

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **19** **ABRUZZO.** Le quattro priorità indicate dal nuovo Piano sociale
A PAG. **20** **TOSCANA.** Certificazione in classe C per l'ospedale della Versilia
A PAG. **21** **MERCATI&NEWS.** Da Meldola il microchip che cattura le cellule tumorali

LIGURIA/ L'Istituto Gaslini e la Regione lanciano un progetto per contrastare il maltrattamento infantile

Bimbi, una rete contro la violenza

I casi di abuso andranno trattati con protocolli integrati e la presa in carico complessiva

Un braccio rotto ce lo si può procurare giocando a pallone in cortile. Ma la tipologia della frattura può essere indicativa di ben altro dramma e un operatore sanitario deve essere in grado di riconoscerlo, cogliendo segnali di malessere più o meno evidenti. Perché il fenomeno del maltrattamento infantile, che pure in Italia sembra avere un'incidenza particolarmente bassa, è sempre più diffuso, soprattutto in sacche di malessere sociale.

Il problema è intercettarlo e saperlo contrastare efficacemente: oggi mancano protocolli integrati tra gli attori che sarebbero deputati a contrastare il problema. Manca, insomma, la classica rete per la presa in carico globale delle piccole vittime. Da questa carenza nasce l'iniziativa congiunta Istituto pediatrico Gaslini-Regione Liguria, presentata martedì scorso a Genova nell'ambito del convegno "Il bambino maltrattato: gli strumenti per l'identificazione e la rete di protezione".

Un ospedale, a cominciare dal pronto soccorso, è un osservatorio privilegiato: «Non a caso al Gaslini -

Il ruolo dell'ospedale pediatrico
<ul style="list-style-type: none"> Creazione di un gruppo di lavoro interno stabile e multidisciplinare, composto da: medico/chirurgo di pronto soccorso, medico della Uo di Neuropsichiatria, medico della Uo di Ostetricia e ginecologia, Servizio di psicologia, Servizi sociali della direzione sanitaria, Dirigente medico della direzione sanitaria
<ul style="list-style-type: none"> Coordinamento in rete dei pronto soccorso regionali per garantire, attraverso il Dea, consulenze nelle condizioni di vera urgenza e richieste urgenti da parte delle istituzioni
<ul style="list-style-type: none"> Attività ambulatoriale polivalente e polispecialistica con contenuti di alta specialità per supportare ospedali, aziende sanitarie, istituzioni
<ul style="list-style-type: none"> Programmi condivisi per la formazione anche con eventuale predisposizione di un albo di specialisti come periti
<ul style="list-style-type: none"> Individuazione di strategie preventive valutando e analizzando i dati epidemiologici con il contributo di tutte le realtà coinvolte
<ul style="list-style-type: none"> Utilizzo di sistemi informatici integrati per supportare l'individuazione di fattori di rischio nei casi fortemente sospetti

spiega **Emanuela Piccotti**, dirigente medico del Ps - stiamo realizzando corsi teorico-pratici per ora dedicati ai nostri operatori e ai chirurghi, con l'idea di estendere la formazione a tutti i medici e gli infermieri della struttura». Ma, come detto, l'iniziativa singola non può bastare: «In attuazione del Piano strategico 2010-2015 secondo cui il Gaslini intende essere

solidale, accogliente, aperto, sicuro e in rete e in linea con il Psr - ha spiegato il Dg **Paolo Petralia** - l'Istituto rilancia con la Regione l'attuazione di un gruppo di coordinamento di soggetti istituzionali e no profit. Il progetto si declinerà nell'attuazione di linee guida e nella predisposizione di strumenti epidemiologici corretti e condivisi tra tutti i soggetti che opera-

no in questo campo».

Il Gaslini già garantisce il sostegno e la tutela dei bimbi ricoverati appartenenti a nuclei familiari in stato di disagio/emarginazione sociale e con anamnesi positiva per patologie psichiatriche, tossicodipendenze, alcolismo. Si tratta sia piccoli già affidati ai servizi sociali con provvedimento del Tribunale per i minorenni, sia di situazioni di grave disagio psico-sociale del nucleo familiare e del minore. Nei casi di sospetto maltrattamento e abuso, viene segnalata la situazione all'Autorità giudiziaria, dopo l'accesso al pronto soccorso o durante il ricovero. Nel 2009 sono stati seguiti 280 casi, nello stesso anno sono stati avviati 46 progetti educativi individuali per il sostegno e la tutela di bambini ricoverati o in cura presso l'Istituto, richiesti per il sostegno alla genitorialità, per facilitare l'integrazione dei minori stranieri e dei loro familiari o per garantire l'accudimento fino all'affido/adozione o all'inserimento in comunità.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

Viva l'Italia! 150 anni di unità tra i perigliosi flutti delle diseguaglianze regionali

di **Nino Cartabellotta** *

C'era una volta un padre molto generoso con 21 figli che gestivano con differente responsabilità la "paghetta" assegnata: accanto a quelli che spendevano con oculatezza, acquistando solo beni e servizi essenziali, altri sprecavano inutili risorse per acquistare profumi e balocchi. A fine anno, il padre ripianava sempre i debiti accumulati dai figli più dissennati senza nemmeno un rimprovero, per cui ogni anno la storia si ripeteva. Con il passare del tempo i figli, crescendo, iniziavano a rivendicare le proprie autonomie, finché un bel giorno una grande conferenza familiare li rese liberi nella gestione e organizzazione delle proprie famiglie. Gli accordi con il padre erano chiari: lui avrebbe continuato a "foraggiarli", ma i figli avrebbero accettato regole e verifiche per assicurare al vecchio che tutti i nipoti e pronipoti godessero in maniera equa di servizi efficaci, appropriati e, pertanto, essenziali.

Oggi, a quasi 10 anni dalla pubblicazione del decreto sui Livelli essenziali d'assistenza (Lea) i desiderata del padre rimangono in larga parte disattesi:

■ Nel 2008 il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti, riferito ai ricoveri ordinari per acuti, oscilla dai 159 della Puglia ai 99 del Piemonte con una differenza del 37%.

■ La variabilità del tasso di mortalità infantile fa sì che per ogni 100.000 bambini che nascono vivi in Veneto, per lo stesso numero di nati in Sicilia servono 175 bare bianche in più!

■ Nel 2008 il tasso per 100.000 assistibili in Adi al Sud era solo la metà di quello che il Nord disponeva già nel 2004. L'assistenza domiciliare integrata è il servizio più costo-efficace per alcune categorie di pazienti, in particolare gli anziani disabili, la forbice Nord-Sud continua ad allargarsi.

■ I cittadini del Sud esprimono un bisogno di assistenza nettamente superiore rispetto a quelli del Centro-Nord: le loro condizioni di salute sono realmente peggiori, oppure esiste anche una domanda inappropriata, indotta dall'ingente numero di strutture private accreditate?

■ Negli anni 1970-2010 l'incidenza dei tumori e la relativa mortalità sono diminuite al Centro-Nord, ma tendono ad aumentare al Sud: se la maggiore incidenza può essere ricondotta al peggioramento degli stili di vita, l'incremento della mortalità risente negativamente della qualità dell'assistenza oncologica.

SEGUE A PAGINA 18

LOMBARDIA

Più letti per sub-acuti

L'attivazione di 1.145 posti letto per le cure sub acute (quelle intermedie tra l'ospedale e il domicilio) e la sperimentazione in cinque Asl di un nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici (con la nascita dei «Chronic related group»). Sono queste le due principali novità contenute in una delibera appena approvata dalla Giunta regionale lombarda la settimana scorsa. Sulla falsariga di alcune sperimentazioni già in atto (a Milano, Soncino e Varese) saranno attivate in tutte le Asl della Lombardia strutture intermedie tra l'ospedale e il territorio per l'erogazione di cure sub-acute. L'obiettivo è assistere adeguatamente quei pazienti che, pur avendo superato la fase di instabilità e di criticità clinica, continuano ad avere bisogno di assistenza. «L'obiettivo - ha spiegato l'assessore Luciano Bresciani - è creare un contesto sanitario protetto alternativo al domicilio ma anche a strutture di tipo socio-sanitario».

Atleti adolescenti, menti da allenare

Non basta metter su muscoli o "farsi il fiato": perché si diventi davvero vincenti, nello sport, occorre anche curare l'aspetto educativo e psicologico. Soprattutto se l'atleta è adolescente, in piena formazione. Per questo il Comune e l'Asl di Forlì contribuiscono al progetto europeo che mira a stilare un manuale con le linee guida in materia.

In buona compagnia con i colleghi svedesi e spagnoli, i promotori italiani dell'iniziativa hanno già organizzato corsi per gli educatori sportivi. I "mister" dovrebbero far proprio, infatti, un atteggiamento di ascolto e di empatia verso i ragazzi, essere capaci di favorirne l'autonomia e la crescita. Proponendosi come figure positive per la promozione di stili di vita sani e corretti. (B. Gob.)

VENETO

«Escape» a Verona

Il progetto veneto Escape per la digitalizzazione della Sanità arriva a Verona: entro l'anno tutti i cittadini potranno scaricare i loro referti da Internet da qualsiasi computer, senza raggiungere le Asl. Entro il 2012, il progetto dovrebbe estendersi a tutta la Regione, fruttando economie pari a quasi 8 milioni l'anno.

SOSTEGNO ALLA DISABILITÀ

I «Pua» in 5 Regioni

Sperimentazione positiva per l'attivazione di cinque punti unici di accesso (Pua) in altrettante Regioni (Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio e Campania). Il progetto promosso dal Ccm per individuare la fattibilità del Pua nelle cure alle persone con disabilità. I Pua sono già attivi e operativi nella Regione Toscana.

IN BREVE

▼ **Sardegna: nomine manager**
Nominati i Dg sardi: Marcello Giannico (Sassari), Giovanni Antonio Fadda (Olbia), Antonio Soru (Nuoro), Francesco Pintus (Lanusei), Mariano Meloni (Oristano), Salvatore Piu (Sanluri); Maurizio Calamida (Carbonia), Emilio Simeone (Cagliari), Antonio Garau (Brotzu). Da definire i Dg delle Aou.

▼ **Lombardia: nuove cure all'Int**
L'Istituto nazionale tumori di Milano ha aperto l'Unità di terapia radiometabolica da sei posti letto, dove le malattie oncologiche sono contrastate non con fasci di radiazioni dall'esterno, ma emesse all'interno del corpo del paziente da speciali farmaci costituiti da molecole rese radioattive.

▼ **Piemonte: fondi per gli ausili**
La Regione ha stanziato 600mila euro per l'erogazione di contributi per l'acquisto e il noleggio di strumenti tecnologicamente avanzati per le persone con gravi disabilità. I contributi erogabili variano dai 500 euro per l'acquisto di un pc agli 8mila per presidi hi-tech per gli spostamenti.

▼ **Liguria: casa Salute a Recco**
L'ospedale di Recco diventerà una casa della Salute con tanto di radiologia, ambulatori ristrutturati, una nuova Tac e letti di continuità gestiti dai Mmg. Lo ha garantito l'assessore Claudio Montaldo, rispondendo alle proteste contro la chiusura della struttura, dopo l'apertura di Rapallo.



VENETO/ Le sfide poste a medici e Asl dalla riorganizzazione delle cure primarie

Così i Mmg fanno squadra

Reti funzionali di professionisti per garantire continuità assistenziale

Le mutate caratteristiche epidemiologiche della popolazione del Veneto, con un progressivo aumento dell'età media dei suoi residenti, impongono immediate riflessioni su come affrontare il problema dell'assistenza medica di primo livello - cioè l'assistenza primaria - che riunisce medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta. I dati a disposizione dimostrano che entro il 2050 la popolazione degli ultra 75enni veneti raddoppierà dal 9,5% attuale al 15%, con conseguente incremento dei problemi di salute generale. Problemi che oltre alle malattie riguardano anche la perdita di autonomia e il bisogno di aiuto per la gestione degli aspetti più complessi. Anche ai loro familiari in età lavorativa, sembrano non mancare difficoltà, in particolare per riuscire a conciliare i tempi da dedicare agli impegni lavorativi con quelli per la cura della propria salute o per quella dei loro genitori bisognosi di aiuto.

Si sta creando quindi un nuovo bisogno complesso degli utenti del Servizio sanitario regionale risolvibile solo con nuove sfide organizzative sul versante dell'accessibilità agli studi medici. Che fare? I pazienti più anziani, seppure con maggiore disponibilità di tempo, hanno problemi di spostamento e chiedono sedi ambulatoriali più vicine a casa e un incremento dei servizi ambulatoriali; mentre i più giovani che non hanno problemi di autonomia o spostamento, ma sono fortemente impegnati dagli orari lavorativi chiedono di essere accolti dai loro medici curanti in fasce orarie collocate al di fuori dell'usuale orario lavorativo.

Una risposta all'invecchiamento

l'occasione buona per tentare di sistemizzare queste diverse esigenze. Poiché sul piano dell'efficacia degli interventi sanitari si è visto quanto sia preziosa una buona rete di assistenza primaria, e all'interno della stessa la disponibilità dei dati più importanti di un paziente, e poiché oggi è possibile connettere i software degli ambulatori, il primo passo da fare sarà quello di creare delle associazioni

I contenuti della Dgr n. 41 del 2011

Linee strategiche per il rafforzamento dell'assistenza primaria, nella nuova Organizzazione sanitaria territoriale:

- **DISTRETTO:** Piano attuativo locale e Patti aziendali. Centri di cure primarie: punti prelievo e poliambulatorio. Uvmd
- **RESIDENZIALITÀ INTERMEDIA:** gestita dal Map in Ospedale di comunità, Rsa e Centri servizi
- **ADI:** équipe infermieristica Adi: eroga l'assistenza sanitaria a livello domiciliare o ambulatoriale su indicazione del Mmg o secondo il piano concordato in Uvmd
- **ASSISTENZA PRIMARIA:** Utap/Gruppo integrato e nuova rete debbono garantire: punto unico d'accesso al sistema >gestione del percorso del paziente >informatizzazione degli studi medici e operatività flussi informativi >organizzazione in rete funzionale territoriale >continuità dell'assistenza >obiettivi e indicatori misurabili di qualità clinica e organizzativa, di accessibilità e accoglienza, di appropriatezza

Medicina convenzionata in Veneto

Le tappe di un percorso:

- anno 2000/patti aziendali/obiettivi
- anno 2005/Utap/modelli organizzativi
- anno 2011/Medicina di gruppo integrata; Rete funzionale territoriale; Integrazione ospedale-territorio; Sviluppo del Sistema informativo/informativo; Appropriatelyzza sia clinica che economica; Formazione e aggiornamento; Finanziamento di avvio e alimentato da processi di efficacia

In mezzo a queste differenti tipologie di problemi ci sono i medici di famiglia, che nonostante responsabilità e carichi di lavoro massacranti si vedono incapaci di soddisfare le diverse esigenze dei loro assistiti e vorrebbero per se stessi un'organizzazione lavorativa con tempi più normali.

Secondo il centro studi di medicina generale Keiron (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 10/2011), l'unica strada da perseguire sembra essere quella di lavorare secondo logiche organizzative di sinergie ed economie di scala e la recente delibera di riorganizzazione delle cure primarie nel Veneto (la n. 41/2011) potrebbe essere

tra medici collegando gli studi in rete. Anche la Regione crede in questa strategia e ci sta incoraggiando a costruire reti di circa 20 medici per i bisogni diurni, con i medici di continuità assistenziale deputati a presidiare i problemi notturni. Mettendo entrambe le tipologie di medici in connessione, le informazioni dei pazienti potranno essere disponibili tra tutti i colleghi e garantire agli assistiti una migliore protezione durante le 24 ore.

Se le reti funzionali territoriali (Rft) riusciranno a raggiungere per ogni territorio una massa critica di 25.000-30.000 assistiti con pochi aggiustamenti di orario ambulatoriale, il problema di garantire una copertura per le urgenze dovrebbe essere risolto per accessibilità ed efficacia dell'intervento.

Va precisato che il paziente non potrà pensare di avere un ambulatorio aperto come un supermercato a tutte le ore e per ogni esigenza. Tutta quella parte di assistenza differibile va risolta nello studio del proprio curante durante gli orari previsti (ricordo che è tradizione dei Mmg italiani lavorare senza liste di attesa e che c'è già ora un'ampia disponibilità di orari mattutini e orari pomeridiani, orari liberi e orari a

prenotazione) anche attraverso una prenotazione telefonica ai call center o alle segretarie per le ricettazioni ripetibili. Per i problemi non differibili il cittadino avrà la possibilità di avvalersi di un medico appartenente alla rete che gratuitamente e immediatamente sarà in grado di risolvere efficacemente il suo problema. Insisto sull'“efficacemente”, perché abbiamo verificato come la disponibilità dei dati essenziali del paziente presenti nei software dei medici aumenta di molto la capacità di risposta.

Sul versante aziende sanitarie, affinché tutto ciò funzioni, è necessario che il management di direzione delle aziende Ulss si faccia garante di far applicare ai medici specialisti e ospedalieri quanto di burocratico-amministrativo di loro competenza (giorni di prognosi e di astensione lavorativa, richiesta accertamenti quando necessari a completare il quesito del medico in viante), evitando in questo modo di caricare gli studi medici periferici di richieste improprie, perché di pertinenza ospedaliera. Sul versante Mmg, i problemi più delicati sono rappresentati dal riuscire a fare reti con un numero consistente di medici (dovranno essere circa 20), dotandoli di strumenti organizzativi ester-

ni e interni che aumentino la percezione di appartenenza al gruppo (documenti di buona pratica, standard organizzativi, linee guida su comuni percorsi diagnostico-terapeutici, carta dei servizi o pagina web).

Occorre fare in modo di spiegare correttamente ed efficacemente al cittadino cosa cambia con la nuova organizzazione. Dalle nostre esperienze è risultata molto utile la disponibilità di un numero telefonico di aiuto tipo call center, capace di suggerire in caso di urgenza in quale ambulatorio recarsi o di provvedere alla prenotazione visite e delle ricette. Anche il fatto di portare a standard una presenza di segreteria in ogni ambulatorio è risultata molto utile: solo così infatti sarà possibile realizzare all'interno dello studio una divisione dei compiti tra personale medico e non medico con regolare gestione chiamate e imputazione dei dati da parte di personale non medico.

Ancora, è importante accettare l'idea che questo nuovo modello organizzato con grandi numeri di medici (20-25) e più fattori produttivi (assistenti

di studio, infermieri su progetto, assistenti sociali) dovrà avere dei medici coordinatori dedicati alla salute del gruppo. Dalle nostre esperienze dovrebbe trattarsi di circa un medico ogni 7-8 componenti del gruppo (2-3 per ogni gruppo di 20 persone).

Vi è infine un rinnovato interesse alla pesatura del carico sorgente del lavoro del Mmg che lavora in un contesto di tempo indefinito e che ultimamente sta “scoppiando”. Come avviene in ogni organizzazione, per ogni nuova funzione affidata al medico di medicina generale dovrà coincidere anche la definizione di cosa non farà più (per liberare tempo), o in alternativa la definizione di chi sarà deputato ad aiutarlo e di chi provvederà al pagamento di questa figura aggiuntiva.

Sul problema dell'alleggerimento del carico burocratico del medico di famiglia già oggi si può fare molto: basterebbe fare applicare la normativa, che impone a medici ospedalieri e specialisti la richiesta diretta di accertamenti in occasione delle visite specialistiche o la prescrizione diretta della prognosi con i giorni di astensione dall'attività lavorativa.

Servono manager esperti e motivati

Ecco perché questa rivoluzione che la Regione del Veneto sta attuando, ha bisogno di iniziali investimenti (poi si auto-alimenterà), ma anche e soprattutto di un management motivato e collaudato a lavorare nel mondo dell'assistenza primaria che la sappia attivare, accompagnare e riesce a consolidare questo progetto.

Stefano Ivis
Direttore scientifico Keiron

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUE DA PAGINA 17

ANGOLO DI PENNA

■ Nel 2009 il consumo territoriale dei farmaci pesato per età (Ddd/1.000 abitanti/die) oscilla da 1.018-1.044 (in 3 regioni del Sud) a 678-864 (in 7 regioni del Nord). Campania e Puglia consumano più del doppio di antibiotici rispetto alla Provincia autonoma di Bolzano, testimoniando che la prescrizione dei farmaci è l'intervento sanitario meno complesso per passare dal produttore al consumatore: serve solo la penna del medico!

Le disuguaglianze regionali, sia in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, sia di appropriatezza dei processi, sia di esiti clinici, economici e umanistici sono sotto gli occhi di tutti. Oggi, la città di residenza di un cittadino italiano, oltre che influenzare l'equità d'accesso a servizi e prestazioni sanitarie, costituisce un fattore di rischio indipendente per la sua salute per varie ragioni:

■ Le autonomie regionali nella pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari hanno, di fatto, confermato responsabilità e sregolatezze acquisite dai figli quando vivevano sotto lo stesso tetto del padre. Dal canto suo, il padre si è distratto un po' troppo, sottovalutando

tando che i figli più dissennati richiedevano uno stretto affiancamento prima di essere lasciati a sé stessi, magari con l'aiuto dei fratelli più saggi e virtuosi. Il padre, addirittura, per un certo periodo se ne è anche andato via di casa!

■ Le regole sono troppo generiche: i Lea definiscono molto chiaramente livelli e sottolivelli, ma quando si scende nel dettaglio dei servizi e, soprattutto, delle singole prestazioni sanitarie, non forniscono standard per misurare le prescrizioni professionali inappropriate, il cui impatto sull'efficacia, sicurezza, equità ed efficienza di servizi e prestazioni sanitarie è enorme.

■ L'autonomia delle Regioni per erogare i Lea integrativi è un chiaro esempio di deregulation: infatti, le risorse aggiuntive vengono spesso utilizzate per erogare prestazioni inefficaci, inappropriate, ma con elevata domanda sociale che, se adeguatamente soddisfatta, può tradursi in ritorno elettorale.

■ Esiste un federalismo dei sistemi informativi aziendali e regionali, sia rispetto all'accuratezza e completezza dei dati inviati a livello

centrale, sia alla loro tempestività che ritarda la reportistica sul benchmark delle performance. Inoltre, per un monitoraggio più analitico dei Lea a livello di servizi e prestazioni, i sistemi informativi esistenti dovrebbero essere integrati con dati clinici per misurare anche l'appropriatezza professionale.

■ Il padre è ancora restio a utilizzare “bastone e carota”: se i piani di rientro configurano l'azione del bastone, la carota rimane ancora un miraggio per i figli più virtuosi. Inoltre, le nuove regole annunciate (costi standard, ripartizione dei fondi regionali, legge Brunetta ecc.) hanno già scatenato liti fratricide: chi è certo dei propri sprechi e delle proprie inefficienze non vuole rischiare la riduzione della “paghetta”!

Consapevole della molteplicità di soggetti e di strumenti di programmazione, il padre ha recentemente consegnato ai figli il Piano sanitario nazionale 2011-2013, quale «strumento di definizione delle macro-linee d'indirizzo della programmazione sanitaria» che costituisce sia una «cornice di sintesi all'interno della quale vanno ricondotti i diversi accordi, piani

e programmi, con evidenza degli elementi di coordinamento, integrazione e sinergia», sia soprattutto «l'elemento di garanzia dell'uniforme applicazione degli obiettivi e dei Lea a livello nazionale nella salvaguardia delle specificità territoriali, in rispondenza alle analisi dei bisogni e delle risorse di ciascun contesto locale».

Se la pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari oggi non può che essere federalista, la salute rimane sempre e comunque un diritto fondamentale e inviolabile di tutti i cittadini italiani. Per concretizzare la sfida del federalismo sanitario solida la ricetta è una sola: “Misurarsi per migliorare”.

Professionisti, aziende sanitarie e Regioni devono continuamente valutare le proprie performance e, grazie a un confronto pubblico, utilizzare i dati per migliorare l'appropriatezza, la sicurezza, l'efficacia e l'equità di servizi e prestazioni sanitarie, nel pieno rispetto del vincolo delle risorse economiche programmate.

* Presidente Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA