha spiegato il ministro Fazio - che rispecchia il nuovo corso che stiamo imprimendo alla Sanità,

basato su ospedali specializzati, attrezzati e di breve degenza. Le patologie, soprattutto quelle croniche, vanno curate sul territorio, ma quando serve il ricovero ci vogliono strutture specializzate come questa».

Per Raffaele Calabrò, consigliere per la Sanità del presidente della Regione Campania Stefano Caldoro, che ha illustrato le peculiarità e la vocazione che incarna la nuova struttura, la Sa-

nità campana deve puntare su due grandi fronti: «La creazione di centri d'eccellenza, di cui questo reparto ne è un esempio, e la creazione di una rete di collegamento tra le strutture sanitarie e il territorio». Altro compito a cui può essere deputato il nuovo reparto è quello di «terminale della rete di collegamento e sentinella d'accoglienza per i pazienti che possono arrivare da altre Regioni».

«L'inaugurazione del nuovo reparto - ha aggiunto il direttore generale Antonio Giordano - è un tassello nel complesso dei servizi di eccellenza dedicati ai pazienti e una tappa di quel percorso di integrazione tra il mondo accademico e ospedaliero, che ritengo essere una premessa fondamentale per l'applicazione della missione stessa della medicina, sapere universitario e operatività ospedaliera in una stretta sinergia collaborativa».

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

Il value-based healthcare "unità di misura" delle prossime politiche sanitarie

di Nino Cartabellotta *

Il miglioramento delle performance e l'accountability di un sistema sanitario sono strettamente legati alla definizione di obiettivi condivisi tra tutti gli stakeholders: cittadini, pazienti, organizzazioni sanitarie pubbliche e private, istituzioni di politica sanitaria, professionisti, industria ecc. Questi diversi attori, in realtà, hanno molteplici obiettivi individuali e spesso conflittuali: contenimento dei costi, profitti, elevati standard di qualità, soddisfazione degli utenti, semplificazione di accesso ai servizi, disponibilità di tecnologie avanzate, autonomia professionale ecc. Di conseguenza, la mancata condivisione degli obiettivi tra gli stakeholders innesca un pericoloso gioco d'azzardo fatto di approcci divergenti al management e alle politiche sanitarie che ostacolano il miglioramento delle performance professionali, organizzative e dell'intero sistema sanitario.

In un momento particolarmente critico in cui la sostenibilità del sistema pubblico è costantemente in bilico tra inapproprietezze e tagli indiscriminati, è possibile riallineare i numerosi e frammentati obiettivi di tutti gli stakeholders?

Secondo Michael Porter della Harvard Business School di Boston, l'obiettivo primario dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere universalmente riconosciuto nell'high value per i pazienti: definito come il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata, dovrebbe accomunare gli interessi di tutti gli stakeholders, contribuendo ad aumentare la sostenibilità del sistema sanitario.

Da alcuni anni il termine value-based healthcare fa capolino nella letteratura internazionale generando - come già accaduto per l'Evidence-based medicine e la Clinical governance - un certo scetticismo tra i professionisti che intravedono nel nuovo slogan il solito obiettivo della riduzione dei costi.

In realtà il value, ben lontano dall'essere una entità astratta o una parola in codice per indicare tagli finanziari, rappresenta l'unità di misura più concreta e innovativa per guidare le strategie organizzative e le politiche sanitarie del terzo millennio, perché mette in relazione diretta i risultati ottenuti dall'assistenza sanitaria (efficacia, sicurezza) con le risorse utilizzate (efficienza).

Il value risulta dal rapporto tra outcome e costi: il denominatore è rappresentato dai costi sostenuti per erogare l'intero percorso assistenziale e non solo quelli relativi ai singoli servizi e prestazioni, mentre il numeratore è

SEGUE A PAGINA 19

TOSCANA

Totem stampa-referti

Le più grandi farmacie comunali di Livorno consentono al cittadino di stampare i referti delle analisi e delle lastre direttamente dai tre nuovi totem installati in altrettanti presidi. L'importante è presentarsi in farmacia muniti della tessera sanitaria elettronica attivata: l'Asl, prima in Italia, avvia la mini-rivoluzione che rientra nell'ottica di netto snellimento dei carichi burocratici in capo all'utenza. «Con questa scelta - ha spiegato infatti il Dg **Monica Calamai** - abbiamo voluto compiere un ulteriore passo verso la semplificazione dei rapporti tra la Sanità e i cittadini».

I nuovi totem sono stati brevettati da tecnici dell'Asl. Che al cittadino chiedono di seguire quattro passaggi: inserire la tessera sanitaria elettronica, digitare il Pin, selezionare il referto da stampare e premere "stampa".

La mini-rivoluzione sarà progressivamente seguita da una serie di altre innovazioni: dalla possibilità di cambiare, sempre attraverso il totem, il proprio medico di base, alla prenotazione del ritiro delle cartelle cliniche.

Il benessere dell'operatore

Rispettare l'ambiente e allo stesso tempo migliorare il proprio benessere. Ecco il messaggio della campagna "Al lavoro in salute", lanciata dall'azienda ospedaliero-universitaria Careggi di Firenze tra i propri dipendenti.

Salute, attenzione al contesto ambientale e benessere nelle relazioni tra operatori e utenti. Sono queste le tre direttrici di un'idea - "a costo zero" perché realizzata con risorse interne all'Aou - divulgata dalle sei mele che campeggiano nei manifesti affissi nei padiglioni della struttura. I consigli? Consumare calorie facendo le scale, risparmiare elettricità, controllare i valori di glicemia e colesterolo, essere informati sulla distanza tra un padiglione e l'altro, per sapere quanti passi si fanno ogni giorno. (B.Gob.)

LOMBARDIA

Staminali del sorriso

Nasce al Policlinico di Milano la prima "banca del sorriso": una banca pubblica non profit per conservare le cellule staminali dentali. La novità rispetto alle altre "banche" è che qui le staminali, contenute nella polpa dentale, non vengono estratte dal dente; viene conservato tutto il dente sin dall'inizio, per poi aprirlo al momento di utilizzare le cellule.

CODICE AIOP

Etica per le cliniche

Un codice etico nuovo di zecca che integra lo statuto elencando i principi imprescindibili che dovranno improntare l'attività delle case di cura private: se ne è appena dotata l'Aiop (ospedale privato), con un documento che detta i principi etici associativi e propone lo schema tipo di codice etico aziendale che le strutture sanitarie associate - oltre 500 - sono chiamate ad adottare.

IN BREVE

▼ **Umbria/ 1: anagrafi à go-go** L'Umbria è la prima Regione ad aver attivato, nell'ambito della "circolarità anagrafica", l'aggiornamento automatico delle anagrafi delle Asl umbre con i dati provenienti dalle anagrafi comunali. Ciò grazie alla cooperazione nell'ambito della "Community Network dell'Umbria".

▼ **Umbria/ 2: via a Cup on line** Collaudo positivo, da parte del Dipartimento per la digitalizzazione della P.a. e l'innovazione tecnologica, per il progetto "Rete dei centri di prenotazione - Cup on line" che vede impegnata la Regione come capofila nella realizzazione di un Centro unico di prenotazione sovregionale.

▼ **Liguria: nuovi manager Asl** Due novità e due riconferme nelle nomine dei Dg Asl. Nominati rispettivamente alla Asl 1 Imperiese e alla 3 Genovese **Mario Cotelessa** e **Corrado Bedogni**. **Flavio Neirrotti** e **Gianfranco Conzi** sono confermati all'Asl 2 Savonese e alla 5 Spezzina. **Paolo Cavagnaro** era stato confermato a Chiavari nel 2010.

▼ **Lombardia: dialisi al S.Anna** Avrà 15 posti contro gli attuali 9 e spazi rinnovati per pazienti e operatori la nuova dialisi dell'Ao S.Anna di Como: il cantiere appena inaugurato prevede la ristrutturazione di uno spazio di 500 metri quadri per un investimento di circa 800mila euro. Consegna lavori entro settembre.

LIGURIA/ Premio e-Gov al "Galliera" di Genova per la smaterializzazione dei documenti



Midollo, l'archivio è digitale

Il centro, sede del Registro italiano donatori, migliora tempi ed efficienza

Nel 1989 è stato dato il via alla realizzazione, presso l'Ospedale Galliera di Genova, del Registro italiano donatori di midollo osseo (noto come Ibmdr- "Italian Bone Marrow Donor Registry"), al fine di reperire persone disponibili a offrire le cellule staminali ematopoietiche (Cse) a favore di pazienti con gravi malattie del sangue.

Il progetto, cui lo scorso 21 giugno è stato assegnato il premio e-gov, è basato sui seguenti assunti:

- il trapianto di Cse è potenzialmente curativo per molte forme di leucemie, linfomi e altre malattie del sangue;
- solo il 30% di malati trova fra i familiari un donatore compatibile.

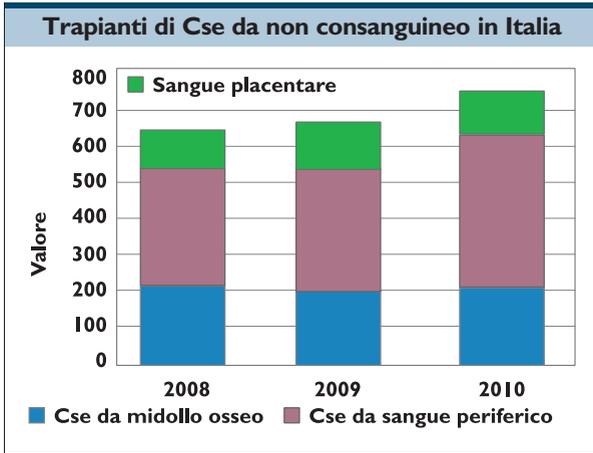
Del progetto, deputato alla ricerca di Cse da non familiare con finalità di trapianto, l'ospedale Galliera cura anche la gestione informatica.

L'Ibmdr, riconosciuto quale unica struttura di interesse nazionale, coordina le attività dei Registri regionali e corrisponde agli analoghi organismi esteri. In particolare svolge anche funzioni di raccolta documentale, registrazione delle attività di ricerca e reperimento delle Cse.

Tutte le informazioni e le comunicazioni riguardanti pazienti e donatori debbono essere registrate, conservate e protette da accessi non autorizzati o accidentali. Tutta la documentazione inerente una procedura di donazione/trapianto va conservata per almeno 30 anni. Ogni documento deve essere datato e tracciato (mittente, destinatario, operatori).

L'esperienza dei Servizi informatici e telecomunicazioni (Siet) nel settore della dematerializzazione dei documenti clinici presso il Galliera è stata riutilizzata per le esigenze documentali del Registro. La necessità di scambiarsi informazioni in tempo reale e in maniera precisa è fondamentale per garantire il successo della ricerca del donatore. Tutte le informazioni di ogni singolo centro devono pervenire anche al Registro nazio-

L'identikit in cifre	
Al registro afferiscono:	
Laboratori di Istocompatibilità:	56
Centri trapianto:	54
Centri donatori:	84
Banche di sangue cordonale:	18
Numeri:	
Potenziali donatori in Italia:	332.831
Unità di sangue cordonale disponibili per la ricerca in Italia:	24.860
Potenziali donatori adulti nel mondo:	17.282.939
Unità di sangue cordonale disponibili per la ricerca nel mondo:	481.971
Pazienti in attesa di trapianto:	2.447
N° di comunicazioni gestite nel 2010:	70.819
N° Trapianti di CSE da non consanguineo in Italia nel 2010:	740



E nel 2010 la Sardegna si conferma prima per donatori

La Sardegna si conferma prima tra le Regioni italiane (in rapporto alla popolazione residente) per donatori di midollo osseo. Nel Registro nazionale dei donatori risultano quasi 21.000 iscritti sardi su una popolazione di un milione e 650.000 abitanti: 23,14 per milione di persone, considerando la popolazione residente tra i 18 e i 55 anni. Per "potenziali donatori" si intendono gli iscritti nel Registro regionale in presupposte condizioni di buona salute compresi in quella fascia d'età. Dal 1992 hanno già donato il midollo osseo 149 volontari sardi. Nel 2009 i donatori sono stati 8, nel 2010 altri 9. Per molti pazienti affetti da malattie ematologiche neoplastiche (come leucemie o linfomi) e non (come talassemia o anemia plastica), il trapianto di midollo osseo rappresenta

una valida possibilità di trattamento e di guarigione. Con il trapianto viene effettuata la sostituzione del midollo osseo malato con cellule sane, capaci di rigenerare il sangue circolante.

«Un brillante risultato frutto di vari fattori - ha sottolineato l'assessore alla Sanità **Antonello Liori** - L'impegno delle Istituzioni che da anni sorreggono questa attività, la professionalità degli operatori, l'operosità capillare delle sezioni isolate Admo (Associazione donatori midollo osseo) e, soprattutto, la generosità dei cittadini sardi. Un prossimo importante passo in questo settore sarà l'apertura della banca del cordone ombelicale, che pensiamo di inaugurare entro l'estate. Passaggio decisivo per la "banca" sarà la messa in rete di tutti i punti nascita dell'isola».

nale, snodo di tutte le comunicazioni nazionali e internazionali dirette da e verso l'Italia. La ricerca delle Cse non si ferma infatti ai singoli centri donatori o banche di sangue cordonale nazionali, ma prosegue fra i 17 milioni di donatori presenti nell'intera rete mondiale.

Gli scambi documentali, sino al 2009, avvenivano via fax analogici, quindi sia il centro inviante che l'Ibmdr mantenevano un proprio archivio cartaceo con gli stessi documenti, generando problematiche quali: mancata ricezione del documento, errata archiviazione, rallentamenti negli scambi di informazione e conseguente dilazione dell'attesa per reperire il donatore compatibile.

Ottenuta, a fine 2008, l'autorizzazione dal Centro nazionale trapianti, per la dematerializzazione della documentazione car-

Il percorso

Quando un paziente entra all'interno del sistema si innescano i seguenti step:

Il paziente segue una serie di procedure (tra cui il rilascio del consenso al trattamento dei dati clinici e genetici)

Gli esami vengono eseguiti presso uno dei laboratori di istocompatibilità (HLA) accreditati presenti sul territorio.

Attraverso gli esami HLA il paziente viene quindi tipizzato ovvero viene identificato il suo codice unico genetico che servirà per stabilirne la possibile compatibilità con il donatore.

Viene creata una cartella digitale che raccoglie tutti i dati del paziente (clinici, genetici e diagnostici), le informazioni utili alla ricerca e, via, via tutti i documenti e le informazioni scambiate.

Viene quindi confrontato il codice genetico del donatore (HLA) con quello dei potenziali donatori.

Sui donatori potenzialmente compatibili vengono eseguiti ulteriori test genetici fino a identificare quello più idoneo alla donazione

tacea attraverso un sistema digitale che rispondesse ai requisiti vigenti in termini di sicurezza, riproducibilità del documento, protezione e tutela dei dati sensibili, si è iniziato il percorso che

ha portato all'attuale organizzazione.

Rendere più efficiente questo flusso di informazioni (circa 1.200 fax al giorno in entrata e in uscita) è stato l'obiettivo del

progetto, realizzato in tre fasi.

1) Nel 2009 il servizio di ricezione dei fax è stato convertito da analogico a digitale (Pdf) con automatismi di smistamento e archiviazione in cartelle per mittente.

2) Nel 2010, attraverso una piattaforma documentale condivisa, sono state informatizzate alla fonte le comunicazioni bidirezionali dei referti Hla (tipizzazione) fra il laboratorio di istocompatibilità del Galliera e le 5 ematologie che vi indirizzano i pazienti e i loro familiari per la tipizzazione.

3) Successivamente, sempre nel 2010, è stata avviata la gestione documentale completa per i pazienti fra i primi due centri trapianto pilota (Bergamo e la rete trapiantologia metropolitana di Roma) e il Registro nazionale, garantendo l'accesso ai soli dati di competenza. I sin-

goli centri trapianto possono così accedere all'unico archivio centrale, con credenziali che consentono loro la visualizzazione/gestione solo dei documenti di propria pertinenza (gli archivi analogici prima erano doppi!).

Si prevede di estendere progressivamente la modalità di accesso di cui al precedente punto 3) agli altri centri trapianto, tuttavia grazie all'intervento descritto al punto 1) l'archivio nazionale è già completamente digitalizzato dal 2010.

Tecnicamente si tratta di un sistema di: acquisizione della documentazione clinica del paziente, archiviazione digitale, scambio bidirezionale con i centri trapianto periferici tramite web al portale Ibmdr attraverso connessione sicura Https, tracciatura degli eventi di consultazione e possibilità di ricerca indicizzata. Tutti i fax ricevuti dal Registro nazionale vengono acquisiti in formato Pdf e un operatore provvede ad associarli al paziente direttamente nella sua cartella digitale. Per la gestione documentale si è utilizzata la piattaforma Archidoc di Siav.

L'andamento dei trapianti di Cse (da non consanguineo) in Italia effettuati dal 2008 al 2010 è indicativo del successo degli adeguamenti organizzativi introdotti dalla dematerializzazione. Dal 2010, anno di avvio a regime del progetto, il miglioramento nella tempestività delle comunicazioni (in media un giorno recuperato per ciascuna, in situazioni dove il tempo è vitale per i pazienti) ha consentito di incrementare del 13% i trapianti 2009.

Nel contempo si è realizzato un sensibile snellimento delle procedure e una riduzione degli errori.

Nicoletta Sacchi
Direttore s.c.
Laboratorio di Istocompatibilità e Ibmdr
Carlo Berutti Bergotto
Direttore s.c.
Servizi informatici e telecomunicazioni (Siet)
Ospedale Galliera - Genova

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUE DA PAGINA 18

ANGOLO DI PENNA

costituito dagli outcome specifici per ciascuna condizione/malattia articolati in una gerarchia a tre livelli. L'esempio sul carcinoma della mammella dimostra che gli outcome necessari a definire il value, oltre a essere multidimensionali, includono tutte le condizioni clinicamente rilevanti per i pazienti durante un follow-up sufficientemente lungo.

Livello 1. Status di salute ottenuto o mantenuto

- Sopravvivenza: a 1, 3, 5 anni.
- Grado di salute o di recupero: remissione, status funzionale, preservazione della mammella, outcome correlati alla chirurgia conservativa.

Livello 2. Processo di guarigione

- Tempi di guarigione e di ripresa delle normali attività: tempo di remissione, tempo necessario per ottenere un adeguato status funzionale ed estetico.

- Conseguenze negative dei processi assistenziali (errori diagnostici, interventi sanitari inefficaci, discomfort, effetti collaterali, complicanze ecc.): infezioni ospedaliere, nausea, vomito, neutropenia febbrile, limitazioni motorie, depressione, discomfort e complicanze conseguenti alla ricostruzione della mammella.

Livello 3. Sostenibilità dello status di salute

- Sostenibilità della salute, guarigione, recidive: sostenibilità dello status funzionale, recidive della neoplasia e loro conseguenze.
- Conseguenze a lungo termine degli interventi sanitari (incluse le malattie iatrogene): incidenza di una seconda neoplasia primitiva, plessopatia brachiale, osteoporosi precoce.

Ma i sistemi informativi delle organizzazioni sanitarie sono già predisposti a trasformare il concetto di value in concreta unità di misura? Progettati per archiviare i dati clinici ne-

cessari a ottenere rimborsi e i dati economici per centri di costo e servizi utilizzati (diagnostica, farmaci, presidi ecc.), non permettono attualmente una raccolta sistematica degli outcome, in particolare quelli a medio e lungo termine; inoltre, non sono in grado di valutare i costi sostenuti per l'intero percorso assistenziale, soprattutto se erogato in setting differenti (ospedale, territorio, domicilio); infine, archiviano in maniera limitata tutte le variabili prognostiche indispensabili per applicare le tecniche di "risk adjustment".

È indubbio che l'attuale impossibilità di mettere al centro del sistema l'incremento del value, predisponendo gli strumenti per misurarlo accuratamente, rallenta le innovazioni organizzative e perpetua l'attuale "micro-management" dei processi assistenziali, burocratizzante, costoso e incapace di fornire dati di sistema. Di conseguenza, per garantire la pro-

pria sostenibilità, il sistema sanitario può affidarsi solo a strategie di contenimento dei costi che, senza adeguata valutazione degli esiti assistenziali, rappresentano una manovra pericolosa per la salute pubblica perché impongono vincoli forzati all'erogazione di interventi sanitari efficaci.

Bisogna dunque concludere che il value è un concetto futuribile che appartiene solo alla "fantasmità"?

William Gibson ci ricorda che: «Il futuro è già qui, semplicemente non è distribuito in maniera uniforme». Forse questo futuro, in un sistema cristallizzato dove impera una strenua resistenza alle innovazioni organizzative e professionali, richiede cambiamenti troppo radicali per rinunciare a un presente che in altri sistemi sanitari è già trapassato remoto!

* Presidente Gimbe