

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. 24

VENETO. Ospedali in videoconsulto grazie alla rete di banda larga

A PAG. 26

APPALTI. Gare "dinamiche" a Como, Legnano e in Campania

A PAG. 27

MERCATI E NEWS. Biotech, quanto ne sanno gli italiani

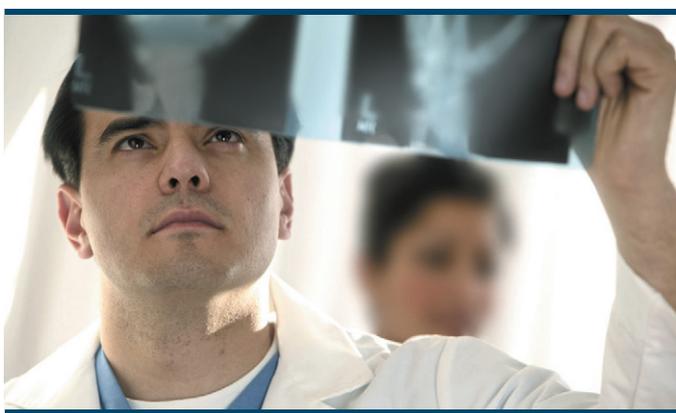
TOSCANA/ Parte la sperimentazione del Dipartimento unico interaziendale tra Asl e Aou di Careggi

Firenze, radiodiagnostica nella rete

Test di sette mesi per migliorare l'appropriatezza e decongestionare le liste d'attesa

Un freno al caos delle liste d'attesa e alle radiografie "selvagge" per ottimizzare le prestazioni e migliorare gli obiettivi di appropriatezza, ma anche risparmiare il 30% della spesa. Con un impegno congiunto, l'azienda ospedaliero-universitaria di Careggi e la Regione Toscana dal 1° giugno avvieranno la sperimentazione di sette mesi per la realizzazione di un unico Dipartimento interaziendale tra ospedale e Ausl 10, dedicato alla diagnostica per immagini. In questo modo, tramite protocolli comuni, tutti i Dipartimenti di radiologia lavoreranno in rete, mettendo in atto protocolli omogenei di esecuzione diagnostica per patologia. Tutti i pazienti beneficeranno dello stesso livello di prestazioni, ferma restando la priorità alle situazioni di emergenza e ai malati oncologici.

L'operazione garantirà risparmi attraverso l'adozione della minore tariffa delle prestazioni rispetto al nomenclatore tariffario. La Regione in una nota ha spiegato che fino alla fine della sperimentazione pre-



vista per il 31 dicembre, il regime compensativo tra azienda sanitaria e Aou Careggi verrà congelato. «La nostra prima preoccupazione è per il paziente - ha chiarito l'assessore al Diritto alla salute Daniela Scaramuccia - Tutti i pazienti hanno diritto allo stesso trattamento, in qualsiasi ospedale arrivino. In questo modo viene costruita una "rete virtuosa" che assicura prestazioni omogenee e di identica qualità in ogni ospedale dell'area fiorentina.

Nello stesso tempo, si persegue l'obiettivo dell'appropriatezza dell'offerta, e ci si attende come conseguenza la riduzione delle attese».

Si è deciso di partire con la sperimentazione dalla radiologia, perché è proprio nella fase diagnostica che tutti i nodi vengono al pettine, non solo relativamente alle cure, ma anche per ciò che riguarda ritardi, inappropriatezza e prescrizione di esami spesso inutili.

Per questo, **Ilario Menchi**, diret-

tore del Dipartimento di diagnostica per immagini di Careggi e direttore del Dipartimento interaziendale di diagnostica per immagini, ha spiegato che «Razionalizzare non vuol dire razionare le prestazioni». Sono infatti troppi gli esami poco informativi che vengono prescritti ai pazienti con leggerezza, causando l'affollamento delle liste. Con danno ai malati e ai bilanci delle casse regionali. «Occorre definire quali esami devono stare nelle liste di attesa: per esempio, un esame oncologico e uno al ginocchio non possono essere considerati uguali. Ed è ugualmente utile fare tutti le stesse cose, nello stesso modo. In questo modo, il nostro prodotto può diventare leggibile e confrontabile da parte di tutti. Sono logiche di ottimizzazione, per servire meglio i pazienti, ma anche strategie di risparmio». La sperimentazione indicherà la rotta per altri settori "congestionati" e a rischio inappropriatezza.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

Ecm: costi da tagliare o investimenti essenziali per valorizzare il capitale umano?

di Nino Cartabellotta *

I tagli del Governo alla spesa pubblica hanno investito in pieno anche l'Educazione continua in medicina (Ecm): infatti, l'art. 6 comma 13 del Dl 78/2010 impone, rispetto al 2009, il taglio del 50% della spesa per la formazione del personale della pubblica amministrazione. Ancora una volta la logica del razionamento ostacola la programmazione per obiettivi e appanna, sino a oscurare, le potenzialità della formazione continua quale strumento per valorizzare il capitale umano, proprio mentre il Nuovo sistema Ecm è faticosamente impegnato a tracciare questo virtuoso percorso. Il provvedimento è sintomatico di una deleteria schizofrenia delle istituzioni, che se da un lato sono in grado di progettare un sistema di formazione continua tra i più avanzati al mondo, dall'altro riescono a sostenerlo solo attingendo alle risorse offerte da sponsor commerciali i cui interessi difficilmente coincidono con quelli del sistema sanitario.

Eppure sin dal 2002 il Programma nazionale per l'Ecm aveva lanciato un messaggio forte e chiaro alla Sanità italiana: affermando che il fine ultimo della formazione continua è incidere «sull'efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza prestata dal Ssn», si proponeva di misurare i risultati dell'Ecm sui processi (appropriatezza) e sugli esiti, sia clinici (efficacia, sicurezza), sia economici (efficienza). Ma tra il dire e il fare c'è di mezzo... una piramide: quella di Kirkpatrick che definisce quattro livelli per valutare l'efficacia della formazione continua:

- 1 qualità percepita;
- 2 conoscenze e competenze tecniche acquisite;
- 3 modifica dei comportamenti professionali;
- 4 modifica di esiti assistenziali.

Considerato che la valutazione dell'efficacia dell'Ecm si limita esclusivamente ai primi due livelli, i risultati sono assolutamente intangibili

SEGUE A PAGINA 24

LIGURIA

Il 118 adotta «Mpd»

Dal 18 maggio presso la Centrale operativa del Servizio 118 "Tigullio Soccorso" è attivo un nuovo sistema per migliorare la gestione delle richieste di soccorso: il Medical priority dispatch system (Mpd), già utilizzato all'estero da anni, con successo.

L'implementazione nel territorio del Tigullio rientra nel quadro dell'aggiornamento tecnologico previsto e voluto dalla Regione Liguria per le Co. In questo sistema è valorizzato il ruolo di chi chiama il 118, primo anello nella catena di soccorso. Durante la chiamata è importante mantenere la calma e fornire le informazioni che vengono richieste. Le domande infatti servono agli operatori per capire meglio la gravità della situazione. Infatti, in alcuni casi, in attesa dell'ambulanza e dell'automedica, si può fare qualcosa per aiutare chi sta male. Con l'introduzione del Medical priority dispatch system gli operatori del 118 saranno in grado di fornire al telefono, con maggiore precisione, tutte le istruzioni utili agli utenti per eseguire le prime manovre di soccorso.

Una Carta etica «interaziendale»

Non solo efficienza: una buona azienda sanitaria non può sottrarsi al compito di «dare una dimensione di senso e di qualità alla vita professionale degli operatori, che partecipano con il loro apporto al raggiungimento dei risultati di salute». Così spiega la nuova Carta etica interaziendale **Carlo Peona**, commissario dell'Asl di Biella, pioniera in un'analoga esperienza nel 2009.

La Carta nasce dalla collaborazione tra le aziende dell'Area del Piemonte orientale: Asl Biella, Aou "Maggiore della Carità" e Asl di Novara, Asl di Vercelli e Asl Vco. Il documento propone e discute esempi di buon comportamento e linee guida su cui impostare la vita quotidiana. Perché anche il benessere degli operatori è obiettivo prioritario. (B. Gob.)

SICILIA

Specializzandi in più

Altri 166 medici specializzandi potranno beneficiare di un contratto aggiuntivo regionale di formazione medico-specialistica con le Università di Palermo, Catania e Messina. Lo riferisce una nota della Regione Siciliana spiegando che l'assessorato alla Salute utilizzerà appositi fondi di bilancio per dare agli Atenei siciliani la possibilità di ampliare l'offerta formativa, considerato che i contratti di formazione a carico del ministero della Salute non erano sufficienti a garantire il fabbisogno della Regione.

«È un investimento sui giovani - ha detto l'assessore regionale per la Salute, **Massimo Russo** - che riteniamo fondamentale per garantire in futuro al nostro sistema sanitario regionale le professionalità adeguate, individuate secondo una attenta analisi del fabbisogno e sulla base degli obiettivi contenuti nel Piano sanitario regionale».

IN BREVE

▼ Lombardia: più fondi per l'Adi

Un passo in più per l'attuazione del Welfare: in tema di politiche sociali la Giunta regionale ha approvato mercoledì scorso una delibera che riforma il sistema dell'assistenza domiciliare, stanziando su questo capitolo 40 milioni in più, che si aggiungono ai 90 già messi a disposizione delle Asl per il 2011.

▼ Puglia: pagamenti a 300 giorni

Oltre 300 giorni di ritardo nel pagamento delle fatture hanno gettato i fornitori in un «profondo malessere», aggravato dalla mancanza di liquidità della Regione. Lo denuncia Giuseppe Marchitelli, presidente Aforp (Associazione fornitori ospedalieri Regione Puglia) e vice-presidente vicario Fifo (Federazione italiana fornitori ospedalieri).

▼ Umbria/I: un nuovo ospedale

È stato inaugurato sabato a Pantalla di Todi il nuovo Ospedale Unico della Media Valle del Tevere, definito dalla governatrice Marini «un importante tassello della completa riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale e dei servizi territoriali. Sarà pienamente funzionante già da inizio giugno».

▼ Liguria: Gaslini, recovery room

Parto analgesia disponibile 24 ore su 24 e una nuova recovery room dedicata all'assistenza materna. Sono queste le novità introdotte all'ospedale Gaslini di Genova, unico punto nascita di 3° livello della Liguria, impegnato inoltre in prima linea per il trasporto in utero, che evita il trasferimento del neonato dopo la nascita.

▼ Toscana: 250 milioni investiti

La Regione ha messo a disposizione 250 milioni per il 2011 per investimenti in Sanità e il rinnovo del parco tecnologico. Lo ha ricordato l'assessore Scaramuccia nel corso della comunicazione alla IV Commissione sulla situazione del Ssr nel 2010/11. Tra le iniziative di sviluppo, il rilancio dell'Ispo, dell'Ott e il potenziamento della Sanità di iniziativa.



VENETO/ Un'infrastruttura di rete a banda larga collega i 4 ospedali della Bassa Veronese

L'Asl adotta il teleconsulto

Medici e infermieri dialogano e seguono corsi in videoconferenza

La Ulss 21 Bassa Veronese comprende un territorio di circa 800 chilometri quadrati a sud di Verona, con 25 comuni e oltre 150mila abitanti. La sede centrale di Legnago, presso l'ospedale generale "Mater Salutis" con 435 posti letto, coordina altri tre ospedali riconvertiti - San Biagio di Bovolone, Chiarenzi di Zevio e Centro sanitario polifunzionale di Nogara - e diverse strutture sanitarie e assistenziali: 21 guardie mediche, 107 medici di base e 19 pediatri, 16 centri servizi per anziani con 900 posti letto, e 44 farmacie.

L'azienda, che nel 2010 ha gestito un bilancio di oltre 280 milioni, eroga prestazioni di assistenza sanitaria di base, di prevenzione, di medicina pubblica e di assistenza specialistica. Il management della Ulss 21 ha investito su un'infrastruttura di rete a banda larga che collega i quattro ospedali e costituisce la dorsale per una serie di servizi che sfruttano la videoconferenza per migliorare la comunicazione tra le sedi. Oggi, diverse attività che richiedevano lo spostamento di medici, infermieri o pazienti - come le riunioni tra i medici per il coordinamento, i corsi di formazione, soprattutto per gli infermieri, e i consulti tra gli specialisti per i casi clinici più difficili e complessi, anche con la condivisione di radiografie ad alta risoluzione, referti e dati d'archivio - vengono eseguite in videoconferenza.

La soluzione è nata dalla collaborazione operativa tra **Giancarlo Rizzotto** della direzione It della Ulss e **Francesco Zenti** di Infogest, ed è basata su una tecnologia innovativa - sviluppata da Vidy - che semplifica la gestione delle videoconferenze pur mantenendo le caratteristiche di affidabilità e qualità delle immagini delle soluzioni tradizionali. In questo modo, siamo riusciti a ridurre i costi di trasferta del 50% senza incidere sulla qualità del risultato, con una serie di effetti collaterali positivi come la riduzione dei disagi per i malati che venivano trasferiti da un ospedale all'altro per i consulti, la semplificazione di alcuni aspetti burocratici legati alle trasferte e alla formazione, e l'eliminazione dei tempi morti associati agli spostamenti sul territorio. La Vidyotechnology, inoltre, elimina la necessità di avere dei tecnici per la gestione delle videoconferenze, al punto che - per esempio - la gestione dei corsi per gli infermieri viene effettuata da uno di loro, che in breve tempo ha acquisito le conoscenze necessarie. Nei prossimi mesi, sfrutteremo questa semplicità per estendere l'accesso a tutti i medici che dispongono di un pc e di una connessione Adsl, per seguire dei corsi di formazione su particolari interventi chirurgici, senza muoversi dall'ambulatorio. I corsi saranno anche registrati, e potranno essere seguiti in ogni momento.

I primi due mesi di utilizzo del sistema hanno dato risultati persino superiori alle aspettative, in quanto l'impatto delle videoconferenze sulla qualità del lavoro è stato apprezzato da tutti. In questo momento, abbiamo una sala attrezzata in ognuno dei quattro centri, con un sistema Vidy Hd-200 - il più potente, per immagini ad altissima risoluzione - a Legnago, e tre sistemi Vidy Hd-100 nelle sedi di Bovolone, Zevio e Nogara. In ogni sala ci sono uno schermo grande, una telecamera ad alta risoluzione e un microfono. Al centro di questa infrastruttura c'è il Vidyrouter, a cui sono collegati i quattro sistemi da sala, che permette di gestire le videoconferenze attraverso un'interfaccia accessibile a tutti, come se fossero telefonate, con la differenza che l'interazione avviene anche a livello video, con un'efficacia che non è nemmeno confrontabile con quella della comunicazione telefonica. Un investimento di 50mila euro che si ripagherà in meno di un anno grazie alla riduzione dei costi, ma che ha già permesso di migliorare in modo evidente la qualità del lavoro e del servizio.

Consulti a distanza per casi complessi

Costi di trasferta ridotti del 50%

Daniela Carraro
Direttore generale Ulss 21

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LETTERE AL GIORNALE



▼ Omeopatia/ 1: «Le alternative siano soggette agli stessi criteri validi per le cure allopatriche»

Le garbate considerazioni del prof. Gianfranco Gensini (il Sole-24 Ore Sanità 3-16 maggio 2011, pag. 20) circa il mio allarme per l'introduzione di pratiche non basate sull'evidenza all'ospedale di Pitigliano da parte della Regione Toscana mi permettono di chiarire ulteriormente il mio punto di vista. Come la "medicina tout-court", la medicina alternativa deve dimostrare che i trattamenti che adotta sono basati su un rapporto favorevole tra benefici e rischi; e, a parità di benefici e rischi, deve essere scelto l'intervento più vantaggioso dal punto di vista economico. Ciò è tanto più vincolante per il Ssn che utilizza le tasse dei cittadini e la cui sostenibilità nel tempo è messa a dura prova dal crescere della spesa.

L'ospedale di Pitigliano ha introdotto omeopatia, fitoterapia, agopuntura. L'omeopatia non contiene nulla ed è difficile sostenerne l'efficacia e di fatto lo stesso prof. Gensini esprime le sue riserve. Quali sono allora le ragioni per averla introdotta? Per la fitoterapia il prof. Gensini cita l'iperico che è un prodotto approvato dall'Aifa, ma non riconosciuto dal Ssn, tant'è vero che si trova in fascia C. Comunque sia, è strano che si faccia un ambulatorio speciale per la fitoterapia quando i prodotti fitoterapici approvati dall'Aifa sono pochissimi e prescrivibili dal medico, ma a carico del cittadino.

Il problema da me sollevato riguarda tutti i prodotti costituiti da estratti di cui si conosce molto poco e che hanno generato non pochi problemi di tossicità. Oggi disponiamo di metodi che permettono con relativa facilità l'isolamento dei principi attivi, se essi esistono. Questi principi attivi devono seguire le regole e le procedure che valgono per l'approvazione di qualsiasi farmaco.

Discutere sull'agopuntura richiede alcune precisazioni, perché non si tratta di un'unica tecnica. Sono molte le modalità di impiego dell'agopuntura e gli stessi cultori non sono affatto d'accordo su quali siano le aree del corpo su cui mettere gli aghi. Credo si possa onestamente dire che ci sono almeno

forti dubbi. Citerò anch'io Pain, ma l'ultimo numero del 2011. Traduco testualmente le conclusioni: «In conclusione, le numerose revisioni sistematiche hanno generato poche evidenze veramente convincenti secondo cui l'agopuntura sia efficace nel ridurre il dolore. Gravi eventi avversi sono continuamente riportati». Non mi risulta che alcun ente regolatorio abbia mai approvato una metodologia che impieghi l'agopuntura. Ciò che mi sembra logico è che tutti possono fare le ricerche che ritengono più interessanti, ma sarebbe auspicabile che, per l'utilizzo di interventi terapeutici, si applicasse sempre lo stesso principio: adeguate ricerche pre-cliniche e cliniche, che ne documentino efficacia e sicurezza, e una formale approvazione da parte di un'autorità regolatoria.

Silvio Garattini

▼ Omeopatia/ 2: «Formidabile opportunità anche per la salute pubblica»

Sono sempre stupito che gli stessi ritornelli di coloro che ancora negano l'evidente efficacia dei medicinali omeopatici nascano proprio negli ambienti che si definiscono scientifici. L'attitudine dello scienziato e del medico dovrebbe essere quella di avere un approccio più complesso, aperto e integrato, sulle diverse terapeutiche che è possibile adottare di fronte alla malattia. In questo senso, quello dell'ospedale di Pitigliano è un eccellente esempio di servizio sanitario pubblico, nell'ottica di offrire, con rigore e competenza, le diverse soluzioni terapeutiche più adatte alla persona e più corrette in base alla problematica di salute da affrontare. Si tratta semplicemente di fare della buona medicina, lontano dalle ideologie.

Hahnemann ha scoperto più di 200 anni fa la farmacologia omeopatica, basata sulla legge di similitudine, sull'utilizzo di dosi infinitesimali e priva di tossicità, che ha nettamente distinto dalla farmacologia allopatrica basata sull'azione antagonista, sull'utilizzo di dosi ponderali, con effetti tossici più o meno gravi (sono stimati nel mondo a circa 2 milioni l'anno i

morti causati dagli effetti tossici dei farmaci allopatrici). Ogni volta che non vi è l'urgenza di intervenire in altro modo, l'omeopatia è un'ottima strategia di prima scelta: sono tante le patologie per le quali i medicinali omeopatici hanno dimostrato la loro efficacia, per esempio oculoriniti allergiche, infezioni respiratorie recidivanti, ansia lieve ecc. Ma anche in caso di patologie gravi o in supporto ai trattamenti in oncologia, nell'Aids, nella chirurgia, il medicinale omeopatico viene indicato.

Oggi l'omeopatia fa totalmente parte della medicina ufficiale, è perfettamente regolamentata nel mondo intero, prescritta dai medici (400mila nel mondo, 30mila in Italia) ed è una terapia totalmente scientifica. Inoltre la diffusione delle terapie omeopatiche può essere una soluzione migliore per l'economia della Sanità pubblica, come rivela uno studio, condotto in Francia; infatti il sistema dell'allopatia è in genere più costoso, sia per il costo dei farmaci in sé che per la loro tossicità. In Francia si calcola che tra ricoveri per curare gli effetti collaterali e giornate di lavoro perse, l'allopatia costa dieci volte l'omeopatia.

Negare le migliaia di risultati ottenuti, le centinaia di milioni di pazienti che ogni giorno trovano beneficio con i medicinali omeopatici, significa essere miopi o peggio prevenuti, vuol dire portare avanti una guerra ideologica e/o economica, che non fa onore né all'allopatia, né alla medicina, né alla scienza. È ormai giunto il momento che allopatia e omeopatia cessino di combattersi e si uniscano al fine di portare un beneficio ai malati, che non attendono altro!

Come ho recentemente scritto in un articolo pubblicato sullo European journal of internal medicine, l'omeopatia è una formidabile opportunità per la medicina. È ora che anche l'Italia accolga una più innovativa gestione della salute pubblica di cui potranno beneficiare tutti.

Christian Boiron
Presidente Boiron

SEGUE DA PAGINA 22

ANGOLO DI PENNA

per il sistema sanitario, fatta eccezione per i costi sostenuti.

Ma quali strategie permetterebbero alle organizzazioni sanitarie di interpretare la formazione continua come un investimento e, al tempo stesso, ai professionisti di selezionare eventi Ecm capaci di garantire un ritorno di tale investimento? Le evidenze scientifiche ne indicano tre:

- integrare l'Ecm con le attività di sviluppo professionale continuo, perché le ripetute interazioni clinico-assistenziali costituiscono lo stimolo maggiore per approfondire conoscenze e competenze;
- prevedere sistemi di pay-for-performance che, collegando una quota della retribuzione dei professionisti al raggiungimento di specifici indicatori di qualità, costituiscono una formidabile leva motivazionale;

- definire standard di accreditamento professionale, sino a prevedere la revalidation, il periodico mantenimento dell'abilitazione professionale.

Se il nostro Paese non è ancora pronto a simili innovazioni, è doveroso fare un passo indietro riconoscendo che l'attuazione del Nuovo sistema Ecm è condizionata dalla capacità di metabolizzare principi poco appetibili e digeribili, che richiedono di scardinare attitudini e comportamenti consolidati. I professionisti devono essere consapevoli che gli eventi tradizionali (congressi, conferenze) sono inefficaci nel modificare la pratica professionale e spesso presentano "effetti collaterali" perché il condizionamento degli sponsor è difficile da governare. In secondo luogo, devono convincersi che l'Ecm non è un'attività sporadica e opportunistica, ma deve essere realmente "cont-

nuata" e integrata nell'attività professionale. Infine, devono sviluppare l'attitudine a identificare i propri gap di conoscenza, a formulare adeguati quesiti, a ricercare nuove conoscenze, interpretarle e integrarle nelle proprie decisioni. Questa metodologia configura il self-directed life-long learning e si identifica con l'Evidence-based practice, inserita dalla nuova Ecm tra «le aree di particolare rilevanza per il Ssn e i Ssr».

Le organizzazioni sanitarie devono a loro volta identificarsi come learning organization, riconoscendo nella formazione continua e nel miglioramento della competenza professionale gli ingredienti fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza sino all'eccellenza. Devono inoltre predisporre adeguate leve motivazionali per valorizzare il capitale umano, in particolare attraverso

sistemi premianti connessi a indicatori di qualità. Infine, devono rendere disponibili risorse e strumenti per misurare l'efficacia dell'Ecm sui comportamenti professionali e sugli esiti assistenziali.

Infine, tutti gli attori devono seriamente impegnarsi a gestire in maniera trasparente i conflitti di interesse, consapevoli che la formazione sponsorizzata fa parte di una strategia multifattoriale efficace nel modificare i comportamenti professionali, ma solo in senso market-oriented. Questa formazione è gratuita, permette di sostenere l'Ecm senza gravare sul bilancio della pubblica amministrazione, ma rischia di avere un prezzo troppo alto sia per il sistema sanitario, sia per i pazienti.

* Presidente Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA