SERVIER ITALIA
creatività nella ricerca

Il Sole 24 ORE
Sanità

I.F.B. STRODER

AZIENDE&TERRITORIO

A PAG. 20 **SICILIA.** Edilizia sanitaria da un miliardo. E all'alta tecnologia vanno circa 400 milioni A PAG. 21
APPALTI. Via libera ai bandi-tipo per le gare di servizio e fornitura A PAG. 22
MERCATI&NEWS. Sperimentazioni cliniche: le ricette per un'Italia appetibile

TRENTINO ALTO ADIGE/ Salute mentale: è nata a Bruxelles la rete europea del «fareassieme»

Il modello Ufe fa scuola in Europa

Dalla Svezia alla Germania spopola la buona pratica degli «utenti familiari esperti»

Il modello trentino del "fareassieme" fa scuola anche in Europa. Nei giorni scorsi, una delegazione composta da una ventina di persone, tra le quali anche una decina di Ufe, gli "utenti familiari esperti" che sono diventati un pilastro della salute mentale trentina, si è recata a Bruxelles per dar vita a una rete europea del "fareassieme". In questo modo l'approccio, nato alla fine degli anni Novanta a Trento, e oramai diffuso in una quindicina di Dipartimenti di salute mentale italiani, da Roma a Cagliari, da Palermo a Bologna, potrà essere esportato anche in altri Paesi europei. All'incontro, che si è svolto venerdì 19 ottobre nella Sala di rappresentanza della Provincia autonoma di Trento nella capitale belga, erano presenti rappresentati di Svezia, Norvegia, Francia, Inghilterra e Germania. Tutti colpiti dall'esperienza di questa piccola realtà italiana e, in particolar modo, dagli Ufe. Queste figure, riconosciute anche economicamente dall'azienda sanitaria provinciale, hanno un ruolo indispensabile in quel "curare plurale" che caratterizza il "fareassieme": in virtù della loro esperienza legata al disagio psichico, rappresentano una preziosissima risorsa per gli operatori e per i pazienti in cura. Agli Ufe sarà anche dedicata una mezza giornata all'interno del Microsystem Festival, importante meeting mondiale sulle buone pratiche in ambito sanitario organizzato da Qulturum, prestigioso centro di ricerca sulla qualità totale in Sanità che si svolge tradizionalmente a Jonkoping, in Svezia.

Insomma, il modello trentino, recentemente apprezzato anche dalla commissione Marino in Parlamento, continua a diffondersi, come una luce che s'irradia pian piano: prima a livello locale, poi nazionale e ora in ambito internazionale. «A Bruxelles - afferma il primario del Servizio di salute mentale di Trento, **Renzo De Stefani** - si è creato un network che può diffondere la buona pratica trentina nel Vecchio continente, dopo aver destato interesse negli Stati Uniti, in Cina e in Giappone. E più faremo reti col mondo, più questo modello potrà contagiare altre realtà». L'obiettivo è quello di migliorare, a tutte le latitudini, gli standard di cura per chi soffre di disagio psichico. Con più umanità e meno medicine. L'esperienza del "fareassieme" dimostra che si può fare. Che è fondamentale coinvolgere i familiari nel percorso di cura e che l'attività lavorativa è indispensabile per ridare fiducia e motivazioni. Ma anche la musica, a esempio, può essere una medicina eccellente. Una prova eclatante è rappresentata dagli "Animali Strani", la band del Centro di salute mentale di Trento composta da tre utenti, tre giovani del Servizio civile, un dipendente dell'azienda sanitaria trentina e una laureanda in riabilitazione psichiatrica. Si sono esibiti a Bruxelles, suonando le loro 11 canzoni inedite, e hanno entusiasmato i presenti in sala, utenti, ex utenti, familiari di utenti, che alla fine si sono lasciati andare in una danza gioiosa. Il miglior messaggio possibile per dire al mondo che la malattia mentale si può sconfiggere. Anche a passo di danza.

Jacopo Tomasi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANGOLO DI PENNA

La roulette russa degli incentivi per ridurre il gap tra evidenze scientifiche e pratica clinica

di Nino Cartabellotta *

Le migliori evidenze scientifiche non vengono trasferite in maniera lineare alla pratica professionale: infatti, accanto alla mancata prescrizione di interventi sanitari efficaci, si assiste al continuo utilizzo di interventi inefficaci, inappropriati e, talvolta, dannosi per i pazienti. Tutti i comportamenti inappropriati (overuse, underuse, misuse) riducono l'efficacia dell'assistenza sanitaria, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di denaro pubblico (sino al 30% secondo alcune recenti valutazioni), impossibile da identificare e contenere con gli strumenti delle politiche di spending review.

Tra le strategie per ridurre i gap tra evidenze e pratica clinica negli ultimi anni vari sistemi sanitari sono stati sedotti dall'intrigante pay-for-performance (P4P), ossia l'erogazione di incentivi economici legati al raggiungimento di specifici indicatori di qualità. A livello internazionale, l'esperienza più rilevante è quella del Quality and outcomes framework (Qof) che nel Regno Unito prevede per i general practitioner una retribuzione integrativa (sino al 25%) legata al raggiungimento di 147 indicatori di performance con un investimento di circa 1,3 miliardi di euro/anno.

Ma quali evidenze supportano questa costosa strategia di miglioramento?

Se in settori differenti dalla Sanità gli incentivi possono migliorare motivazione e performance dei lavoratori, in ambito sanitario le prove di efficacia degli incentivi economici sono modeste e poco consistenti e non si conoscono i loro effetti sugli esiti dell'assistenza. In particolare, una Cochrane review ha dimostrato che in alcuni contesti gli incentivi sono efficaci su specifici outcome, ma conclude che «non esistono sufficienti evidenze per supportare, o meno, l'uso degli incentivi economici per migliorare la qualità delle cure primarie».

Considerato l'enorme interesse dei sistemi sanitari per il P4P, Paul Glasziou et coll. hanno recentemente proposto una checklist per guidare chi intende utilizzare questa strategia avvincente, ma costosa al tempo stesso (Bmj 2012;345:e5047). Nella prima sezione della checklist sei domande permettono di valutare le basi scientifiche e organizzative per avviare un programma di P4P: se la risposta ad almeno una delle 6 domande è negativa, il programma di incentivazione dovrebbe essere differito o abbandonato. Le domande della seconda sezione supportano l'implementazione del programma di incentivazione.

Sezione A. Valutazione delle basi scientifi-

CONTINUA A PAGINA 20

VENETO

«Cacciatori» di Dg

Saranno i valutatori della Praxi Spa, azienda internazionale specializzata in consulenza organizzativa nel processo di miglioramento, sviluppo e rinnovamento di aziende ed enti pubblici, i "cacciatori di teste" che selezioneranno i futuri manager delle Asl venete.

Lo ha annunciato il governatore Luca Zaia, informando che l'incarico, dopo regolare procedura, è stato affidato con decreto del segretario regionale per la Sanità Domenico Mantoan, alla Praxi Spa per un importo di 38.599 euro, con un ribasso del 46,833% rispetto alla base d'asta. «Cominceranno - ha aggiunto Zaia - per presentarmi una rosa di candidati idonei, secondo le loro valutazioni. Sarà all'interno di questa che sceglierò i nuovi manager: non ci saranno né raccomandati né amici di qualcuno, né persone legate alla politica che, come ho sempre detto, da queste scelte devono stare fuori. Gli unici criteri di valutazione che mi interessano sono la professionalità, la disponibilità totale a mettere al servizio della comunità le proprie conoscenze e l'esperienza manageriale».

«Tangoterapia» per corpo e anima

L'intensità del tango argentino per recuperare equilibrio, postura e controllo del corpo. In una parola «tangoterapia». È la scelta del reparto di Riabilitazione specialistica dell'Ospedale San Giuseppe di Milano che ha introdotto il tango nei protocolli clinici per i percorsi di riabilitazione di diverse malattie quali Morbo di Parkinson, sclerosi multipla, esiti di ictus, disturbi dell'equilibrio neurogeni e patologie croniche respiratorie. Dopo una prima fase sperimentale, fatta a luglio scorso, questo mese è partito il progetto vero e proprio, che prevede 2 sessioni settimanali di circa 45 minuti ciascuna. Assicurati benefici fisici, psicologici e buon umore. (Ro. M.)

POLTRONE

Melazzini neo assessore alla Sanità lombarda

Mario Melazzini, *direttore generale alla Salute dal luglio scorso, è il neo-assessore alla Sanità della Giunta lombarda, al posto di* **Luciano Bresciani**.

Melazzini, medico di 54 anni e molto impegnato nella ricerca scientifica, in particolare sulla Sla (patologia da cui è affetto da 10 anni), è un "tecnico": forte sia dell'esperienza come primario del day hospital oncologico alla Fondazione Maugeri sia della direzione scientifica del centro Nemo, che si occupa di ricerca e cura delle malattie neuromuscolari all'interno dell'Ospedale Niguarda di Milano.

L'annuncio della nuova nomina è stato dato su "twitter" dal presidente **Roberto Formigoni**.

IN BREVE

▼ **F.V.G.: fondi per la disabilità**
Oltre 11 milioni in conto capitale e oltre 880mila euro di contributi annui costanti per 20 anni sono stati stanziati dalla Giunta del Friuli Venezia Giulia per sostenere le spese di investimento per l'adeguamento e l'arredamento di 58 strutture destinate ad anziani non autosufficienti.

▼ **Sicilia: la mobilità passiva cala**
Diminuisce del 3% nel 2011 (dai 56.723 ai 55.132) il numero dei siciliani che va a curarsi fuori Regione. Cala la spesa, pari nel 2011 a 194,1 mln: 6,5 mln in meno rispetto ai 200,6 del 2010 e quasi 11 in meno rispetto ai 204,9 del 2009 quando entrò in vigore la riforma sanitaria.

▼ **Sardegna: spot sui trapianti**
È partita "Donarsi", la campagna di comunicazione Regione-Crt sulla donazione di organi. L'iniziativa si avvale di quotidiani, tv, siti di informazione, cinema e del sito www.donarsi.it. Nell'isola anche nel 2012 le opposizioni a donare restano al di sotto del 20%, ben al di sotto della media nazionale (29,8%).

▼ **Marche: risorse per il sociale**
Via libera definitivo ai nuovi criteri di riparto agli enti locali e agli Ambiti territoriali sociali (Ats) del Fondo unico per le Politiche sociali. Per il 2012 sono disponibili 9 milioni. A gestire le risorse sulla base di una serie di requisiti, in modo diretto dal 2013, sarà l'ente capofila dell'Ats.

SICILIA/ Via libera del ministero della Salute all'impiego di fondi per l'edilizia sanitaria

Investimenti da 1,3 miliardi

Sbloccate anche le risorse del Fesr 2007-2013 per le alte tecnologie

Il nuovo ospedale Policivico di Palermo (che sostituirà il Civico e il Policlinico). Il nuovo Rimed-Ismett di Carini. Il nuovo ospedale di Siracusa e l'ospedale di Ragusa da completare. Il nuovo pronto soccorso dell'ospedale Garibaldi di Catania, i poliambulatori del Cannizzaro, sempre di Catania, il Pta di Gela e il nuovo presidio sanitario polivalente di Alcamo. E ancora, l'adeguamento dei presìdi sanitari di Casteltermini, Canicattì e Nicosia e la struttura di Sant'Agata. Con il via libera al Dupiss, il Documento unitario di programmazione degli investimenti sanitari in Sicilia, approvato nei giorni scorsi dal nuocleo di valutazione per gli investimenti pubblici del ministero della Salute, possono partire in tutte le province dell'isola la realizzazione e il restyling delle strutture sanitarie.

Un successo di fine mandato, per l'assessore alla Salute **Massimo Russo**: «La valutazione positiva del ministero - ha spiegato - è un grande riconoscimento della crescita di questo ramo dell'amministrazione regionale che, da un lato ha saputo azzerare il proprio deficit implementando e razionalizzando l'offerta sanitaria e, dall'altro, ha guardato allo sviluppo del territorio rimettendo in moto anche il settore delle opere pubbliche legate alla Sanità. Il denaro pubblico sarà speso con oculatezza realizzando le opere che servono davvero al sistema».

La parte più rilevante degli investimenti è finanziata ex art. 20 della legge finanziaria del 1988, successivamente rifinanziata, che prevede un apporto dei fondi regionali pari al 5%: si tratta di 845 milioni (803 a carico dello Stato e 42 a carico della Regione). Altri 138 milioni (si veda la tabella) saranno recuperati attraverso l'alienazione di beni immobili di proprietà delle aziende sanitarie e con l'apporto dei privati tramite forme di partnership pubblico-privato.

Il Dupiss integra tutte le fonti di finanziamento a disposizione per il settore della salute, consentendo così di recuperare anche i circa 60 milioni residui del cosiddetto articolo 71 della legge 448 del 1998 che riguarda le città metropolitane. Fondi che saranno immediatamente disponibili e che interesseranno l'ospedale Civico di Palermo, il presidio Ingrassia sempre di Palermo, la realizzazione di una nuova rete fognaria e la sistemazione della rete viaria del Policlinico del capoluogo, l'ammodernamento e la manutenzione di alcune strutture degli ospedali Garibaldi e Cannizzaro e del Policlinico di Catania. Le somme di pertinenza del ministero dell'Economia, cui deve corrispondere un 5% di fondi regionali, saranno rese disponibili in rapporto allo stato di avanzamento delle progettazioni definitive e della realizzazione delle opere.

Al miliardo circa destinato all'edilizia sanitaria vanno poi a sommarsi i fondi resi disponibili per le alte tecnologie: i circa 200 milioni del Progetto obiettivo Fesr 2007-2013, 90 milioni per il progetto sull'adroterapia e altri 90 milioni per il distretto biomedico (Pon ricerca).

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa prevedeve il Dupiss

	Totali per fasi	Finanziamento Stato 95%	Finanziamento Regioni 5%	Ulteriori finanziamenti
I fase	217.490.341,87	196.070.8254,79	10.319.517,08	11.100.000,00
II fase	281.010.000,00	236.559.500,00	12.450.500,00	32.000.000,00
III fase	485.000.000,00	370.500.000,00	19.500.000,00	95.000.000,00
	983.500.341,87	803.130.324,79	42.270.017,08	138.100.000,00

INDAGINE FIASO-ISTUD

Quei buchi nell'assistenza anti-Sla: servono cure e percorsi integrati

L'indagine si è focalizzata sulla rete di assistenza e sugli iter assistenziali destinati ai malati di sclerosi laterale amiotrofica (Sla), ma le conclusioni a cui gli esperti sono giunti valgono per molte patologie complesse. Anche per questo la ricerca "Slancio" (La malattia Sla: network delle cure in organizzazioni evolute) condotta da Fiaso e Istud business school con il supporto di Vivisol e l'egida di Aisla sui percorsi di cura della malattia ha una valenza paradigmatica, pure nei suggerimenti proposti per superare i gap nell'assistenza.

La ricetta è duplice: servono cure in rete e integrate, possibilmente - ma non necessariamente - da attivare mediante sistemi "hub&spoke". Purché siano efficaci. «Sono ancora tanti - spiegano infatti gli estensori della ricerca - i centri che pur essendo Hub non soddisfano pienamente le caratteristiche richieste per essere considerati tali; nella ricognizione sulla rispondenza ai criteri definiti dalla Consulta ministeriale delle malattie neuromuscolari, i centri interpellati (presenti su modello "hub&spoke" oggi solo in Piemonte, E. Romagna, Lazio e Puglia) rispondono all'83% dei requisiti, con mancanze comuni nel campo degli audit clinici, della cartella clinica condivisa e delle visite domiciliari. In altri Paesi, come la Francia, i centri di cura che non rispondono ai requisiti perdono l'accreditamento e di conseguenza i finanziamenti».

Di più. Lo scenario di cure individuato per la Sla in Italia si presenta ancora disomogeneo, non tanto per distribuzione dei centri esperti - presenti da anni al Nord e al Centro e in fase di apertura al Sud Italia - quanto per l'organizzazione della rete assistenziale.

L'erogazione dell'assistenza in team, pur rappresentando insieme all'efficacia del trattamento l'aspetto più rilevante, è anche il più carente: a volte all'interno di una stessa Regione ma anche nella gestione in capo alla singola Asl. Ma la domiciliarità delle cure, scelta d'elezione indicata dagli stessi pazienti e dalle loro famiglie e conveniente anche sotto il profilo dei costi per il Ssn, per non ricadere come un boomerang sul caregiver e sul malato necessita proprio di una presa in carico programmata e strutturata. Servono reti assistenziali ben strutturate tra l'ospedale, l'Asl, il Mmg, i servizi sociali, la famiglia e le associazioni di riferimento. «Tale integrazione – spiegano invece Fiaso e Istud – è l'aspetto più carente in Italia e in Spagna, mentre in Francia la compenetrazione tra la parte sociale e sanitaria è maggiormente sviluppata e diffusa».

Davanti a queste carenze entra in scena la Sanità pubblica. Chiamata a organizzare le reti socio-assistenziali, a facilitare un percorso di cura che presenta eccellenze ma la cui cifra è la frammentarietà. E a superare le disequità d'accesso, imparando a «stringere alleanze con imprese fornitrici, enti no profit, strutture private».

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE «IN CHIARO»

Valle d'Aosta, Siracusa e Rimini: i siti web vincono in trasparenza

I siti delle aziende sanitarie Ausl Valle d'Aosta, Asp di Siracusa e Ausl di Rimini si piazzano al primo posto nella classifica stilata dal sistema "Bussola della trasparenza dei siti web" del ministero per la Pa. Dei 43 indicatori stabiliti dalle linee guida 2011, ne hanno rispettati 30, il 69,77%.

Seguono in classifica le Asl di Mantova e di Imola (con 28 requisiti su 43, pari al 65,12%), seguite dalla Asl di Empoli (27/43 pari al 62,79 per cento).

Nel 2010 e nel 2011 sono state emanate precise linee guida per la realizzazione e gestione dei siti web delle pubbliche amministrazioni. Il sito internet "Bussola della trasparenza" è il nuovo strumento, elaborato dal Governo, che verifica e rende nota la conformità a tali linee guida da parte delle singole pubbliche amministrazioni. Nell'ottica della trasparenza e dell'accountability, è possibile elaborare statistiche e analisi, visualizzare classifiche e confronti. Il sistema analizza i siti web delle Pa in modo automatico, con algoritmi matematici, a determinati intervalli temporali. Rispetto alle Linee guida 2011, a esempio, l'ultimo monitoraggio è stato effettuato il 21 ottobre scorso su 8.318 siti. Una prima verifica si effettua comparando i contenuti trovati con quelli definiti e standardizzati nelle linee guida; una seconda è affidata a utenti e utilizzatori che possono inviare segnalazioni su falsi positivi e falsi negativi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUE DA PAGINA 18

ANGOLO DI PENNA

che e organizzative per avviare un programma di pay-for-performance.

1. Il comportamento clinico desiderato migliora gli esiti dei pazienti? Qualunque incentivo finalizzato a modificare i comportamenti professionali necessita di robuste evidenze che documentino che il comportamento clinico desiderato migliora gli esiti dei pazienti.

2. Il comportamento clinico non desiderato persiste senza un intervento attivo? Prima di considerare un processo di cambiamento bisognerebbe disporre sempre di dati oggettivi sull'entità del problema e confermare che il comportamento indesiderato persiste nel tempo.

3. Il comportamento professionale desiderato può essere misurato con indicatori validi, affidabili e pratici? È indispensabile la definizione di indicatori validi (capaci di misurare esattamente quanto atteso), affidabili (precisi e riproducibili) e pratici (raccolti di routine e sottoposti a verifiche indipendenti).

4. Sono stati valutati fattori facilitanti e barriere al miglioramento del comportamento professionale? Barriere e fattori facilitanti dovrebbero essere noti in fase di progettazione della strategia di cambiamento, perché la loro interazione determina se e in quanto tempo è possibile raggiungere e mantenere un cambiamento della pratica professionale.

5. Gli incentivi economici sono più efficaci di altri interventi per modificare i comportamenti professionali? Diverse strategie sono efficaci nel modificare i comportamenti professionali, ma la maggior parte delle evidenze è debole, il reporting dei singoli interventi è incompleto, nessuna strategia da sola è efficace e i singoli studi riportano miglioramenti modesti con imprevedibile variabilità. A rendere più ardua la sfida per dimostrare che gli incentivi funzionano meglio di altre strategie, la letteratura psicologica dimostra l'importanza delle motivazioni intrinseche che possono essere ridotte dagli incentivi.

6. I benefici degli incentivi economici sono superiori alle conseguenze negative non previste?

- *Distogliere l'attenzione:* gli incentivi previsti per una specifica area clinico-assistenziale possono distogliere l'attenzione dei professionisti, diminuendo le loro performance in altre aree.
- *Gaming:* il professionista assume un comportamento opportunistico finalizzato a ottenere un vantaggio individuale che non necessariamente si traduce in benefici per il paziente.
- *Rischi per la relazione paziente-medico:* l'obiettivo della consultazione si sposta dalle necessità dei pazienti al raggiungimento dei target previsti.
- *Diseguaglianze* nel raggiungimento dei target per età, genere, etnia, livello socio-economico.

Sezione B. Implementazione di un programma di pay-for-performance.

7. La struttura, le tecnologie e l'organizzazione permettono di ottenere il cambiamento? Specifici ostacoli strutturali, tecnologici, organizzativi possono impedire la modifica dei comportamenti professionali; di conseguenza, eventuali investimenti per superarli dovrebbero sempre precedere il programma di incentivazione.

8. Qual è l'entità adeguata dell'incentivo economico? A chi dovrebbe essere assegnato? Per quanto tempo dovrebbe essere erogato? L'entità dell'incentivo dovrebbe essere correlato agli sforzi richiesti per ottenere il comportamento professionale desiderato, ma questa relazione non è documentata da studi empirici; i miglioramenti più consistenti conseguono all'incentivazione individuale e di team, piuttosto che di intere organizzazioni. Probabilmente il miglior ritorno dell'investimento si ottiene da professionisti con le performance peggiori, premiando il grado con cui passano dalla performance attuale a quella desiderata.

9. Con quali modalità deve essere distribuito l'incentivo economico? Devono sempre essere definite in anticipo procedure e modalità per la distribuzione degli incentivi.

10. Quali strumenti sono stati messi in atto per valutare l'efficacia del cambiamento? Le organizzazioni sanitarie devono sempre monitorare i comportamenti clinici e i costi per valutare gli effetti del cambiamento indotto dagli incentivi.

In definitiva, se c'è chi entusiasticamente sostiene l'efficacia degli incentivi finanziari per migliorare il trasferimento delle nuove evidenze alla pratica clinica, le evidenze scientifiche dimostrano che i programmi di P4P presentano numerose insidie.

Indubbiamente la checklist proposta, finalizzata a guidare chi progetta e implementa tali programmi, non è certo di alcuna utilità per le organizzazioni sanitarie italiane che ancora oggi, spesso sulla scorta di accordi sindacali, distribuiscono gli incentivi "a pioggia" nel tentativo di accontentare tutti, ma senza motivare i professionisti alla modifica dei propri comportamenti.

** Presidente Fondazione Gimbe*

© RIPRODUZIONE RISERVATA