

<http://www.adnkronos.com>

Ospedali, ecco come scoprire la struttura migliore



Dai tumori all'ictus, dall'aneurisma alle fratture, fino al parto. Dove curarsi spesso è un'incognita, si possono però conoscere quali sono le realtà che funzionano meglio, in Italia e in ogni Regione, e alle quali ci si può affidare con maggiore garanzia e serenità. **A fornire strumenti e informazioni utili ai cittadini è l'edizione 2016 del Programma nazionale esiti, che anche quest'anno rileva "una grande variabilità nell'efficacia e nell'appropriatezza delle cure tra Regioni e tra aree geografiche ed ospedali della stessa Regione".**

Nuovi indicatori, una sezione dedicata ai cittadini e dati maggiormente accessibili e di facile consultazione: ecco le novità del Programma nazionale esiti 2016. Vediamole nel dettaglio. Aumentano gli indicatori da 146 a 158 (60 di esito/processo, 69 volumi di **attività e 29 indicatori di ospedalizzazione**) con un **incremento particolare nell'area ortopedica, pediatrica e angiologica** e si rafforzano gli strumenti di audit per la verifica **dei dati, ma la novità più grande di quest'anno** è sicuramente la valutazione sintetica di tutte le strutture sanitarie italiane per aree cliniche.

La Treemap è in grado di fornire all'utente un quadro sintetico di ogni singolo ospedale italiano, valutato in base agli indicatori maggiormente rappresentativi di 7 aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. Un'altra **rilevante novità di quest'anno** dedicata ai cittadini è rappresentata da una sezione in cui **l'utente, senza bisogno di registrarsi e direttamente dall'home page del** nuovo sito Pn, può accedere a preziose informazioni su parti, infarti, colecistectomia, interventi per tumore al polmone, al colon e allo stomaco;

in particolare il cittadino viene sensibilizzato sull'importanza dell'associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure.

Tra le innovazioni di quest'anno ci sarà anche la possibilità di scaricare l'App (Applicazione) del Pne sul proprio smartphone e tablet, che ne favorirà la consultazione e lo renderà ancora più accessibile al cittadino e al professionista sanitario.

"L'edizione Pne 2016 segna il traguardo annunciato da Agenas: la realizzazione della promessa di rendere il Pne uno strumento capace di comunicare anche con il cittadino. **Fiore all'occhiello di questa edizione, è infatti la possibilità per tutti di poter accedere al** Programma e di consultare dati, scientificamente validati, ma allo stesso tempo semplici, chiari e immediatamente comprensibili a tutti", dichiara il direttore generale di Agenas Francesco Bevere. "Uno strumento di comunicazione trasparente - prosegue Bevere - che comporterà una maggiore consapevolezza dei cittadini, rinsaldando il rapporto di fiducia verso il Servizio sanitario nazionale, nonché la promozione e diffusione anche tra i cittadini della cultura della qualità delle cure e della sua valutazione".



I DATI - I dati del Programma Nazionale Esiti 2016 mostrano "progressi incoraggianti nella qualità delle cure", sintetizza l'Agenas. E' il caso degli interventi tempestivi - entro due giorni - per la frattura del collo del femore ai soggetti fragili, ma anche dei parti cesarei primari, scesi dal 29% del 2010 al 25% del 2015. Negli ultimi 5 anni sono circa 45.000 le donne alle quali è stato risparmiato un taglio cesareo primario, di cui 12.000 nel 2015.

Negli ultimi 5 anni, invece, sono circa 80.000 i pazienti che hanno beneficiato di un **intervento tempestivo dopo una frattura del femore, di cui 28.000 nell'ultimo anno.** Sono state più di 670.000 le giornate di degenza risparmiate, di cui 200.000 nel 2015. La proporzione di interventi entro i due giorni che nel 2010 si attestava al 31%, nel 2015 è passata al 55%, crescendo del 5% anche rispetto al 2014. Per questo indicatore il regolamento del ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi **dell'assistenza ospedaliera ha fissato, come valore di riferimento, lo standard minimo al 60%.** A livello intra e interregionale si osserva una notevole variabilità, con valori per **struttura ospedaliera che vanno da un minimo dell'1% ad un massimo del 97%.** In ogni regione è presente almeno una struttura che rispetta lo standard, "fatta eccezione per

Campania, Molise e Calabria".

In tema di nascite, il medesimo regolamento del ministero della Salute fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti annui e 15% per le maternità con meno di 1000 parti annui. Negli ultimi 5 anni sono circa 45.000 le donne alle quali è stato risparmiato un taglio cesareo primario, di cui 12.000 nel 2015. Rimangono ancora significative le differenze tra le regioni del nord Italia e le regioni del sud, con valori medi rispettivamente inferiori e superiori al 20% e che, nel caso della Campania sono stabili al 50%. Fa eccezione la Liguria, con risultati analoghi a quelli delle regioni del Sud. Per quanto riguarda, poi, la mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio, i risultati del 2015 evidenziano una diminuzione che continua, dal 10,4% del 2010 al 9,0% del 2015. Risulta bassa la variabilità interregionale e discreta quella **intra regionale, con valori che variano da un minimo dell'1,3% ad un massimo del 25%**.

Passando all'analisi degli indicatori di ospedalizzazione, utile anche come elemento di valutazione indiretta della qualità delle cure territoriali, il Pne individua le Aziende Sanitarie in cui viene effettuato un numero elevato di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili in caso di una corretta presa in carico del paziente a livello territoriale. Nello specifico, grazie a questi indicatori, si rileva che nel 2015 il numero di ricoveri di alcune tipologie a rischio di inappropriata risulta diminuito. In dettaglio, il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) si è ridotto **progressivamente dal 2,5‰ nel 2010 al 2,1‰ nel 2015. Si stima che** nel 2015 siano circa 16.000 i pazienti a cui è stata risparmiata una ospedalizzazione potenzialmente evitabile.

Un elevato tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia, inoltre, evidenzia la possibile presenza di un numero elevato di casi trattati chirurgicamente senza una chiara **indicazione all'intervento chirurgico. Nel 2015 il tasso di ospedalizzazione per questo tipo di intervento è diminuito passando dal 2,8‰ del 2010 al 2,3‰. Ciò significa che** sono stati evitati circa 5.300 interventi ad alto rischio **di inappropriata con un'elevata** variabilità intra e interregionale.

Diminuite anche le ospedalizzazioni per un altro intervento chirurgico ad elevato rischio **di inappropriata: l'appendicectomia. Il tasso di ospedalizzazione per questo** intervento in modalità laparotomica è diminuito progressivamente nel tempo, passando **dal 1,25‰ del 2010 allo 0,73‰ del 2015, a fronte di un aumento dei ricoveri per appendicectomia laparoscopica che è passata dal 0,49‰ al 0,63‰. L'offerta di** intervento di appendicectomia laparoscopica, è molto più alta nelle regioni del nord rispetto alle regioni del sud.

Per ciò che riguarda le Breast Unit, le linee guida internazionali identificano standard di qualità che per quanto riguarda gli interventi chirurgici, individuano una soglia minima di 150 interventi chirurgici annui per tumore della mammella, soglia che è stata definita anche nel regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi **dell'assistenza ospedaliera. Nel 2015, in Italia, delle 449 strutture ospedaliere che**

eseguono più di 10 interventi chirurgici per il tumore della mammella, solo 123 (27%) presentano volumi di attività superiore a 150 interventi annui.

Passando, poi, al tumore dello stomaco, 309 strutture ospedaliere eseguono più di 5 interventi chirurgici; tra queste, solo 91 strutture (29%) presentano un volume di attività superiore a 20 interventi annui. Sempre nel 2015, 147 strutture ospedaliere in Italia eseguono più di 5 interventi chirurgici per tumore del polmone; tra queste, solo 37 strutture (25%) presentano un volume di attività superiore a 100 interventi annui.

Quanto alla salute materno-infantile, le evidenze scientifiche evidenziano **un'associazione** tra bassi volumi ed esiti sfavorevoli. Il regolamento del ministero della **Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera rimanda all'accordo Stato Regioni che, già nel 2010, prevedeva la chiusura delle maternità con** meno di 500 parti. Ebbene, escludendo le strutture con meno di 10 parti annui, nel 2015 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti annui sono 118 (24%), in diminuzione rispetto al 2010 (155 maternità con meno di 500 parti annui).

IL PICCOLO RICOVERATO STAZIONARIO

Un uomo di 33 anni in condizioni «serie»

Sono gravi ma stazionarie le condizioni del bambino di 4 anni di Pisa ricoverato all'ospedale Meyer di Firenze in rianimazione dopo che gli è stata diagnosticata la meningite C. La prognosi è riservata ma sta reagendo in maniera positiva alle terapie antibiotiche. Il piccolo era stato vaccinato nel 2013. L'asl ha avviato la profilassi nei luoghi frequentati dal bambino. Un caso di meningite virale è stato anche accertato all'ospedale Chiello di Piazza Armerina, in provincia di Enna. Si tratta di un uomo di 33 anni che si era presentato al pronto soccorso con forte cefalea e rigidità muscolare. Circa 50 persone, entrate in contatto con lui, sono state sottoposte alla profilassi. Le sue condizioni sono serie. Il 33enne è ora ricoverato all'Umberto I di Enna.



L'allerta meningite non si ferma Marche e Sicilia: gravi due giovani

Firenze, reagisce alle cure il bimbo di 4 anni colpito dal tipo C

TERAPIA INTENSIVA

Allarme nel Fermano
Scattata la profilassi
per medici e familiari

SINTOMI

Febbre alta e mal di testa
Campanelli d'allarme
in entrambi i casi

Mancata risposta al vaccino L'esperta: eventualità rara

Il bimbo di 4 anni con meningite rientra nei rari casi di mancata risposta ai vaccini dice Susanna Esposito (Waidid). «Con elevate coperture i batteri circoleranno di meno»

Fabio Castori
Luigi Mancini
■ FERMO

L'ALLERTA meningite continua a tenere banco in tutta Italia. Un caso di meningite virale è stato accertato a Piazza Armerina in Sicilia: un uomo è stato ricoverato con cefalea e rigidità nucale. Altro caso preoccupante si registra in provincia di Fermo, nelle Marche mentre restano stabili le condizioni del bambino di 4 anni, di Cascina (Pisa) in rianimazione al Meyer di Firenze perché colpito da meningite batterica di tipo C: reagisce alle terapie anche se la prognosi resta riservata.

DOPO IL CASO del bambino di Ascoli portato d'urgenza all'ospedale Mazzoni, una settimana fa, nelle Marche si torna a parlare di meningite. Questa volta la vittima è un 35enne di Monterubbiano, provincia di Fermo, ricoverato al Murri in coma farmacologico. Il giovane ha iniziato ad accusare forti mal di testa e poi febbre alta, fino a quando il dolore al capo è diventato lancinante ed è so-

praggiunto lo stato confusionale.

LE CONDIZIONI del 35enne sono peggiorate notevolmente. A quel punto i familiari, preoccupati, hanno pensato di rivolgersi al pronto soccorso di Fermo, dove è stato trasportato sabato mattina. Qui i medici non hanno avuto difficoltà a capire che il paziente era affetto da una meningite in stato avanzato. Sono subito scattate le precauzioni igienico sanitarie e il malato è stato messo immediatamente in isolamento. Dopo le prime cure, che purtroppo non hanno sortito alcun effetto, il 35enne è stato ricoverato nel reparto di rianimazione, dove lotta tra la vita e la morte. Al pronto soccorso sono scattate le operazioni di sterilizzazione dei locali in cui è stato ospitato il paziente e le procedure di profilassi per i medici e i paramedici entrati in contatto con lui. Stessa sorte per la compagna del giovane e per tutte le persone vicine, che ieri mattina hanno iniziato la cura preventiva antibiotica. Il paziente è stato sottoposto alle analisi del sangue per cercare di capire di che tipo di meningite si tratti: virale o batterica. Nel caso risultasse batterica, quindi molto più pericolosa, l'obiettivo sarà di capire al più presto a che ceppo appartenga.

LA SITUAZIONE, oltre che per le condizioni disperate del giovane, preoccupa per il dilagare del fenomeno a livello nazionale. È di ieri la notizia di un 34enne di Piazza Armerina, Enna, ricoverato con la stessa diagnosi del suo coetaneo fermano all'ospedale siciliano Umberto I. Nel suo caso la patologia è stata accertata dal prelievo del liquor, effettuato con una puntura lombare, già venerdì, quando l'uomo, che è sposato e padre di due bambini, si è presentato al pronto soccorso della sua città con forte emicrania, febbre e disorientamento. La risposta positiva del paziente alla terapia antibiotica ha fatto escludere che si tratti della forma virale da meningococco.

Gravi ma stabili, infine, le condizioni del bambino di quattro anni di Cascina colpito da meningite C e ricoverato al Meyer di Firenze. «È stabile, ha passato bene la notte, siamo fiduciosi» ha spiegato il direttore sanitario del Meyer ricordando però che le sue condizioni restano gravi e la prognosi è ancora riservata.



Dir. Resp.: Andrea Cangini

L'INFETTIVOLOGO

«Casi sporadici Diversi da quelli scoppiati in Toscana»

■ ROMA

PER WALTER Ricciardi, presidente dell'Istituto superiore di sanità, il caso di meningite che ha colpito un uomo di 33 anni in provincia di Enna rientra in quei «100-200 casi all'anno, che sono sporadici, virali e sparsi sul territorio e riguardano adulti e anziani che non sono stati sottoposti a vaccinazione come avviene invece da anni per i bambini sottoposti a vaccino esavalente».

Ricciardi rileva come i casi di meningite di tipo C avvenuti in numero più elevato in Toscana, alcuni mortali, «sono diversi e avrebbero due focolai epidemici lungo la valle dell'Arno». In ogni caso, «non c'è certezza sull'origine».

SUI CASI di meningite in Toscana, anche se non c'è certezza, Ricciardi ipotizza che siano da collegare all'episodio di una nave da crociera attraccata a Livorno anni: ci furono vari ricoveri per meningite meningococcica. «È possibile che quel ceppo sia stato più aggressivo e si sia diffuso».



NEGLI USA I DATI AI MINIMI STORICI

Lo sballo record dei teenager Su fumo, alcol e droghe gli italiani battono gli europei

FLAVIA AMABILE
ROMA

Sigarette, spinelli e anche alcol sono ai minimi storici fra i giovani Usa e da New York a Los Angeles si indaga per capire i motivi di questo successo. Anche in Italia si indaga da tempo ma per i motivi opposti. Ogni anno nuove ricerche fanno emergere un quadro sempre più allarmante: i ragazzi italiani non sono mai stati così legati a fumo e alcol. A nulla sono servite leggi e divieti che proibiscono ai minorenni di fumare e acquistare alcolici. Gli adolescenti del nostro Paese sono i più accaniti fumatori tra i loro coetanei dell'Ue. E anche con birra, vino e affini non va molto meglio.

Secondo il rapporto del Progetto europeo di indagini sull'uso di alcol, droga e sostanze psicoattive nelle scuole (Espad) diffuso tre mesi fa, se complessivamente il 54% degli adolescenti europei non ha mai acceso una sigaretta, il 37% di quelli italiani è considerato un fumatore abituale. I giovani si sballano, ma mai come in Italia dove gli studenti fanno un maggior uso di alcool e di nuove sostanze psicoattive rispet-

to alla media dei coetanei europei. Sono proprio queste ultime, secondo Espad, a rappresentare il principale motivo di preoccupazione. Secondo Alessandro Rosina, sociologo, ordinario di demografia all'Università Cattolica, l'allarmante record degli adolescenti italiani è frutto di tre fattori: «Innanzitutto le campagne di sensibilizzazione sui danni provocati dal fumo non sono in sintonia con la sensibilità degli adolescenti italiani mentre sono molto più efficaci in altri Paesi dell'Ue. La sigaretta, poi, è un modo per atteggiarsi da grandi ed è molto più necessaria in Italia dove si resta in una situazione di finta adolescenza molto più a lungo che in altri Paesi Ue per motivi essenzialmente economici. Infine c'è un problema di stress, gli adolescenti italiani hanno maggiori difficoltà e minori prospettive di quelle di tanti coetanei europei. Anche questo li induce a fumare di più». Il rapporto sottolinea inoltre che il rischio di dipendenza dalla nicotina aumenta con il diminuire dell'età. Ovvero: più si è giovani, più si corre il rischio di contrarre il vizio.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



DICA33 La marijuana ti fa vedere un mondo che non esiste e ben presto si può trasformare in una dipendenza

Lettera a un ragazzo di 15 anni: fumare erba non ti rende adulto

» LEDA GALIUTO

Gentile dottoressa Galiuto, sono un nonno molto preoccupato: mio nipote di 15 anni da due fuma marijuana. Lui non ha cognizione del male che può procurarsi drogandosi e lo ritiene un esercizio di libertà. Di fatto, però, si sta allontanando dai suoi amici, peggiora negli studi e non fa più sport. Ho letto con interesse e con simpatia il suo articolo di questa estate "Fumare le canne non è sicuramente un'abitudine da definirsi innocente", e le chiedo di approfondire gli argomenti in esso contenuti, rivolgendosi principalmente a tutti gli adolescenti.

Quindici anni sono un'età meravigliosa, ma anche tanto difficile. Il bambino non c'è più. Ti guardi allo specchio e vedi comparire la barba, hai una fisionomia da uomo, eppure ancora non lo sei davvero. Gli amici di sempre, la scuola, la squadra non ti "emozionano" più, anzi ti annoiano. Serve altro che faccia la differenza. Provi con le canne, ti senti un po' stordito, però bello trasgredire, ti fanno sentire "libero". Eppure sai, ti svelo un segreto, quell'erba che ti avvolge in un fumo morbido è già una prigioniera. La marijuana ti fa vedere un mondo che non esiste, ti fa sentire quello che non esiste e ben presto non potrai fare più a meno di lei o delle sue parenti strette ancora più pericolose che si chiamano cocaina ed eroina. Sono un medico del corpo, ma so che corpo e mente lavorano insieme e si ammalano insieme. Non ti voglio spiegare quali organi e quali cellule soffrono mentre tu fumi, tanto non mi crederesti e comunque non ti importerebbe. Ora ti serve solo di crescere in

fretta, separarti emotivamente dai genitori e trovare te stesso e la tua strada. Perché è questo che vuoi vero? Beh, non c'è assolutamente fretta, hai 15 anni, puoi fare tante esperienze prima di trovare la tua vera identità e magari farne una nuova se quella che credevi fosse tua ti sta stretta. Per questo però ti serve un corpo sano ed una mente lucida. Ti serve leggere, imparare, non per fare il bravo scolarotto, ma per sapere e conoscere la verità ed acquisire tutti gli strumenti che ti servono nella vita. Torna a fare lo sport che ti piace, diventa un campione, allenati con la tua squadra, vinci una gara e poi un'altra e un'altra ancora. Ti piace l'identità del vincente? Ce l'hai già e tu lo sai. Penserai: facile per te parlare, sei una donna realizzata ed un medico. Vero, ma sono stata quindicenne e so bene quello che senti. Io ho lavorato sodo per star bene, ma non da sola, però, mai da sola. Ed anche tu, non pensare di poter far tutto da solo o con chi come unica "ricetta" ti propone lo sballo. Se vuoi puoi scrivermi, puoi parlarmi di te e farmi qualche domanda e, se non so rispondere, troviamo insieme qualcuno che abbia tutte le tue risposte.

(salute@ilfattoquotidiano.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dopo il cuore un rene nuovo

Un nuovo intervento
 per il trapiantato
 più longevo d'Europa

Noemi Penna

A PAGINA 43

L'intervento alle Molinette

Un rene nuovo per l'uomo che ha già il cuore di un altro

Il più longevo trapiantato d'Europa: da 30 anni una vita normale

La storia

NOEMI PENNA
 TORINO

Si è fatto aspettare più del previsto. Ma il nuovo rene di Gianmario, trapiantato il 12 dicembre, funziona alla perfezione. Che cosa ha di speciale, rispetto agli altri oltre tremila trapiantati di reni in trent'anni alle Molinette? Il fatto che questo paziente, il 17 novembre 1985, ha subito un trapianto di cuore. Un intervento pionieristico, il secondo eseguito in Italia - a Pavia, dal professor Mario Viganò insieme ad un giovanissimo Mauro Rinaldi, oggi primario della Città della Salute -, che ha fatto di Gianmario, impiegato di banca a Mondovì, nato 51 anni fa a Dogliani, il più longevo trapiantato di cuore in Europa. Allora aveva 20 anni, e «grazie a quel dono prezioso sono riuscito a vivere pienamente. Mi sono laureato in giurisprudenza nel 1992, sposato nel 1995 e ho due figli, di 19 e 16 anni». Unico rimpianto, «lo sport. Giocavo a calcio, a livello agonistico. Ma a 19 anni, a causa dei problemi di cuore, ho dovuto smettere. Oggi mi consolo leggendo i giornali sportivi e tifando Juve», racconta.

Rene proteggi-cuore

Nel Centro trapianti di reni delle Molinette, diretto dal professor Luigi Biancone, Gianmario dovrà rimanere ancora per un po': «Preferiamo essere cauti, ma tutto sta andando per il meglio», spiega il primario. Negli ultimi anni, il monregalese ha sviluppato un'insufficienza renale cronica progressiva, dovuta proprio al trapianto di cuore e alle pesanti cure immunologiche e antirigetto a cui è stato sottoposto. Ormai da un anno era in dialisi, «e l'insufficienza renale cronica all'ultimo stadio può rappresentare un determinante fattore di rischio per la coronaropatia», spiega il professor Biancone, affermando che il «trapianto di rene è stato effettuato non solo per uscire dalla dialisi ma anche come indispensabile misura protettiva cardiaca». Insomma, un rene nuovo per proteggere il cuore, che da già 31 anni batte nel suo petto.

Caso unico

Vista la particolarità del caso, unico al mondo, e la necessità di trovare un organo altamente compatibile, Gianmario è stato inserito nella lista d'urgenza nazionale. La ricerca è stata più lunga del previsto, ma alla fine l'organo è arrivato dalla Lombardia ed è stato trapiantato lunedì scorso dai chirurghi vascolari Fiorella Violato e Federica Giordano dell'équipe dottor Maurizio Merlo

e dagli urologi Beatrice Lillaz e Giovanni Pasquale dell'équipe del professor Paolo Gontero, alla presenza degli anestesisti Maurizio Lanfranco e Maria Elena Clara del reparto del dottor Pierpaolo Donadio. Un grande lavoro di squadra, con una particolare attenzione anche a livello cardiologico.

Ritorno alla vita

Il trapianto è stato da manuale e l'organo ha iniziato subito a funzionare, permettendo l'interruzione della dialisi e il ricovero nella terapia semi-intensiva della Nefrologia, diretta dal professor Biancone. Ora Gianmario non vede l'ora di tornare alla vita normale: «A casa mi aspetta anche un bellissimo Golden Retriever, Webb, che per un po' non potrò prendere in braccio - dice toccandosi il nuovo rene, posizionato ora sul fianco sinistro -. Sarà difficile essere dimesso per Natale, ma non dispero: sono stato molto fortunato».

© BY NC ND AL CLINI DIRITTI RISERVATI



SANITÀKO Lunghe attese e poca esperienza

Non siamo un Paese per i cambi di sesso

» CHIARA DAINA

Il 26 novembre 2015 il tribunale di Treviso ha imposto che l'azienda sanitaria ulss 8 di Asolo autorizzasse un intervento chirurgico di cambio sesso all'estero, a S. Mateo in California, perché gli interventi effettuati nel centro statunitense (molto più frequenti di quelli eseguiti nel nostro Paese) sono considerati più veloci, più sicuri e più specializzati dello standard italiano. L'ulss veneta dovrà rimborsare l'80% delle spese sostenute per l'operazione. Questa sentenza costituisce un precedente importante. Una battaglia vinta dall'avvocato Alessandra Gracis, che ha in mano una trentina di casi di risarcimento per danni ai genitali post operazione di pazienti trattati negli ospedali italiani, da Savona a Bari. Comprese le quattro transgender rovinata all'Umberto I di Roma da una tecnica sperimentale senza consenso informato completo che avrebbe causato infezioni e gravi patologie e per cui i medici sono stati rinviati a giudizio. "Bisogna creare un unico centro nazionale per questi interventi, dove concentrare le migliori competenze. Oggi ci sono liste di attesa di due anni e i nostri ospedali hanno troppa poca esperienza" denuncia l'avvocato.



quotidianosanita.it

18 DICEMBRE 2016

Le nuove frontiere di gestione in sanità. L'AO di Perugia elabora il budget 2017 con i costi standard

Nel corso del Seminario di studio organizzato presso l'AO di Perugia presentati i risultati del primo anno di utilizzo dei Costi Standard condotta in collaborazione con Roche. L'Assessore alla Sanità, Luca Barberini, ha auspicato una "contaminazione di buone pratiche" anche nelle altre aziende della Regione. Presto l'ingresso dell'Azienda nel Network del NISAN. La Partnership Pubblico Privato, un "ponte" per la sostenibilità e la qualità dell'assistenza.

Può l'applicazione dei costi standard incidere significativamente sulla sostenibilità e qualità dell'assistenza erogata da una grande struttura ospedaliera e, di più, essere estesa a tutta la Regione innalzando in tempi relativi brevi i livelli di qualità delle cure e sostenibilità economica delle stesse? La risposta è senz'altro positiva e di questo hanno discusso tutti i Direttori Generali delle strutture sanitarie umbre, insieme all'Assessore alla Sanità della Regione Luca Barberini, nel corso di un Seminario di Studio promosso dall'Azienda Ospedaliera di Perugia e organizzato nei giorni scorsi dalla Società Italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria – Sics con il sostegno non condizionante di Roche.

All'evento hanno partecipato oltre 150 clinici e dirigenti dell'Azienda ospedaliera che, come reso noto dal Direttore Generale Emilio Duca, sta approntando il budget 2017 proprio utilizzando la metodica e gli strumenti studiati e approfonditi in seno al Nisan – Network italiano in sanità per la condivisione dei Costi Standard, del quale fanno parte circa 40 aziende ospedaliere e territoriali di tutta Italia.

Al centro della discussione i risultati conseguiti dall'Azienda ospedaliera di Perugia nel percorso di analisi delle performance aziendali, supportato da Roche, con l'obiettivo di studiare nel dettaglio costi ed esiti di ciascuna prestazione assistenziale e processo decisionale per confrontarli con i migliori standard nazionali e, nel caso, operare le possibili correzioni. Un'esperienza proficua di Partnership Pubblico Privato in cui l'azienda farmaceutica ha contribuito direttamente alla comune ricerca, con ottimi risultati, della miglior sostenibilità e qualità delle prestazioni erogate.

I risultati della sperimentazione che dunque si avvia verso il suo secondo anno sono stati talmente promettenti da indurre la Direzione strategica ad utilizzare lo strumento di analisi dei Costi Standard per l'elaborazione del budget 2017.

Un salto di qualità nell'utilizzo di questa metodica di analisi che deve, a questo punto, coinvolgere necessariamente il personale dell'Azienda, clinici in primis, nella definizione del fabbisogno di ciascuna unità operativa.

L'applicazione di questa metodologia offre, inoltre, una chance preziosa alle Regioni per spendere meglio, innalzare la qualità e offrire servizi di eccellenza ai cittadini. E ne è convinto l'Assessore alla Salute della Regione Umbria, Luca Barberini, chiamato a governare il sistema sanitario di una regione che per il quarto anno consecutivo è una delle cosiddette "Regioni Benchmark".

"L'Umbria è una piccola regione" ha osservato in tal senso Barberini "eppure continua ad essere riferimento a livello nazionale, una sfida appassionante i cui risultati sono lì a certificare che il sistema sanitario di questa regione è efficace ed efficiente. Tuttavia" ha aggiunto "dobbiamo e possiamo fare molto di più. È quello che si aspettano non tanto gli operatori quanto i cittadini. Il mondo è profondamente cambiato ed ha bisogno di maggiori risposte sul piano sanitario e assistenziale. E per operare in tal senso, in un contesto di risorse finite, dobbiamo cercare di riorganizzare al meglio i servizi, ottimizzare i fattori produttivi e soprattutto misurarli anche attraverso strumenti come i Costi Standard. Questo ci permetterà di comprendere e individuare eventuali

inefficienze che ogni singola attività può generare e quindi orientare il lavoro di ciascuna azienda ospedaliera e sanitaria. È un lavoro molto complicato che ha bisogno della collaborazione degli operatori sanitari in primis, di sistemi informativi adeguati ma anche della forza delle istituzioni che spingano in questa direzione”.

Anche per Emilio Duca, Direttore generale dell'AO di Perugia “qualità e appropriatezza costituiscono la vera sfida del Servizio sanitario pubblico negli anni a venire. Il tema delle risorse definite dobbiamo ormai considerarlo un dato di fatto” ha sottolineato “e comunque dobbiamo imparare ad utilizzare quello che abbiamo massimizzando il beneficio sociale, ossia produrre la maggior quantità di salute possibile. All'incontro hanno partecipato tutte le aziende sanitarie della Regione Umbria intorno alla dialettica sui Costi Standard che ormai è una terminologia propria e consolidata dei manager, ma in verità è stata anche una preziosa occasione per una affollata platea di professionisti, clinici, dirigenti, operatori sanitari che hanno necessità, per fare appropriatezza e qualità, di venire anche a mediazione con quelle che sono le risorse disponibili.

Per manager e clinici è dunque fondamentale” ha concluso Duca “avere nella propria cassetta degli attrezzi competenze su questi strumenti di misurazione e gestione perché poi la sfida vera si gioca non tanto nel fare programmazione economica ma nel fare programmazione sanitaria. Il che significa non agire in maniera ragionieristica ma curare al meglio le persone tenendo conto delle risorse disponibili: capire e verificare che un determinato risultato può essere conseguito dalla propria struttura con qualità e sicurezza delle cure ad un costo inferiore, ottimizzando i percorsi assistenziali, credo non sia una sfida solo dei manager ma soprattutto dei clinici”.

“È molto importante” ha confermato in tal senso Pietro Manzi, Direttore Sanitario della Azienda UsI Umbria 2 “che i clinici, penso in particolare ai direttori di dipartimento e ai direttori di struttura complessa, si appropriino di questa materia perché a loro vengono affidati anche compiti e responsabilità gestionali. I clinici hanno qualche difficoltà ad entrare in questa logica perché la formazione che hanno ricevuto per anni è volta all'anamnesi, alla diagnosi e alla terapia e non certamente all'analisi costo-beneficio o costo-efficacia. Ma nella sanità moderna questo sforzo è assolutamente indispensabile visto che in una condizione di risorse limitate l'appropriatezza è la chiave della buona sanità”.

Addirittura per Maurizio Dal Maso, Direttore Generale dell'AO di Terni, “parlare di queste cose non soltanto è doveroso, ma si dovrebbe obbligatoriamente smettere di parlarne per cominciare a utilizzarle e metterle in pratica. Quello che si sta facendo a Perugia è molto interessante” ha sottolineato “e siamo molto interessati a collaborare anche perché così potremmo fare interessanti confronti tra aziende della medesima regione. Si tratta di un ottimo strumento e noi siamo pronti ad utilizzarlo per assistere ciascun paziente esattamente con quello che gli serve, niente di più e niente di meno”.

Senza dimenticare, ha aggiunto, il fondamentale “engagement” dei medici e di tutti gli operatori. “Il clinico” ha sottolineato il DG di Terni “è il vero manager delle cure. Chi è, in questo momento che pone le indicazioni cliniche per una cura, un atto chirurgico, un percorso assistenziale, l'uso di una protesi...? Il clinico, cioè colui che sta materialmente gestendo le risorse. La dicotomia tra medico e manager era un già un falso problema più di vent'anni fa, figuriamoci adesso. I clinici sono dunque i veri gestori, e devono farlo al meglio, con la consapevolezza che se da un lato le risorse non sono infinite, dall'altro o governano loro, da dentro, i fenomeni o qualcuno li governerà per loro da fuori”.

Nella reale applicazione dello strumento di analisi si sono quindi soffermati Alessandro D'Arpino Dirigente Farmacista dell'AO di Perugia e, dallo scorso aprile, Segretario nazionale della Società italiana di farmacia ospedaliera (SIFO) e Fabrizio Ruffini, Resp. Controllo di gestione della medesima Azienda. E se il primo, nell'illustrare il complesso percorso intrapreso per il monitoraggio della spesa farmaceutica in ospedale, dai costi storici ai Costi Standard, ha evidenziato come la strada sia quella giusta per perseguire appropriatezza, sostenibilità e qualità delle cure, il Controller dell'Azienda ospedaliera nel suo intervento ha chiaramente sottolineato come l'utilizzo dei Costi Standard stia permettendo alla struttura di capire dove è possibile risparmiare, dove non è possibile risparmiare e, soprattutto, dove è possibile investire senza mai perdere di vista un costante (ed appropriato) monitoraggio degli esiti di cura e degli indicatori di performance.

I Costi Standard, come ama definirli Alberto Pasdera, Coordinatore scientifico del Nisan, non sono altro che una bussola. Uno strumento utile a navigare al meglio nel mare dell'appropriatezza che al momento è, peraltro, sostanzialmente l'unico.

“Probabilmente in futuro a qualcuno verrà in mente qualcosa di diverso ma, anche guardando il panorama internazionale, molti Paesi utilizzano i Costi Standard in questo modo e in verità non credo vi sia la necessità di ricercare un altro strumento di analisi. Sono convinto che sia assai più urgente utilizzare in modo corretto questo strumento visti i grandi risultati perseguiti nell'interesse primario dei cittadini e dei pazienti”.

“Oggi più che mai Pubblico e Privato hanno il comune obiettivo di una gestione efficiente ed efficace della sanità, nell’interesse di tutti, in primis i cittadini” ha quindi affermato Dario Scapola, Market Access Director di Roche in Italia. “Attraverso partnership tra mondo pubblico e realtà private, si possono raggiungere risultati importanti che permetteranno, soprattutto in un ambito come quello sanitario, di unire forze e competenze a beneficio della sostenibilità economica e della qualità dei servizi. È questo l’intento della collaborazione che abbiamo in atto con l’Azienda Ospedaliera di Perugia”.