

# AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **19**

**ZOOPROFILATTICI.** Le performance degli Izs valutate dai bersagli del Mes

A PAG. **20**

**FIASO.** Eccellenze a confronto: quando l'hi-tech migliora cure e gestione

A PAG. **21**

**MERCATI&NEWS.** In Piemonte progetto home care per la videodialisi

PIEMONTE/ Un network multidisciplinare per affrontare bonifica dei siti e presa in carico dei pazienti

## Torino capofila della rete-amianto

Con una delibera ad hoc la Regione rivede il modello di gestione ambientale e sanitario

Il Piemonte sarà capofila di una rete nazionale per gestire l'emergenza amianto, a cominciare dai siti di bonifica nazionale con particolare riferimento alla situazione di Casale Monferrato. Lo ha annunciato il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, dopo un incontro al Ministero sulle tematiche connesse all'individuazione, bonifica, smaltimento dell'amianto e alla tutela della salute sulla base di modelli di intervento ispirati a un approccio integrato estensibile a tutta la realtà nazionale.

«Tenuto conto della rilevanza nazionale del problema amianto - spiega una nota della Salute - il Ministero e la Regione Piemonte studieranno le linee di un progetto centrato sulle diverse aree tematiche: prevenzione, sorveglianza, diagnosi precoce e presa in carico dei casi».

Tale progetto assumerà come riferimento la realtà piemontese, ma dovrà essere in grado di realizzare fin dall'inizio una rete nazionale per rafforzare a tutti i livelli le politiche di prevenzione, cura e potenziamento della ricerca necessarie, secondo un approccio multidisciplinare e innovativo.



Contestualmente a questo progetto, per superare la frammentazione e sovrapposizione delle competenze in materia di controllo e monitoraggio del rischio amianto, evitare lentezze e inefficienze nel sistema della ricerca, ottimizzare i rapporti sinergici fra le componenti ambientali e sanitarie, la Regione Piemonte, su proposta degli assessori alla Sanità, **Paolo Monferino**, e dell'Ambiente, **Roberto Ravello**, ha approvato una delibera ad hoc, che rivede tutto il modello organizzativo.

Tra le novità c'è l'istituzione di un comitato di direzione, con il compito di pianificare le attività gestionali. A supporto del comitato sono stati creati altri due organi: la Consulta per le attività assistenziali, di ricerca biomedica e ambientale, e il comitato per la proposizione delle linee strategiche. Dal punto di vista operativo, viene incentivata l'attività integrata delle due strutture che operano in forma esclusiva sulle tematiche inerenti all'amianto: il Centro regionale per la ricerca, sorveglianza e preven-

zione dei rischi da amianto, ovvero Centro sanitario amianto, e il Polo amianto dell'Arpa, ossia Centro ambientale amianto.

Al comitato di direzione spettano funzioni di coordinamento, strategiche, programmatiche e di governo. Dovrà ottimizzare le risorse pubbliche, definire azioni integrate, quali la formazione, l'informazione e la comunicazione con i cittadini e con i lavoratori.

La Consulta è invece un organo funzionale e consultivo, relativo a tematiche sia sanitarie che ambientali. Ha funzioni di supporto del comitato di direzione. Il comitato strategico è un organo propositivo, si relaziona direttamente con il comitato di direzione mediante apposite riunioni, convocate almeno due volte all'anno.

Al centro sanitario amianto, con sede a Casale Monferrato, spettano le attività inerenti alla gestione ordinaria e straordinaria dell'impatto sanitario.

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

### Medicina centrata sul paziente: slogan retorico o metafora imperfetta?

di Nino Cartabellotta \*

La signora Maria, casalinga di 58 anni, decide di consultare un ortopedico per un fastidioso dolore all'anca insorto da qualche mese: il chirurgo non ritiene necessario un intervento e invia la paziente al reumatologo che, in assenza di malattie infiammatorie sistemiche, la indirizza a un fisiatra che, a sua volta, decide di affidarla a un terapeuta della riabilitazione il quale, finalmente, inizia la terapia. Ciascun professionista consultato dalla signora Maria è stato competente, appropriato e autorevole, ma la paziente è stata trasformata in un pacco sbalottato, assillato, frustrato e, verosimilmente - vista la continua ascesa della spesa privata - impoverito.

In un momento in cui la profonda crisi di credibilità della professione medica va a braccetto con la limitata sostenibilità della Sanità pubblica, qual è la giusta relazione tra il sapere del medico e l'esperienza di malattia del paziente? tra le conoscenze scientifiche e il sentirsi ammalato? tra la visione specialistica e quella generalista? tra il bisogno di salute e la domanda di servizi e prestazioni sanitarie? tra la guarigione (cure) e l'assistenza (care)?

In questi ancestrali dibattiti si è fatto largo il movimento della Medicina centrata sul paziente, secondo la quale il medico dovrebbe essere esclusivamente guidato da esigenze, aspettative e capricciose pretese del singolo paziente. Come uno slogan retorico, la patient-centered medicine ha progressivamente assunto posizione in netto contrasto, oltre che con tutto quanto doctor-centered, con numerosi aspetti etici, organizzativi ed economici che influenzano inevitabilmente l'assistenza sanitaria.

Secondo Charles Bardes - medico di famiglia del Weill Cornell Medical College di New York - la medicina centrata sul paziente affonda le radici nel giuramento di Ippocrate che antepone gli interessi del paziente a qualunque comportamento o interesse del medico. Il termine patient-centered medicine nasce, invece, solo nel 1969, quando Enid Balint - psicoanalista inglese - descrive una variante di mini-psicoterapia utilizzata dai medici generalisti in pazienti con malattie psicosomatiche. Successivamente, su questo sentiero si identificano numerose pietre miliari: la proposta di Engel per un modello biopsicosociale che dovrebbe «tener conto del paziente, del contesto sociale in cui vive e del sistema complementare pensato dalla società per affrontarne le conseguenze»; le trascrizioni delle consultazioni cliniche di Cassell che hanno fornito una base empirica per la comprensione del rapporto medico-paziente; le definizioni

SEGUE A PAGINA 18

#### CAMPANIA E ABRUZZO

### Manovre impugnate

Il Consiglio dei ministri ha impugnato la legge di bilancio della Regione Campania, ritenendo incostituzionali diverse disposizioni. Il Cdm, in particolare, ha deliberato l'impugnativa della legge n. 1 del 27/1/2012 visto che «numerose disposizioni, intervenendo sull'assetto organizzativo delle aziende ospedaliere-universitarie, sul relativo finanziamento, in materia di personale regionale, di finanza pubblica, di contratti pubblici, nonché in materia di concessioni per la ricerca e l'utilizzazione delle acque minerali e termali, contrastano con la legislazione vigente nonché con l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario».

Analoga decisione per la L. n. 2 del 27/1/2012. Sotto la lente del Governo anche l'Abruzzo: il Cdm ha impugnato la legge regionale n. 3 del 13/11/2012 (Finanziaria regionale) e altre disposizioni di adeguamento normativo. Alcune disposizioni, secondo il Governo, «contrastano con la legislazione statale in materia di accreditamento delle strutture sanitarie, nonché con le previsioni del Piano di rientro per il disavanzo sanitario».

### Un "binario rosa" contro la violenza

Si chiama Binario rosa. È un progetto finalizzato all'istituzione nel pronto soccorso del Policlinico di Bari del "codice rosa" che sarà assegnato a tutte le donne vittime di violenza, ma anche ai minori e agli anziani maltrattati. La vittima di violenza sarà presa in carico da un gruppo di specialisti che l'assisteranno e l'ascolteranno. I percorsi, dopo il primo soccorso, saranno infatti tre: denuncia, semplici audizioni guidate da rappresentanti delle forze dell'ordine e sostegno offerto da un'associazione di psicologi. L'obiettivo è scongiurare l'orco con il «coraggio della paura». Ma per farlo occorrono aiuto immediato alle vittime e competenze specifiche. (Ro.M.)

#### UMBRIA

### Si a donare nella card

I cittadini maggiorenni potranno indicare all'anagrafe sulla propria carta d'identità la propria volontà in materia di donazione di organi, che sarà registrata direttamente, con valore legale, nel Sistema informativo trapianti.

È quanto prevede il progetto-pilota "La donazione degli organi come tratto identitario", affidato alla Regione Umbria nel quadro dell'attuazione del decreto Milleproroghe 2010 che prevede, per il cittadino, la possibilità che la carta d'identità contenga la dichiarazione della volontà o meno, per il cittadino, di donare i propri organi.

Il progetto, presentato giovedì scorso a Roma presso il ministero della Salute, sperimenterà un modello di procedura (messa a punto dai ministeri degli Interni e della Salute, Anci e Federsanità) che, una volta testata, sarà messo a disposizione e potrà essere utilizzato da tutti i Comuni italiani.

#### IN BREVE

▼ **Alpi: patto Monaco-Milano**  
Accordo Lombardia-Baviera per la partecipazione della Baviera come osservatore al progetto Natcare; per una cooperazione nel progetto di promozione del turismo medico dell'Università bavarese di Scienze Applicate di Deggendorf e per la collaborazione per lo sviluppo di una Strategia sanitaria Alpina.

▼ **Toscana: più cure in carcere**  
In Toscana l'assistenza sanitaria in carcere sarà simile a quella in ospedale. La giunta regionale della Toscana ha approvato, e finanziato con 35.000 euro, un progetto presentato dalla Asl 5 per il miglioramento dell'assistenza sanitaria nel Centro clinico del carcere Don Bosco di Pisa.

▼ **Lazio: piano per la sicurezza**  
La Giunta Polverini ha approvato il Piano regionale per la formazione sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, stanziando 2 milioni di euro. «Con questo intervento - spiega la presidente della Polverini - potremmo la diffusione della cultura della salute dei lavoratori, con un'attenzione alla responsabilità sociale delle imprese».

▼ **Bologna: nati per camminare**  
Una mostra di disegni e messaggi realizzati da 10mila bambini dell'Emilia-Romagna rivolti ai sindaci delle loro città per promuovere la mobilità lenta sul percorso casa-scuola. La mostra a Bologna, rientra nell'ambito della campagna informativa "Siamo nati per camminare", promossa da Regione.



CAMPANIA/ Protocollo operativo per uscire dall'empasse dopo un anno di stallo

# Primi pagamenti ai creditori

Siglati quattro accordi quadro da 400 milioni - L'alternativa dell'indennizzo

Il Commissariato per la Sanità in Campania ritocca il decreto sul Piano dei pagamenti e dopo un anno di empasse riesce a sottoscrivere accordi con i grandi creditori.

Il decreto 22/2012, firmato dal commissario ad acta **Stefano Caldoro**, ha già portato a 4 accordi quadro, quello più consistente interessa l'ospedale privato rappresentata dall' Aiop e da Confindustria e vale circa 400 milioni. «Si tratta di un protocollo operativo che dovrà avere l'ok dei nostri soci - spiega **Vincenzo Schiavone**, presidente della sezione Sanità di Confindustria Campania - ed è un dato positivo, che speriamo porti la Regione alla quasi normalità nella gestione dei pagamenti». In ogni caso è «un altro notevole sacrificio per le aziende, dal momento che non è prevista alcuna forma di indennizzo o di interessi di mora, ancorché previsti dalla legge. Dopo questo step auspichiamo che la Regione ci chiami per confrontarci su quello che si fa nelle Regioni virtuose e su come programmano le attività con i privati». Il protocollo apre la strada al pagamento del 25% «in contanti» già alla sottoscrizione dell'accordo. Seguirà una fase di verifica da parte dell'Asl competente, che entro 30 giorni dovrà esprimersi. Poi sarà versato un altro 25%, e contestualmente verrà rilasciata una certificazione per il restante 50% del credito, che dovrà essere saldato entro 12 mesi. L'alternativa che si sta offrendo ai creditori è quella di ottenere un indennizzo al posto degli interessi di mora, ma a fronte di uno sconto sul capitale. Per tutti è necessario rinuncia-

re ai pignoramenti e impegnarsi a non avviare nuove azioni esecutive nei 12 mesi successivi all'accordo.

Il decreto 22/2012 punta alla sottoscrizione di accordi transattivi e dilazioni di pagamento per crediti fatturati fino a fine giugno 2011. Come previsto, già dal decreto 12, per ottenere i pagamenti bisogna inoltrare una richiesta di certificazione. Quest'ultima garantisce il pagamento nell'arco di 12 mesi.

Ciò che sta consentendo la svolta è la possibilità di firmare accordi quadro che permettano il trasferimento di liquidità anche a favore di grandi creditori, quindi pagamenti diretti, almeno su parte dei crediti certificati. Il decreto 12 su 1,5 miliardi di richieste di certificazione era riuscito a concludere transazioni pari a 250 milioni. Il decreto 22, in pochi giorni, ha già consentito di lavorare su quasi la metà delle altre richieste (1,2 mld), in buona parte interessate da azioni esecutive. E secondo una prima stima dello staff del sub commissario **Achille Coppola**, gli accordi raggiunti con la finanziaria Justine Capital, Federfarma Napoli e Caserta, Aiop e Confindustria Campania, consentiranno già circa 30 milioni di risparmio derivanti dallo svincolo dei pignoramenti. Per i crediti pregressi fino a 60mila euro, le Aziende sanitarie, anche attingendo ai fondi della rimessa mensile possono effettuare pagamenti a seguito della firma di una apposita transazione.

Laura Viggiano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## MODELLI

### Così il privato "puro" tutela la salute

Considerato l'obiettivo delicato di tutelare la salute dei cittadini, la sanità pubblica ha da sempre avuto un ruolo di rilievo nell'erogazione e nella distribuzione di risorse ai soggetti che garantiscono il raggiungimento di questo fine. Il settore privato, tuttavia, può contribuire in maniera significativa al miglioramento delle caratteristiche dell'offerta sanitaria nazionale attraverso capitali, organizzazione aziendale e cultura manageriale.

L'affermarsi di queste convinzioni ha permesso negli ultimi dieci anni una vera e propria trasformazione del ruolo delle aziende sanitarie private nel nostro Paese, con la conseguente notevole espansione dell'offerta. In particolare, già con le prime riforme del sistema all'inizio degli anni '90, gli istituti sanitari privati sono passati dal proporre un'offerta addizionale rispetto agli istituti pubblici a una concorrenziale o, a volte, addirittura sostitutiva, rispetto a quella pubblica.

Molte strutture private di grandi dimensioni, che hanno organizzato la loro offerta con tipologia medico-chirurgica, sono fortemente impegnate nella ricerca e operano in maniera del tutto simile ai policlinici universitari pubblici.

Grazie, poi, ai macchinari all'avanguardia e al contributo delle nuove tecnologie, sono in grado di raggiungere livelli assistenziali di eccellenza vera, valorizzando le professionalità dei medici che lavorano nel comparto. Tra di esse occorre distinguere quelle che hanno optato per un'erogazione di prestazioni in forma di concessione pubblica - accreditate con i Ssr - e quelle che invece hanno mantenuto la loro veste privatistica. Mentre le prime, pur motivate dai più alti principi assistenziali, sono in "stallo" per il comportamento della pubblica amministrazione che non riesce a rispettare sia la qualità che la quantità del pagamento dell'attività svolta, le seconde, potendo disporre di un'autonomia propria, sono nella condizione di mantenere fermi quei principi assistenziali che donano alla clientela le migliori garanzie e il più idoneo setting assistenziale nel momento di maggior bisogno di sicurezza e di risposte non infrequentemente salva vita. Basti pensare che il ricorso a regimi di ricovero day hospital, day surgery e/o day service, per specifiche patologie, sono al primo posto nelle case di cura private rispetto all'anacronistico regi-

me di ricovero ordinario del comparto pubblico/accreditato. Non solo, ma mentre il privato gestisce risorse del cittadino senza gravare sulla precaria situazione dei fondi sanitari pubblici, il privato accreditato si inserisce in quei meccanismi di risparmio della spesa che finisce per mortificare non solo la continuità assistenziale ma, anche, la professionalità degli operatori sanitari.

È in questo contesto che si inquadra l'esperienza innovativa nel settore della Sanità privata romana del Rome American Hospital (Rah), nato nel 1990 da una joint venture tra la Hca di Nashville e un gruppo di promotori italiani e che lavora in modo complementare e con spirito di collaborazione con il Servizio sanitario nazionale. La casa di cura ha 150 posti letto e oltre 250 collaborazioni con medici di livello nazionale e internazionale. Grazie a un fatturato in crescita del 7% rispetto al 2010, sono stati realizzati investimenti per circa 1,5 milioni di euro. Investimenti, in corso di completamento, che sono serviti so-

prattutto per costruire nuovi ambulatori in grado di soddisfare la sempre maggiore richiesta di accoglienza e che verranno riservati anche ai pazienti dei nuovi centri di eccellenza, da poco inaugurati, come quello di senologia e quello multidisciplinare e multiprofessionale per l'obesità.

È stato recentemente aperto anche il Centro di procreazione medicalmente assistita collegato con il Centro per la cura delle endometriosi. Una realtà di eccellenza per la correlazione tra stato di fertilità e patologia organica e che, rispetto ad altri simili esperienze in cui si è sviluppato solo l'aspetto della procreazione artificiale senza una struttura medica per la cura delle cause, è da considerare un'esperienza di notevole valore aggiunto sociale. Tutto ciò in linea con il modus operandi del Rome American Hospital, secondo cui, nell'assistenza sanitaria, l'intervento del privato, anche se in relazione a un'organizzazione aziendale di tipo profit, non può prescindere dal garantire al proprio cliente il migliore sistema di diagnosi e cura tutelando la professione del medico e la salute del paziente.

Filippo Tangari  
Presidente Cda  
Rome American Hospital Spa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## UMBRIA

### Case anziani, ecco gli standard di qualità

Mira alla definizione degli standard, della procedura e delle modalità per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi e delle strutture semiresidenziali e residenziali a carattere socio-assistenziale per le persone anziane autosufficienti: è il regolamento approvato dalla Giunta dell'Umbria e presentato dalla vicepresidente con delega al Welfare, **Carla Casciari**. Che ha spiegato: «Normare e riqualificare l'offerta dei servizi territoriali diretti ad anziani autosufficienti e con fragilità sociali connesse all'età nasce dalla consapevolezza che l'innalzarsi dell'età coinvolge l'intera comunità regionale. Affrontare il problema di un invecchiamento attivo è il nodo di ogni possibile strategia di sviluppo sostenibile ed è un indicatore del grado di effettiva civiltà di una comunità».

La Lr 26/2009 stabilisce che i servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali pubblici e privati sono soggetti ad autorizzazione

subordinata alla verifica del possesso dei requisiti stabiliti dalla Giunta. Con una delibera dell'agosto 2010 l'esecutivo ha stabilito gli standard strutturali definendo le tipologie di accoglienza: familiare o comunitario e con bassa intensità assistenziale; individuando poi nella casa di quartiere, nella residenza servita e nel gruppo appartamento le unità di offerta. Poi è iniziata la fase di verifica e di confronto allargato in vista di una regolamentazione rispondente ai bisogni e alla realtà regionale.

Il regolamento approvato dalla Giunta nei giorni scorsi ha definito gli standard di idoneità e di qualità in vista dell'autorizzazione al funzionamento, nonché tutta la procedura e le modalità per il rilascio dell'autorizzazione stessa che, oltre a prevedere il rispetto delle norme in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, indica i requisiti funzionali, la capacità ricettiva, le prestazioni e i servizi da erogare, la

dotazione minima di personale. Relativamente ai requisiti organizzativi, il regolamento stabilisce che la struttura deve definire l'obiettivo generale del servizio, i percorsi e le attività per il suo raggiungimento, dotarsi di un regolamento interno, con un registro degli ospiti costantemente aggiornato. Ogni struttura deve avere un coordinatore-responsabile che, tra i vari compiti, ha anche quello di relazionare al Comune, alla Regione, all'ambito territoriale integrato (Ati) e altra autorità.

Potenziati i controlli: alle verifiche annuali possono affiancarsi anche altre, esercitate su iniziativa dei Comuni e della Regione. La quale, inoltre, può effettuare verifiche direttamente, in particolare circostanze. In caso di accertate situazioni di pericolo per gli ospiti, si prevede la sospensione dell'autorizzazione e si stabilisce un termine per la regolarizzazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUE DA PAGINA 17

## ANGOLO DI PENNA

di Kleinman di malattia (disease vs illness), come antitesi tra le conoscenze mediche e l'esperienza soggettiva di sentirsi ammalato.

Oggi altri fattori hanno ulteriormente rafforzato la patient-centered medicine: accanto alle crescenti esigenze di migliorare qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria, si è fatto largo il ruolo di paziente come cliente del servizio sanitario e consumatore di servizi e prestazioni. Ciascun individuo - un tempo nato per obbedire quale suddito di una monarchia, poi cittadino di uno Stato dove partecipava al sistema politico con il voto - è divenuto cliente del seduttivo mercato della salute con il fine ultimo di acquistare servizi e prestazioni sanitarie. Ovviamente, in un sistema che

identifica il cittadino come consumatore, il centro della scena viene conquistato da nuove priorità: la soddisfazione del cliente, lo shopping comparativo, l'ampia gamma di scelte alternative, la facilità di accesso ai servizi, la pubblicità, l'induzione e la soddisfazione della domanda e dei desideri, il marketing, il branding e le stime di valore. Forse in un libero mercato i consumatori sono capaci di prendere decisioni sagge e attente ai costi, ma nel nostro sistema sanitario, dove i pazienti raramente pagano direttamente servizi e prestazioni, manca qualunque motivazione del cittadino sia a esprimere una domanda appropriata sia, più in generale, a considerare i costi della Sanità. Oggi, infatti, non sono solo i medici a fare scelte inap-

propriate e costose, ma altrettante responsabilità sono imputabili a quei pazienti che anelano a una risonanza magnetica per banali dolori articolari, che pretendono antibiotici per infezioni virali delle alte vie respiratorie, che reclamano solo farmaci "griffati", che insistono per la prescrizione di un doppler perché "così fan tutti".

Bardes afferma che la medicina centrata sul paziente è solo una metafora: infatti, patient-centered contrasta con doctor-centered, sostituendo al tolemaico universo che ruota attorno al medico una galassia copernicana che gira intorno al paziente. Tuttavia, si tratta di una metafora imperfetta perché paziente e medico devono convivere strettamente connessi in una mutua relazione terapeutica, sociale ed

economica, dove i due protagonisti devono incontrarsi alla pari, ciascuno con conoscenze, esigenze e preoccupazioni differenti, senza mai però rivendicare nessuna posizione di centralità.

In questo contesto, dove il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti nelle scelte sanitarie è indispensabile per migliorare l'appropriatezza della domanda, è sempre attuale l'Sos lanciato da Richard Smith nel 1999: «Per garantire la sostenibilità del sistema sanitario pubblico l'azione più urgente ed efficace è intervenire sulle aspettative dei cittadini nei confronti di una medicina mitica». Oggi più che mai, infatti, è tanto più urgente alfabetizzare i cittadini sull'efficacia-appropriatezza-sicurezza degli inter-

venti sanitari, quanto più la crisi economica costringerà l'attuale esecutivo tecnico (e quelli politici che verranno) a scelte sempre più difficili per decidere quali prestazioni garantire a tutti i cittadini, le cui aspettative sempre crescenti non potranno mai essere soddisfatte.

E quale metafora per rafforzare l'alleanza tra paziente e medico, piuttosto che la patient-centered medicine, meglio una coppia di stelle che ruota attorno a un comune centro di gravità, una doppia elica o - volendo tornare alle origini della medicina - il caduceo, dove due serpenti si intrecciano per sempre in maniera indissolubile!

\* Presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA