



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La chiusura del Loreto Mare manda in crisi il Cardarelli

In 15 giorni aumento del 60% dei ricoveri neurologici
L'alternativa è il San Giovanni Bosco ma non ha triage

NAPOLI Quindici giorni fa è partita la dismissione del Loreto Mare, con il trasferimento a Ponticelli delle specialità di Neurologia e Neurochirurgia, e in 15 giorni il timore che gran parte dei casi finisse al Cardarelli pare sia già realtà. A dirlo sono i numeri, visto che si viaggia su una media di 240 pazienti al giorno, ma il problema riguarda soprattutto la complessità dei casi.

Per farsi un'idea più chiara di cosa stia mettendo in crisi il pronto soccorso dell'ospedale del Vomero è utile partire da ciò che dice il direttore della Centrale operativa del n8 di Napoli e presidente dell'Aaroi Emac, Giuseppe Galano: «Con l'avvio dello switch off (lo "spegnimento", ndr) - spiega - ci troviamo a trasportare al Cardarelli il 60 per cento circa di quei pazienti con sintomi neurologici, di ictus o politraumatizzati che prima portavamo al Loreto Mare. Sono pazienti che non potrebbero trovare una risposta appropriata in nessun altro presidio, se non al San Giovanni Bosco, dove riusciamo a trasportare il restante 40 per cento».

Proprio il San Giovanni Bosco non ha ancora attivato il triage, vale a dire la classificazione delle priorità in base ai sintomi. Questo produce almeno due effetti: in primo luogo le ambulanze che trasportano al San Giovanni Bosco restano spesso bloccate a lungo (anche diverse ore) prima di poter riprendere la barella e andare; in secondo luogo chi al pronto soccorso ci si

fa portare con mezzi propri preferisce allungare il percorso di qualche chilometro, sino al Cardarelli, ed essere certo di essere trattato con priorità rispetto a chi ha una patologia meno grave.

Del resto, chi porterebbe un proprio caro con un sospetto ictus in un pronto soccorso dove una classificazione di priorità può avvenire solo per eccesso di zelo di un infermiere? Tutto questo viene confermato da quanto spiega il primario del pronto soccorso del Cardarelli, Fiorella Paladino. «Lo switch off del Loreto Mare - dice - ci ha complicato un bel po' la vita in questi giorni. Solitamente il n8 incide sulla nostra attività per un 8 o 9 per cento, invece solo ieri il 20 per cento circa dei pazienti sono arrivati in ambulanza. A questi si aggiungono coloro che arrivano con mezzi propri, ieri ben 6 pazienti con ictus. Non bastasse sfiamo affrontando le complicanze dell'influenza di stagione».

Attorno al Cardarelli poco o nulla. Certo non il Pellegrini, né il San Paolo di Fuorigrotta, entrambi sprovvisti di neurochirurgia, neuroradiologia e radiologia vascolare. Per affrontare la questione, oggi alle 16 è previsto un vertice che vedrà allo stesso tavolo Antonella Guida (per la parte regionale), Ciro Verdoliva (Cardarelli), Giuseppe Galano (n8 Napoli) e Mario Forlenza (Asl Napoli 1).

Raffaele Nespoli

Problemi in corsia
La chiusura dell'ospedale Loreto mare costituisce un aggravio per gli altri presidi ospedalieri di Napoli



Soresa centrale appaltante anche per i comuni campani

La società regionale per la spesa sanitaria come una mini Consip De Luca: «Sarà possibile accedere ad acquisti sotto soglia Ue»

di **Angelo Agrippa**

NAPOLI Una centrale di spesa regionale, una sorta di Consip territoriale, basata su una piattaforma telematica, per favorire una maggiore razionalizzazione della spesa pubblica e un mercato di acquisto più efficiente, immediato e selezionato. Ecco cosa diventerà Soresa, la società regionale finalizzata alla razionalizzazione della spesa sanitaria campana.

«La Soresa — ha detto il governatore Vincenzo De Luca — sta diventando la centrale unica appaltante della Campania e la potenziaremo sempre di più nei prossimi mesi. Può diventare una macchina da guerra al servizio di tutto il sistema economico regionale».

De Luca, che ha tenuto ancora una volta a ribadire che «entro l'estate sarà eliminato il debito storico di 800 milioni della sanità campana e che i pagamenti ai fornitori sono ormai fissati a 32 giorni», ha quindi sottolineato: «La piattaforma di Open Innovation

utilizza il meglio delle tecnologie informatiche per mettere in contatto il sistema delle piccole imprese della Campania con i grandi gruppi. Siamo la Regione con la maggiore crescita di start up insieme alla Lombardia e diamo la possibilità di immettere sul mercato le nuove tecnologie facendo lavorare decine di piccole imprese». Riferendosi al Mepa, che permetterà alle amministrazioni pubbliche di fare acquisti di beni e servizi direttamente sulla piattaforma digitale, senza gara, «è un mercato digitale — ha proseguito — che offre a centinaia di piccoli Comuni e a tutte le aziende pubbliche di fare acquisti senza seguire le procedure di gara ordinarie, ma acquistando sulla piattaforma elettronica, saltando i passaggi burocratici e accorciando i tempi. Quindi diamo la possibilità a un piccolo Comune di acquistare beni sotto soglia comunitaria facendolo sulla piattaforma gestita da Soresa».

Il mercato elettronico regionale opera in maniera analoga al Mepa di Consip. Di cosa si tratta? Il mercato elettronico, in modalità totalmente tele-

matica, si rivolge a tutte le pubbliche amministrazioni e società partecipate della Regione Campania per gli acquisti inferiori alla soglia di rilievo comunitario.

Il 28 febbraio ci sarà la pubblicazione dei primi bandi specifici. Le prime categorie merceologiche che partiranno saranno quelle relative ai lavori, beni e servizi maggiormente acquistati dalle Pubbliche amministrazioni; successivamente e progressivamente saranno alimentate le principali categorie.

Due sono le iniziative presentate dalla Regione: la piattaforma Open Innovation e il mercato elettronico per ridurre i tempi dei processi burocratici e incrociare domanda e offerta di innovazione per le imprese.

La piattaforma, in particolare, è il primo risultato del protocollo d'intesa siglato dal presidente della Campania e dal suo omologo lombardo, Roberto Maroni, per una collaborazione istituzionale basata sullo scambio di informazioni sulle buone pratiche amministrative.

E il software fornito dalla Regione Lombardia per la piattaforma è stato ampliato fino a contemplare nuove funzioni dalla Regione Campania. Open Innovation mette in relazione domanda di innovazione dei grandi operatori industriali e offerta di innovazione del tessuto delle start up innovative e delle pmi presenti sul territorio. A garantire e condurre la piattaforma sarà sempre Soresa.

«Facciamo un ulteriore passo avanti - ha commentato l'assessore regionale alle start up Valeria Fascione — verso la sburocrazizzazione e per semplificare la vita alle imprese».

Hanno detto



Sarà una macchina da guerra al servizio

del sistema economico

Vincenzo De Luca
presidente Regione



Ecco come verrà semplificata la vita delle imprese della Campania

imprese della Campania

Valeria Fascione
assessore Startup

La sede

Nella foto sopra il palazzo della Regione in via Santa Lucia a Napoli

Per risparmiare persi 45.000 medici e infermieri

Oggi in sanità investiamo l'8,9% del Pil, nel 2019 sarà il 6,4%
Sono gli effetti dell'austerità iniziata con il governo di Monti

di **ALESSANDRO RICO**

■ I dati, pubblicati dalla Ragioneria dello Stato nell'ambito del conto annuale della pubblica amministrazione, parlano chiaro: tra il 2009 e il 2016 il comparto sanitario ha perso 45.053 lavoratori. Nel 2016 si è registrato un taglio più sostanzioso per i non dirigenti (-4.131 operatori), in particolare gli infermieri (diminuiti di 1.723 unità). Tra i medici, la contrazione nel 2016 è stata inferiore, ma ha coinvolto in misura maggiore gli uomini (-1.231) rispetto alle donne (-937).

I DATI OCSE

Colpisce, poi, che a non percepire la crisi sia il personale non medico con incarichi manageriali: se tra il 2015 e il 2016 la sanità ha registrato, nel complesso, la seconda riduzione di personale più elevata tra tutti i comparti della pubblica amministrazione, nello stesso periodo, il settore ha tuttavia acquisito 15 direttori generali, sei direttori sanitari, dieci direttori amministrativi e 22 direttori sociosanitari in più. Non solo: mentre i medici hanno visto sparire 183 euro dalla busta paga e gli infermieri 50, i dirigenti non medici hanno guadagnato 529 euro in più in un anno. Insomma, quasi tutti tirano la cinghia, soprattutto nelle regioni sottoposte ai piani di rientro della spesa sanitaria, però i vertici, spesso di nomina politica, continuano a passarsela bene.

Sono gli effetti nefasti dell'austerità: meno risorse destinate al servizio sanitario nazionale, meno operatori a disposizione dei pazienti, me-

dici in generale più anziani (nel 2016 la media era di 52,5 anni per gli uomini e 49,7 per le donne), quindi più gravati dagli accresciuti carichi di lavoro, più persone costrette a rivolgersi ai privati, o addirittura a rinunciare del tutto alle cure.

Nel 2015, ad esempio, l'Italia risultava, tra i membri del G7, quello con più spesa sanitaria «out of pocket» (cioè pagata di tasca propria dai cittadini), ma l'ultimo quanto a spesa pubblica per la sanità. La spesa sanitaria in rapporto al Prodotto interno lordo, come riportano i dati Ocse, si è mantenuta sostanzialmente costante (anzi, in lieve calo) tra il 2009 e il 2016. E poiché, tra 2009 e 2013, l'economia italiana è entrata per tre volte in recessione, tutto ciò ha significato una drastica diminuzione della spesa in termini assoluti.

In effetti, una volta divenuto ministro della Sanità per il governo Monti, Renato Balduzzi annunciò, per il triennio 2012-2015, un giro di vite da 25 miliardi di euro: nel 2012, l'Italia tagliò di tre punti percentuali la spesa sanitaria, mentre i Paesi Ocse in media la aumentavano dello 0,7%; l'anno successivo, il nostro Paese fece registrare una nuova diminuzione del 3,5%, mentre la media Ocse restituiva un aumento di un punto. Una tendenza confermata dai provvedimenti di finanza pubblica dei successivi governi: la legge di stabilità del 2014 predispose 1 miliardo di tagli per il biennio seguente, più una stretta di altri 7 miliardi decisa nell'estate del 2015. E nel documento di economia e finanza del settembre scorso, si è appreso che la spesa sanitaria in rap-

porto al Pil, nel 2019, dovrà diminuire ancora, arrivando al 6,4% (oggi è all'8,9%).

STUDIO DELLA BOCCONI

Naturalmente, le conseguenze sulla qualità delle prestazioni erogate si fanno sempre più tangibili. Un rapporto pubblicato dall'università Bocconi qualche mese fa denunciava come la spesa «out of pocket» dei cittadini per la sanità avesse raggiunto i massimi dall'anno 2004, invertendo il trend che nell'ultimo decennio l'aveva vista in costante diminuzione. E poiché integrare le carenze del Ssn presso strutture private ha effetti regressivi rispetto al reddito, il report calcolava che a ogni incremento percentuale di spesa «out of pocket» fosse collegabile un aumento del 2,3% del tasso di mortalità. Nel frattempo, il numero di malati che ha rinunciato completamente alle cure è aumentato, tra il 2013 e il 2015, dello 0,5%.

PENITENTI

In un quadro in cui lo Stato diventa sempre più parsimonioso e il comparto sanitario viene sottoposto alla pressione dei tagli, appaiono in tutta la loro sconsideratezza le scelte di una classe politica che, dalla fase del governo tecnico (leggi commissariamento di Bruxelles) in poi, ha deciso in scienza e coscienza di depauperare la sanità pubblica, uno dei fiori all'occhiello di un'Italia che certo non abbondava di eccellenze. Qualcuno si è pentito tardivamente, come il governatore della Toscana, Enrico Rossi, che ad agosto 2017, dopo anni di politiche di «razionalizzazione» dei costi, ammetteva: «Abbiamo tagliato troppo». Molti altri fingono di voler allentare i cordoni del-

la borsa, ma poi rassicurano l'Europa sulla loro volontà di mantenere gli impegni del Patto di stabilità, che strangola i bilanci statali.

Altri ancora, addirittura, paiono quasi divertiti dal ruolo dei «rigoristi»: è il caso di **Emma Bonino**, leader di Più Europa, che propone di bloccare per cinque anni la spesa primaria per far scendere il rapporto debito/Pil al 110%. Peccato ci abbia già provato **Mario Monti** e che il debito pubblico sia aumentato ancora.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EMORRAGIA



-45.053

I posti persi nella sanità dal 2009 al 2016

-4.131

I posti persi tra i non dirigenti (soprattutto infermieri) nel 2016

-294

I posti persi tra i medici nel 2016

-1.050

I posti persi fra gli amministrativi nel 2016

+62

I dirigenti in più nel 2016



Fonte: Ragioneria dello Stato

LaVerità

La ricerca

Omega 3, la ricetta contro l'Alzheimer

**RIDUZIONE
DEL RISCHIO**

Secondo la ricerca il consumo di Omega 3 riduce il rischio di numerose malattie

Gli **Omega 3**, ovvero quegli acidi grassi polinsaturi che aiutano a migliorare - fra le altre cose - la memoria e la concentrazione, sono al centro della ricerca. Gli Omega 3 intervengono per ridurre i fattori di rischio legati a malattie molto invalidanti come ad esempio il morbo di Alzheimer. Con l'invecchiamento, anche le cellule del cervello vanno incontro alla degradazione: questo porta conseguenze come per esempio la perdita di memoria, una condizione normale superata i 45 anni. Sebbene il corso della natura non possa essere bloccato del tutto, esistono alcuni rimedi che sicuramente aiutano a mantenere in salute le funzioni cerebrali: gli acidi grassi Omega 3 fanno proprio questo, e intervengono per ampliare le capacità del cervello in termini mnemonici. Sono diverse le ricerche scientifiche che dimostrano questo particolare effetto degli Omega 3: specialmente degli acidi grassi Dha, che per avere effetto devono però essere assunti in quantità minime di almeno 600 milligrammi.

In quattro anni oltre 500 interventi su pazienti affetti da tumore ai polmoni
«Dove ci sono discariche è un dramma»

Cancro ai polmoni, boom per i rifiuti Monaldi in trincea

Nella sgangherata sanità campana esistono anche importanti eccellenze. Una di queste è il **Monaldi**. Per il quarto anno consecutivo, con 160 interventi nel solo 2017, l'azienda ospedaliera dei **Colli** si conferma al primo posto in Italia per interventi chirurgici sui pazienti affetti da tumore al polmone con tecniche mini-invasive in **videotorascopia** o **Vats**, la nuova tecnologia, che ha completamente rinnovato la chirurgia toracica, è stata introdotta nella struttura dal 2011 e fino ad oggi ne hanno beneficiato oltre 560 pazienti.

Le nuove tecniche

Grazie ai nuovi sistemi gli interventi chirurgici sono molto più sicuri e molto meno traumatici: non necessitano più dell'apertura della cassa toracica e della eliminazione o divaricazione delle costole per permettere al chirurgo di operare manualmente, ma sono effettuati in toraco-scopia, con tre piccoli fori all'interno dei quali sono inseriti strumenti di ultima generazione volti a portare a termine l'intervento. Una vera rivoluzione nel trattamento, che riduce non solo i traumi e il forte dolore post-operatorio ma anche il rischio di emorragie grazie all'estrema precisione degli strumenti utilizzati. A questi vantaggi si aggiunge l'importante abbattimento dei costi dovuto alla riduzione dei giorni di degenza ospedaliera. Nel 2011 la degenza media era già scesa da 12 ad 8 giorni, che sono ulteriormente diminuiti fino ad arrivare agli attuali 4. Considerando che un solo giorno di degenza costa circa

900 euro, possiamo dire che dal 2011 abbiamo risparmiato oltre 2 milioni di euro.

Prospettive

"Ma noi potremmo fare ancora di più - spiega **Carlo Curcio**, Direttore Uoc Chirurgia Toracica Ospedale dei Colli - . Nel senso che se potenziassimo le nostre risorse potremmo ridurre l'esodo di pazienti residenti nel meridione, anche nella stessa città di Napoli, che emigrano al Nord per essere curati ed operati per tale patologia, per il solo motivo di essere curati prima e non per sfiducia nelle nostre strutture o nei nostri operatori. In questo modo potremmo ridurre la lista di attesa, con ulteriore risparmio economico per la nostra regione, che è costretta a "rimborsare" i costi per la cura di questi pazienti alle regioni del nord".

Tumori e rifiuti

Secondo l'Associazione Italiana di Oncologia Toracica (Aiot) infatti, ogni anno in Italia si registrano circa 38 mila nuovi casi di tumore al polmone, il 15% dei quali (circa 4.800) in Campania. Mentre il dato nazionale indica che negli uomini, dal 2008 al 2016, c'è stata una diminuzione dell'incidenza dei casi di tumore del polmone e della prostata (-2,5% per anno), il Registro Tumori Campano evidenzia, per la stessa fascia di popolazione, maggiori tassi di incidenza del tumore al polmone rispetto alla media nazionale.

Il fenomeno è probabilmente dovuto al fatto che la Campania è la Regione con la più alta percentuale di fumatori negli ultimi venti anni, presentando un tasso di tabagisti pari al 31% rispetto al 28% (media nazionale). Nel

ha registrato la comparsa di 3.844 nuovi casi di carcinoma polmonare.

L'inquinamento resta uno dei fattori di rischio. "Nelle zone in cui sono presenti discariche abusive dove spesso i rifiuti vengono bruciati si è registrata una maggiore incidenza tumorale. Oltre ad essere inquinato il sottosuolo, si registrano nell'aria forti concentrazioni di diossina e altri gas tossici. Se si volesse veramente parlare di prevenzione, bisognerebbe bonificare questi ambienti ad altissimo rischio per la salute pubblica".

Innovazione

Sono tantissimi i device che hanno completamente rivoluzionato gli interventi chirurgici, tra questi, i bisturi con radiofrequenza e le suturatrici meccaniche, che mettono al riparo dalle eventuali emorragie post-intervento. Da quando sono state introdotte abbiamo avuto una notevole riduzione di emorragie intra e postoperatorie e mi preme quindi sottolineare che oggi con questi strumenti di ultima generazione gli interventi chirurgici sono molto più sicuri. Dal 2011 abbiamo effettuato più di 570 interventi.

6/2/2018

Smog possibile causa della fibrosi polmonare idiopatica

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Smog possibile causa della fibrosi polmonare idiopatica

www.panoramasanita.it/2018/02/05/smog-possibile-causa-della-fibrosi-polmonare-idiopatica/



0
0
0
0
0

Studio italiano pubblicato sull'European Respiratory Journal: Se il livello di esposizione cronica al biossido di azoto si alza di 10 microgrammi per metro cubo, l'incidenza di fibrosi polmonare idiopatica aumenta tra il 4,25% e l'8,41% ed è ancora più elevata dove i livelli del gas superano i 40 microgrammi per metro cubo.

L'inquinamento da traffico può avere un ruolo attivo nello sviluppo della fibrosi polmonare idiopatica (Ipf). È quanto emerge da un'indagine pubblicata sull'European Respiratory Journal, condotta da ricercatori del Centro Studi Sanità Pubblica dell'Università di Milano-Bicocca e dell'Unità Operativa di Pneumologia dell'Ospedale San Giuseppe di Milano, Gruppo MultiMedica, in collaborazione con l'Università di Harvard. Basandosi su oltre 2.000 nuovi casi di malattia registrati in Lombardia fra il 2005 e il 2010, individuati attraverso database sanitari amministrativi, gli studiosi italiani hanno valutato la relazione fra l'insorgenza di Ipf e l'esposizione cronica a particolato atmosferico PM10, biossido di azoto e ozono: è emersa un'associazione fra lo sviluppo della patologia e l'aumento nell'aria del biossido di azoto, il gas prodotto dagli scarichi dei motori. Questo lavoro è la prosecuzione di un primo studio epidemiologico, attuato dallo stesso gruppo di ricercatori, che aveva mappato i casi di Ipf in Lombardia, pubblicato l'anno scorso su Plos One. Con circa 19.000 pazienti in Italia, la fibrosi polmonare idiopatica è la malattia respiratoria rara più frequente nel nostro Paese. È determinata dalla sostituzione del tessuto polmonare sano con tessuto cicatriziale, come se il polmone inneschiasse un alterato meccanismo riparativo a uno stimolo esterno, che potrebbe essere, appunto, il caso dell'inquinamento. Colpendo prevalentemente uomini, over 60, fumatori o ex fumatori, i suoi sintomi classici, tosse secca e mancanza di fiato sempre più marcata, vengono spesso confusi con manifestazioni di bronchite cronica. Solo una diagnosi precoce permetterebbe di intervenire con le giuste terapie; purtroppo la mortalità per fibrosi polmonare idiopatica resta tutt'ora più alta di quella legata a molti tumori. I meccanismi che portano alla formazione di IPF non sono ancora completamente conosciuti, ma si ritiene siano coinvolti sia fattori genetici che ambientali. «Il nostro studio, per la prima volta, mostra che lo smog è associato all'insorgenza di fibrosi polmonare idiopatica», affermano Sergio Harari, direttore dell'Unità Operativa di Pneumologia dell'Ospedale San Giuseppe di Milano e Giancarlo Cesana, direttore del Centro Studi Sanità Pubblica dell'Università di Milano-Bicocca. «Abbiamo osservato – prosegue Harari – come i soggetti esposti a una concentrazione più alta di biossido di azoto abbiano un rischio maggiore di sviluppare IPF. Mentre per PM10 e ozono non sono emerse associazioni significative, i dati hanno evidenziato che se il livello di esposizione cronica

6/2/2018

Smog possibile causa della fibrosi polmonare idiopatica

idiopatica aumenta tra il 4,25% e l'8,41% ed è ancora più elevata se i livelli di biossido di azoto superano i 40 microgrammi per metro cubo». «Studi precedenti avevano evidenziato come l'incremento di biossido di azoto e ozono si associ a un peggioramento della malattia, e come l'esposizione a PM10 si associ a un aumento della mortalità e della perdita di funzionalità respiratoria», spiega Giancarlo Cesana. «Tuttavia, la relazione tra esposizione cronica all'inquinamento atmosferico e incidenza di IPF non era mai stata indagata prima. La Lombardia rappresenta un contesto molto interessante per studiare questa possibile associazione, poiché la conformazione della valle padana in generale, e di questa regione in particolare, favorisce il ristagno degli inquinanti atmosferici portando a un elevato livello di inquinamento con concentrazioni variabili da zona a zona». «In sintesi, lo studio suggerisce che l'inquinamento da traffico potrebbe svolgere un ruolo nello sviluppo della fibrosi polmonare idiopatica. Le stime di questa associazione sono marginalmente significative e quindi necessitano di essere confermate tramite ulteriori studi», concludono i ricercatori.

6/2/2018

Tumori. Oncologia di precisione: arma efficace contro la malattia. Ma ancora troppi gli ostacoli nell'accesso alle terapie innovative

quotidianosanita.it

Lunedì 05 FEBBRAIO 2018

Tumori. Oncologia di precisione: arma efficace contro la malattia. Ma ancora troppi gli ostacoli nell'accesso alle terapie innovative

I pazienti attendono in media 806 giorni per accedere a un nuovo farmaco anti-cancro. Scagliotti: "Vanno ridimensionati i prontuari terapeutici regionali e serve subito un tavolo di lavoro per definire il concetto di innovazione". Questi i temi al cento del convegno sulle sfide e opportunità nel mercato farmaceutico nel prossimo triennio organizzato oggi a Torino

Negli anni settanta solo poco più del 30% delle persone colpite riusciva a sconfiggere il cancro, negli anni novanta questa percentuale arrivava al 47%, oggi 6 persone su dieci sopravvivono al cancro e, quando non si arriva a guarigione, in molti casi è possibile convivere a lungo termine con la malattia con una buona qualità di vita. Il merito va attribuito ai progressi nella diagnosi precoce, alle campagne di prevenzione e all'innovazione nella ricerca contro i tumori. E proprio l'oncologia rappresenta l'area terapeutica in cui si concentrano maggiormente gli sforzi della ricerca farmaceutica: basti pensare che su oltre 7mila molecole in sviluppo clinico, più di 1.800 appartengono all'area oncologica.

Continue e nuove opportunità per contrastare i tumori, ma gli ostacoli non mancano a partire da come coniugare l'immediata disponibilità delle terapie anti-cancro innovative e la sostenibilità del sistema sanitario. Se n'è discusso oggi a Torino nell'ambito del Convegno "Alle sfide ed opportunità nel mercato farmaceutico nel prossimo triennio".

"La nuova frontiera nel trattamento del cancro è rappresentata dall'oncologia di precisione – spiega **Giorgio Scagliotti**, Direttore Oncologia Medica all'Università di Torino – la prima 'ondata' è stata costituita dalle terapie a bersaglio molecolare che hanno cambiato l'aspettativa di vita in diverse neoplasie solide e in un considerevole numero di quelle ematologiche, ma che hanno anche mostrato limiti in termini di acquisizione di resistenza. Ad esempio nel tumore del polmone questi trattamenti riescono a controllare la malattia per un lungo periodo di tempo, però sono efficaci solo nei pazienti che presentano specifiche mutazioni genetiche: sono una minoranza, pari a circa il 15%, soprattutto non fumatori. La seconda 'ondata' dell'oncologia di precisione – ha aggiunto – ha preso forma con l'immunoterapia che progressivamente ha dimostrato efficacia in diversi tipi di tumori solidi, a partire dal melanoma fino alle neoplasie del rene e del polmone, con importanti prospettive anche in quelle della vescica, del distretto testa collo, del fegato e del colon-retto. Il concetto di medicina di precisione dovrebbe essere applicato in modo ampio a qualsiasi tipo di approccio sistemico nella terapia dei tumori solidi. Queste innovazioni implicano costi sociali rilevanti e impongono con forza il tema della sostenibilità, nell'ambito di un servizio sanitario universalistico come il nostro che offre ogni attività diagnostica e terapeutica a titolo gratuito".

Da un lato vanno considerati i costi legati allo sviluppo di una nuova molecola, che oggi sono pari a più di 2,5 miliardi di dollari, cresciuti più di 13 volte negli ultimi 40 anni (sono soprattutto le fasi di sviluppo clinico ad assorbire più del 50% dell'intero costo di sviluppo del farmaco). Dall'altro vi sono i costi sociali: nel 2015 le uscite associate ai tumori in Italia sono state pari a 18,9 miliardi di euro, di cui il 57% rappresentato da costi diretti (che includono la spesa per assistenza primaria, ambulatoriale, ospedaliera, il pronto soccorso, il follow up e i farmaci) e il restante 43% da ricondurre a perdite di produttività (legate alla mortalità, disabilità e pensionamento anticipato).

Non solo. I pazienti oncologici italiani attendono in media 806 giorni, cioè 2,2 anni, per accedere a un farmaco anti-cancro innovativo. È il tempo che trascorre fra il deposito del dossier di autorizzazione e valutazione presso l'Agenzia Europea dei Medicinali e l'effettiva disponibilità di una nuova terapia nella prima Regione italiana. Un termine che può dilatarsi fino a tre anni (1.074 giorni) se si considera l'ultima Regione in cui il farmaco viene messo a disposizione.

6/2/2018 Tumori. Oncologia di precisione: arma efficace contro la malattia. Ma ancora troppi gli ostacoli nell'accesso alle terapie innovative

“La sfida è individuare il giusto equilibrio fra immediata disponibilità delle terapie anti-cancro innovative e sostenibilità del sistema sanitario – sottolinea quindi Scagliotti – va affrontato il grave problema dei tempi di accesso a questi trattamenti nelle diverse regioni del nostro Paese. Il ridimensionamento dei prontuari terapeutici regionali potrebbe essere la via da seguire, perché l’inserimento delle nuove terapie in questi elenchi implica inevitabili e inutili tempi di attesa a danno dei pazienti. L’aumento del Fondo sanitario nazionale per garantire la sostenibilità è una ‘soluzione tampone’ che non può essere applicata a lungo termine. Va creato un tavolo di lavoro che includa i diversi attori coinvolti: agenzia regolatoria, industria, società scientifiche, accademia e pazienti. L’obiettivo – ha concluso – è ridefinire il concetto di innovazione: non può essere considerato innovativo un farmaco reso disponibile 3 o 4 anni dopo la prima terapia commercializzata in quella specifica classe terapeutica. Bisogna ragionare in termini di costo e di efficacia delle terapie. Vanno fissate regole nuove rispetto a 10 anni fa”.

6/2/2018 In Europa 1,3 milioni di morti per cancro. Incidenza maggiore negli uomini. Il tumore è responsabile di una morte su 4. I dati Eurostat

quotidianosanita.it

Lunedì 05 FEBBRAIO 2018

In Europa 1,3 milioni di morti per cancro. Incidenza maggiore negli uomini. Il tumore è responsabile di una morte su 4. I dati Eurostat

I dati diffusi ieri in occasione della Giornata mondiale contro il cancro. Tra gli Stati membri dell'Ue, la quota di decessi sul numero totale di morti ha superato il 30,0% (media UE, 26,4) in Danimarca, Irlanda, Paesi Bassi e Slovenia; tra gli uomini questa percentuale ha raggiunto il 36,1% in Slovenia, mentre tra le donne il 29,9% in Irlanda. Al contrario, meno di un quinto di tutti i decessi in Bulgaria e Romania sono stati causati dal cancro. Il dato italiano è al 28,3%, con una prevalenza degli uomini: 32,9% contro il 24% nelle donne.

Nel 2014, 1,3 milioni di persone sono morte per cancro nell'Ue-28, più di un quarto (26,4%) del numero totale di tutti i decessi. Il cancro presentava una quota leggermente superiore (29,7 %) di decessi tra gli uomini che tra le donne (23,2%).

I dati sull'Europa li ha diffusi Eurostat in occasione della Giornata mondiale contro il cancro, sottolineando che tra gli Stati membri dell'Ue, la quota di decessi per cancro sul numero totale di morti ha superato il 30,0% in Danimarca, Irlanda, Paesi Bassi e Slovenia; tra gli uomini questa percentuale ha raggiunto il 36,1% in Slovenia, mentre tra le donne il 29,9% in Irlanda. Al contrario, meno di un quinto di tutti i decessi in Bulgaria e Romania sono stati causati dal cancro.

Il dato italiano è al 28,3%, con una prevalenza degli uomini: 32,9% contro il 24% nelle donne.

Per l'Ue-28, il tasso di mortalità standardizzato per il cancro era 261,5 per 100 000 abitanti, inferiore al tasso per le malattie circolatorie, ma superiore al tasso per la maggior parte delle altre cause di morte.

Un'analisi per sesso e per età mostra grandi differenze nei tassi di mortalità standardizzati per il cancro: per gli uomini il tasso (349,1 per 100.000 abitanti) era del 74% superiore a quello delle donne (200,6 per 100.000 abitanti), mentre il tasso per le persone di età pari o superiore a 65 anni erano quasi 13 volte più alte di quelle dei giovani (di età inferiore ai 65 anni).

Tra gli Stati membri dell'Ue, i più alti tassi di mortalità standardizzati per cancro sono stati registrati in Ungheria, Croazia e Slovacchia, ciascuno con tassi superiori a 320 ogni 100 000 abitanti nel 2014. Cipro ha registrato il tasso di mortalità standardizzato più basso per il cancro tra gli Stati membri, 201,0 per 100.000 abitanti e hanno anche registrato il più basso tasso di mortalità standardizzato per il cancro per gli uomini (275,3 per 100.000 abitanti di sesso maschile) e per le donne (140,8 per 100.000 abitanti di sesso femminile).

In questo caso il tasso italiano è di 246,6.

Per gli uomini, i più alti tassi di mortalità standardizzati per cancro sono stati segnalati per Ungheria, Lettonia, Croazia, Estonia e Slovacchia, tutti con tassi superiori a 450 ogni 100.000 abitanti di sesso maschile. L'Italia registra un tasso tra gli uomini di 332 decessi per 100mila abitanti.

Per le donne, i tassi di mortalità standardizzati più elevati per il cancro sono stati registrati per l'Ungheria e la Danimarca, entrambi con tassi superiori a 250 ogni 100.000 abitanti di sesso femminile. In Italia il tasso è 187,3.

Cause di morte - Neoplasie maligne, residenti, 2014

	Number of deaths (number)	Share of all deaths (%)		Standardised death rates (per 100 000 inhabitants)		Persons aged < 65 years		Persons aged 65 and over	
		Total	Males	Females	Total	Males	Females	Persons aged < 65 years	Persons aged 65 and over
EU-28	1 304 854	26,4	29,7	23,2	261,5	349,1	200,6	75,3	1 844,2
Belgium	27 550	26,1	29,4	22,7	242,2	333,7	156,9	72,2	1 977,3
Bulgaria	17 883	16,5	18,7	14,4	242,4	332,8	178,7	103,2	817,0
Czech Republic	27 069	26,7	28,0	22,3	284,6	382,4	218,8	82,9	1 119,9
Denmark	15 032	30,4	31,8	28,9	309,0	383,1	298,3	75,1	1 227,4
Germany	224 089	25,7	28,8	22,8	253,2	328,4	200,1	73,1	898,8
Finland	3 816	34,6	37,6	29,4	399,4	486,7	247,8	88,3	1 171,0
France	9 669	30,8	31,7	29,9	289,3	344,5	248,1	69,5	1 191,4
Greece	29 054	23,7	26,8	20,5	248,3	344,7	173,5	75,7	895,8
Ireland	196 117	30,9	32,5	21,2	232,7	327,0	156,9	71,5	898,4
Italy	193 261	28,8	32,6	24,4	246,4	329,9	178,2	80,8	828,2
Croatia	13 984	27,4	31,7	23,3	336,4	474,3	247,0	107,8	1 280,1
Poland	198 589	26,3	32,9	24,0	246,6	332,0	187,2	66,3	894,6
Cyprus	1 222	24,5	27,6	19,0	201,0	279,3	148,9	51,1	1 201,5
Lithuania	5 978	21,2	23,8	18,7	299,3	479,9	212,0	105,2	1 100,8
Luxembourg	7 888	30,1	32,7	17,4	275,2	441,4	188,8	101,9	895,0
Latvia	1 119	29,4	32,4	20,7	289,7	368,5	194,0	47,8	1 178,5
Hungary	32 715	25,9	28,7	23,3	348,1	478,7	266,6	140,4	1 205,9
Malta	912	27,9	31,5	24,1	223,5	310,0	177,4	64,8	920,2
Netherlands	63 114	31,2	36,6	27,7	282,2	386,6	232,7	79,3	1 139,4
Austria	20 555	28,0	29,6	23,8	248,3	320,7	202,4	72,3	893,0
Poland	95 627	26,3	32,8	22,7	282,3	406,9	222,0	100,7	1 083,5
Portugal	28 454	24,9	29,3	20,4	242,1	350,5	189,7	79,9	814,8
Romania	50 380	18,8	22,8	16,7	273,2	381,8	184,3	118,5	811,9
Slovenia	5 805	31,4	36,1	27,0	298,9	424,4	222,7	80,3	1 190,1
Slovakia	13 250	28,5	32,8	24,9	324,1	432,5	228,0	103,7	1 232,5
Estonia	11 818	22,8	24,8	21,1	218,6	283,5	178,3	53,0	801,9
Sweden	22 338	28,2	27,1	30,4	234,8	282,4	203,3	64,2	803,1
United Kingdom	153 565	28,7	31,2	26,3	278,4	341,1	224,7	68,7	1 144,4
Iceland	1	11,1	23,0						
Liechtenstein	65	24,7	26,8	22,9	289,0	222,7	192,6	64,8	773,2
Norway	10 871	27,9	30,7	26,3	262,6	316,2	211,9	69,4	1 049,5
Switzerland	19 787	29,3	33,2	22,7	218,6	289,1	173,1	54,8	803,0
Former Yugoslav Republic of Macedonia	5	10,4	9,4	12,5					
Albania	54	29,7	29,7	29,7					
Serbia	21 244	21,1	23,8	18,4	288,3	386,4	202,4	122,2	1 025,4
Turkey	75 735	20,1	21,2	19,3	202,8	320,5	126,8	69,3	753,9

Source: Eurostat (online data codes: hnh_01_01 and hnh_01_0102)

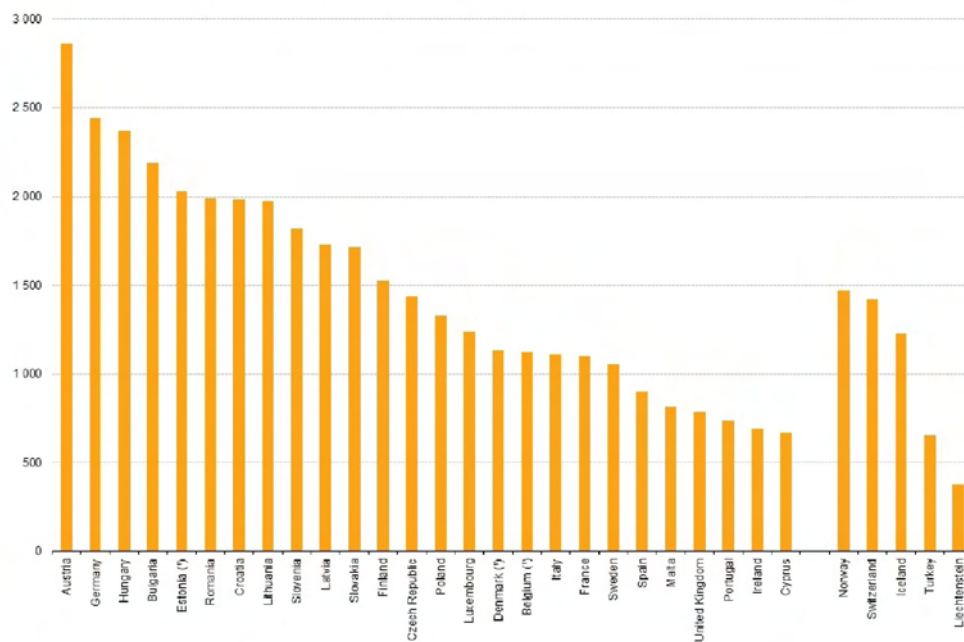
Eurostat analizza tre serie di dati per l'assistenza sanitaria oncologica: il numero di dimissioni di degenti, la durata media della degenza e il tipo di operazioni e procedure eseguite.

Nel 2015, circa 7,3 milioni di pazienti ricoverati negli ospedali nell'Ue-28 (dati del 2014 per il Belgio, nessun dato recente per la Grecia o i Paesi Bassi) sono stati trattati per neoplasie.

6/2/2018 In Europa 1,3 milioni di morti per cancro. Incidenza maggiore negli uomini. Il tumore è responsabile di una morte su 4. I dati Eurostat sono stati dimessi dopo la diagnosi o il trattamento di neoplasie. In Germania, Ungheria, Bulgaria ed Estonia (dati del 2014), questo tasso ha superato anche 2.0 mila per 100 000 abitanti. L'Italia presentava un tasso di circa 1, 5 mila per 100.000 abitanti.

Altrove il tasso variava da 787 per 100 000 abitanti nel Regno Unito a 990 per 100 000 abitanti in Romania, con il Portogallo (735 per 100 000 abitanti), l'Irlanda (693 per 100 000 abitanti) e Cipro (668 per 100 000 abitanti) sotto questo intervallo.

Tassi di dimissione ospedaliera per degenti con neoplasie, 2015 (per 100.000 abitanti)



Note: Greece and the Netherlands, not available.
(*) 2014.
Source: Eurostat (online data code: hlth_co_disch2)

Nel 2015, la durata media del soggiorno per degenti ricoverati classificati ai fini del trattamento o delle indagini in regime di neoplasie variava da 4,8 giorni in Bulgaria a 10,1 giorni in Portogallo. Un confronto tra i dati del 2015 e quelli del 2010 mostra un andamento generale al ribasso nella durata media dei soggiorni per degenti, con incrementi registrati solo per Malta e Lussemburgo, mentre non vi era alcun modifica della durata media del soggiorno in Romania; un aumento è stato registrato anche per l'Islanda tra i paesi non membri, mentre non vi è stato alcun cambiamento nella durata media del soggiorno in Turchia. La riduzione maggiore in termini di numero medio di giorni è stata registrata in Bulgaria (1,5 giorni in meno nel 2015 rispetto al 2010).

L'Italia nel 2015 registrava una degenza media di circa 8-8,5 giorni, in diminuzione di circa un giorno rispetto al 2010.

Eurostat presenta anche i dati relativi alla frequenza (relativa alla dimensione della popolazione) con cui sono state eseguite una serie di operazioni e procedure.

Durata media del ricovero per neoplasie, 2010 e 2015 (giorni)

	Colonoscopy with or without biopsy		Cystoscopies		Pulmonectomies		Partial excision of mammary gland		Total mastectomies		
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	
Belgium (*)	-	1 862.3	-	55.4	-	18.3	-	104.9	-	45.9	45.9
Belgium	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Czech Republic	-	-	71.4	-	11.5	-	-	-	-	-	-
Denmark	1 853.7	2 046.4	77.9	92.1	15.9	17.5	112.3	68.1	49.2	45.9	
Germany	750.0	813.3	115.9	307.7	35.9	39.1	110.9	97.8	34.6	33.4	
Estonia	-	-	-	57.6	-	16.3	-	36.9	-	20.5	27.1
Finland	1 478.5	1 679.4	33.9	42.6	7.8	10.5	61.7	64.1	29.5	29.5	
Greece	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spain	370.2	417.8	60.2	98.0	11.1	16.2	72.7	80.8	28.0	32.5	
France (**)	2 102.9	2 154.2	74.3	70.5	24.3	18.3	105.9	102.2	22.9	22.9	
Croatia	-	2 060.3	-	64.5	-	16.9	-	49.9	-	58.9	-
Italy	-	219.2	-	74.2	-	16.5	116.5	113.2	33.1	35.1	
Cyprus (*)	-	168.5	7.6	16.6	0.0	5.9	6.5	7.3	45.2	33.3	
Lithuania	102.5	327.8	20.1	46.1	9.2	12.0	72.2	75.0	19.2	25.2	
Luxembourg	-	1 191.2	-	37.7	-	17.9	20.2	27.0	-	16.0	46.6
Hungary	33.7	38.2	83.9	81.6	27.9	26.1	76.1	72.6	29.7	27.6	
Malta	-	1 812.8	-	62.6	-	5.3	-	75.9	-	28.3	-
Netherlands	922.3	-	64.5	-	17.6	-	81.7	-	45.1	-	-
Austria	-	89.4	-	80.4	-	14.4	15.7	111.1	67.3	24.9	27.0
Poland	-	471.9	-	32.5	-	10.9	23.9	19.3	19.4	20.9	-
Portugal (*)	-	143.2	-	54.7	-	11.7	64.3	65.4	31.9	32.9	-
Romania	227.3	440.8	39.6	81.4	8.9	12.8	32.1	34.7	22.5	24.9	
Slovenia	175.1	165.0	69.9	55.3	11.0	9.1	40.4	60.5	26.0	31.0	
Slovakia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ireland	64.1	74.5	56.5	67.9	3.7	0.0	68.1	79.8	52.7	59.7	
Sweden	874.1	1 020.0	67.2	64.3	8.2	9.2	71.9	74.9	45.8	42.8	
United Kingdom	1 193.2	1 864.4	43.8	38.6	11.6	15.2	76.5	75.9	24.6	32.2	
Liechtenstein	-	654.5	-	63.9	-	6.9	-	63.9	-	9.9	-
Norway	-	1 270.8	-	96.7	-	13.4	-	72.9	-	27.2	-
Switzerland (*)	292.9	-	95.9	-	19.1	-	65.4	-	39.9	-	-
Former Yugoslav Republic of Macedonia	75.0	31.4	17.8	22.9	5.0	4.2	29.3	30.8	22.9	28.2	
Serbia (*)	-	716.0	-	36.9	-	15.9	-	70.5	-	27.5	-
Turkey	-	-	-	-	-	-	14.7	-	-	6.7	-

(*) 2014 instead of 2015.

(*) Colonoscopy with or without biopsy, cystoscopies and pneumonectomies: 2014 instead of 2015.

(*) Pulmonectomies: 2014, non-standard definition.

(*) Break in series.

(*) 2008 instead of 2010.

Source: Eurostat (online data code: hlt_co_procd)

Per quanto riguarda il personale sanitario, nel 2015, c'erano circa 18 000 oncologi negli Stati membri dell'Ue per i quali erano disponibili i dati (dati 2014 per Danimarca, Finlandia e Svezia, dati del 2013 per la Repubblica ceca, nessun dato recente per Croazia, Ungheria, Paesi Bassi e Slovacchia).

Tra i sei maggiori Stati membri dell'Ue (Germania, Francia, Regno Unito, Italia, Spagna e Polonia), il numero di oncologi nel 2015 era compreso tra 968 in Francia e 4 333 in Italia, equivalenti a 1,5 oncologi su 100 000 abitanti in Francia e 7,1 oncologi per 100.000 abitanti in Italia. Tra gli Stati membri per i quali sono disponibili dati, solo l'Italia (dal 2009 al 2015) e la Lettonia (dal 2010 al 2015) hanno registrato un calo del numero di oncologi rispetto al numero di abitanti durante il più recente quinquennio periodo per il quale i dati sono disponibili; c'era anche un modello simile in Islanda. Rispetto al numero di abitanti, i maggiori aumenti del numero di oncologi sono stati registrati in Polonia (3,4 oncologi aggiuntivi per 100.000 abitanti tra il 2010 e il 2015).

L'assistenza oncologica comprende trattamenti che non richiedono un pernottamento, ad esempio chemioterapia giornaliera, trasfusioni di sangue e piastre, test, rimozione di punti di sutura (iniezioni) e iniezioni. Sebbene siano disponibili solo una quantità limitata di dati, la disponibilità di posti di assistenza diurna nel 2015 è stata ampia, da 1,2 posti per 100.000 abitanti in Germania a più di 13,5 posti ogni 100.000 abitanti in Belgio e 17,9 posti a 100.000 abitanti in Spagna.

Le apparecchiature per radioterapia coprono le macchine utilizzate per il trattamento con raggi X o radionuclidi. Questi includono acceleratori lineari, unità Cobalt-60, unità terapeutiche al cesio-137, unità a raggi X da ortodossia, unità di brachiterapia ad alte dosi e basse dosi e unità di brachiterapia convenzionali: si noti che alcune di queste macchine possono essere utilizzate anche per altri trattamenti che il cancro. Nel 2015 c'erano più di 3 300 unità di radioterapia negli Stati membri dell'Ue per le quali sono disponibili i dati (dati 2014 per il Regno Unito, dati 2013 per la Grecia, nessun dato per i Paesi Bassi, dati per Belgio, Germania, Francia, Portogallo e Svezia si riferiscono solo alle apparecchiature negli ospedali), con il maggior numero in Francia (670). Relativamente alle dimensioni della popolazione, le apparecchiature per radioterapia erano più comuni in Belgio, Danimarca e Slovacchia.

Personale sanitario e attrezzature relative al cancro, 2010 e 2015 (per 100.000 abitanti)

	Number of oncologists (*)		Oncological day care places		Radiation therapy equipment	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Belgium (*)	3.8	4.9	12.0	13.5	1.6	1.6
Bulgaria	0.2	2.8	-	-	-	0.8
Czech Republic (*)	2.7	2.8	-	-	3.9	0.9
Denmark (*)	2.5	3.8	-	-	1.3	1.4
Germany (*)	2.6	3.5	1.1	1.2	3.5	0.5
Estonia (*)	2.9	4.6	-	-	0.2	0.4
Ireland (*)	2.5	3.9	-	-	0.8	1.6
Greece (**)	1.7	3.2	-	4.4	0.9	0.6
Spain (*)	3.6	3.9	13.9	17.8	0.4	0.5
France (*)	1.0	1.5	-	-	0.9	1.6
Croatia	-	-	-	1.9	0.2	0.6
Italy (*)	7.9	7.1	5.1	4.4	0.6	0.7
Cyprus (*)	-	3.5	3.3	7.2	0.5	0.5
Latvia	3.2	2.1	-	-	0.4	0.4
Lithuania (*)	1.6	2.3	-	-	0.4	0.8
Luxembourg	0.0	0.4	-	-	0.6	0.9
Hungary (*)	5.1	-	-	-	0.4	0.5
Malta (*)	1.5	1.9	-	-	0.7	0.7
Netherlands	-	-	-	-	-	-
Austria	0.0	0.6	-	-	3.0	0.6
Poland	2.3	5.7	1.2	-	-	0.4
Portugal (*)	2.0	2.8	-	-	-	0.4
Slovenia	1.7	3.1	1.6	3.4	0.4	0.4
Sweden	0.7	1.7	-	-	0.6	0.6
Slovakia	-	-	0.1	-	1.2	1.2
Finland (**)	2.7	3.2	-	-	0.9	1.6
Sweden (**)	4.8	5.7	-	-	-	0.8
United Kingdom (**)	3.6	3.8	-	-	0.6	0.6
Liechtenstein	5.7	4.8	-	-	1.3	0.9
Liechtenstein	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Norway (*)	3.2	4.2	-	-	-	-
Switzerland (*)	3.2	3.8	-	-	1.7	1.7
Former Yugoslav Republic of Macedonia (*)	1.5	2.6	2.0	1.8	-	0.2
Serbia (**)	0.3	0.8	2.7	-	-	0.3
Turkey	0.4	0.7	-	-	-	0.3

(*) Practising physicians unless otherwise stated. The former Yugoslav Republic of Macedonia, Serbia and Turkey; professional active physicians.

Greece and Portugal: licensed physicians.

(*) Radiation therapy equipment: hospitals only.

(*) Number of oncologists: 2013 instead of 2015.

(*) Number of oncologists: 2014 instead of 2015.

(*) Number of oncologists: break in series.

(*) Radiation therapy equipment: 2013 instead of 2015.

(*) Number of oncologists: non-standard definition.

(*) Oncological day care places: break in series.

(*) Radiation therapy equipment: break in series.

(*) Number of oncologists, 2010: non-standard definition.

(*) Radiation therapy equipment: 2014 instead of 2015.

Source: Eurostat (online data codes: hm_1a_04-c, hm_1a_tech and hm_1a_eqip)

La ricerca

Virus in laboratorio dal Ceinge una speranza contro il colesterolo

VirOCol: si chiama così la speranza di sconfiggere il colesterolo. È il nome che è stato dato al virus sintetizzato in laboratorio, per la precisione nel Ceinge (il centro di Biotecnologie avanzate fondato dal professor Franco Salvatore) e che potrebbe rivelarsi la svolta contro uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare: il colesterolo, appunto.

Le prospettive sono ottime, spiega il ricercatore Lucio Pastore, che da 25 anni si occupa di terapia genica e colesterolo, insieme a Eleonora Leggiero, ricercatrice di Medicina molecolare e ad altri colleghi della Federico II: «In questo caso la nuova strategia utilizzerà somministrazioni più sicure, per esempio intramuscolari. Così, il virus in cui è contenuto il gene indurrà nel muscolo la produzione di una proteina che a sua volta ha dimostrato di poter abbassare il livello di colesterolo». Il vantaggio per i pazienti sarebbe enorme. Perché l'iniezione del virus sarebbe in grado di determinare un calo permanente di colesterolo nel sangue, quindi si potrebbe fare a meno di ricorrere all'attuale terapia, che dura tutta la vita. Ovviamente, la soluzione non è dietro l'angolo. Soprattutto per ragioni economiche che di fatto rallentano lo sviluppo del processo. Quale percorso è previsto a breve? «Si parte prima con la sperimentazione preclinica (sugli animali) per poi passare alla fase clinica sull'uomo. Ma la nostra prima sperimen-

tazione ha già dato risultati attendibili sugli animali di laboratorio ipercolesterolemici – risponde Pastore – Il problema sono i costi, elevati. In un secondo momento, al termine delle sperimentazioni, si dovrà aspettare l'approvazione dell'Emea europea o della Fda statunitense».

A premiare la scoperta made in Naples è stata la commissione che si è riunita (al Ceinge) per l'unica tappa al Sud della kermesse dedicata a ricercatori, imprese

Gli specialisti: "La prima sperimentazione ha dato risultati attendibili su animali di laboratorio. Ma i costi sono elevati"

ed aspiranti imprenditori biotech. I progetti sono stati ammessi al Boot-Camp, la due giorni di formazione propedeutica agli incontri che si terranno a Milano il 4 e il 5 aprile.

VirOCol è stato presentato dalla Leggiero con cui oltre a Pastore hanno collaborato Martina Esposito e Lorella Tripodi con il supporto del project manager Daniele Siniscalco. «Nonostante i progressi nello sviluppo di farmaci – conclude la ricercatrice – le malattie cardiache e l'ictus rimangono una delle principali cause di morte». — g. d. b.

6/2/2018 Polo oncologico del Mediterraneo: il Pascale di Napoli firma accordo col Benin. Crea l'area vasta oncologica con Bari e Basilicata

quotidianosanita.it

Lunedì 05 FEBBRAIO 2018

Polo oncologico del Mediterraneo: il Pascale di Napoli firma accordo col Benin. Crea l'area vasta oncologica con Bari e Basilicata

Il manager del polo oncologico partenopeo Attilio Bianchi firma un accordo con il console del Benin per avviare una rete oncologica in Africa. Con Puglia e Basilicata viene costituita l'Area vasta oncologica inter-regionale. Al via un unico comitato etico e procedure peculiari di valutazione delle prestazioni sanitarie erogate ai pazienti

Prove tecniche per assurgere al ruolo di Polo oncologico del Mediterraneo all'Istituto tumori di Napoli Pascale dove nei giorni scorsi è giunto in vista il Console del Benin che ha sottoscritto con il manager **Attilio Bianchi** un accordo per avviare una rete oncologica in Africa. In base all'intesa presto giovani medici africani verranno a Napoli per corsi di formazione e stage. Gli oncologi del polo oncologico partenopeo sono peraltro pronti a partire per avviare le basi di una nuova rete oncologica con l'Africa.

L'occasione l'ha offerta una giovane beninese, Licia, affetta da un tumore al polmone che nel suo paese non avrebbe avuto alcuna chance di cura e che a Napoli è stata presa in carico dall'equipe di **Alessandro Morabito**. "Le sue condizioni – avverte Bianchi - sono subito migliorate. Licia è ancora ricoverata al Pascale, la cura, tutta a carico dell'Istituto dei tumori e della Regione Campania, è lunga, ma per la giovane la speranza ha adesso un futuro. Come potrebbe averlo per tanti altri giovani del suo paese".

Per stringersi intorno a Licia e per avviare l'iter di un percorso di collaborazione Napoli-Benin, nell'Istituto sono venuti il console del Benin a Napoli, **Giuseppe Gambardella** e il presidente della Onlus "Sorridi Konov Konov Africa", **Enrico Di Salvo** che ha curato tutta la parte logistica e amministrativa per il trasferimento della paziente africana.

"**Ringrazio la direzione generale dell'Istituto Pascale** – ha detto Gambardella - e il professor Di Salvo - Questa mia visita di oggi rappresenta solo la prima occasione di altri incontri che si concretizzeranno in un protocollo d'intesa con il Ministro della Salute del Benin". "Sono felice – ha aggiunto Di Salvo - che il Pascale e in particolare il suo direttore Attilio Bianchi, abbiano manifestato una così grande apertura che mi dà la certezza che si potranno fare cose importanti a favore della popolazione beninese".

Per il management del Pascale un altro tassello si aggiunge all'idea che la ricerca e la cura oncologica può funzionare solo se messa in rete. "Siamo noi a ringraziare il governo del Benin - ha aggiunto Bianchi - che ha scelto il nostro Istituto; grazie anche alla dottoressa **Antonella Guida** della Direzione generale Sanità della Regione Campania per il decisivo supporto. Si apre con oggi una nuova prospettiva di collaborazione che apre la porta di questo istituto tumori alla rete di cure per tutti i paesi del Mediterraneo".

Cure anticancro uguali per tutti, fondi destinati alla ricerca erogati in egual misura al Sud come al Nord, il binomio rete della assistenza e rete della ricerca sono i principi su cui si basa "Amore", acronimo di Alleanza mediterranea oncologica in rete, nata per volontà dei tre principali Istituti oncologici del Sud Italia - il Pascale di Napoli, il Giovanni Paolo II di Bari e il Crob di Rionero in Vulture - che nei giorni scorsi si è riunita per la terza volta all'Istituto oncologico di Napoli. Dopo la sigla dell'accordo, il 29 novembre scorso a Bari e il primo incontro ricognitivo, a Rionero, si è entrati nel vivo.

Come prima iniziativa è stata dunque costituita l'Area vasta oncologica inter-regionale, insieme alla creazione di un unico comitato etico e sono state adottate le procedure peculiari di valutazione delle prestazioni. Primo passo per tracciare la rotta di un nuovo modello di sanità in grado di coniugare i canoni di buona amministrazione con i bisogni assistenziali in continua evoluzione.

6/2/2018 Polo oncologico del Mediterraneo: il Pascale di Napoli firma accordo col Benin. Crea l'area vasta oncologica con Bari e Basilicata

All'incontro sono intervenuti i direttori generale e scientifico del Crob, Giuseppe Cugno e Pellegrino Musto. Per l'Irccs di Bari il direttore generale **Antonio Delvino** e il direttore scientifico **Nicola Silvestrisi**. Oltre un nutrito numero di oncologi.

L'Alleanza – spiega il direttore scientifico del Pascale Gerardo Botti - getta le basi per una virtuosa competizione con le regioni del Nord basata su un fondamentale principio: dove si fa ricerca si fa migliore assistenza".

"Il sistema sanitario nazionale rappresenta un'eccellenza del nostro Paese – conclude il direttore generale del Pascale, Attilio Bianchi – ma è anche vero che in molti settori esistono delle diseguaglianze in termini di efficacia e di risultati che non possono più essere considerate accettabili. I dati epidemiologici indicano che nel settore oncologico la mortalità per tumore è maggiore nelle regioni del Mezzogiorno, pur in presenza di numerose eccellenze in termini di operatori e strutture sanitarie. Un analogo gap esiste in termini d'investimenti per la ricerca che sono spesso orientati in prevalenza nelle grandi istituzioni del Nord dove sono operanti infrastrutture organizzativamente più efficienti. In questa fase iniziale "Amore" ha avviato una ricognizione delle iniziative assistenziali e di ricerca che possono essere messe in rete al fine di aumentare il valore e la potenza delle comuni infrastrutture".

Ettore Mautone

Diagnosi

Revolution la superfoto che salva la vita

Precisa e poco invasiva
è la Tac che vede
i dettagli delle coronarie

Sempre più precisa e accurata. È la Tac coronarica che anno dopo anno si sta rivelando uno strumento diagnostico fondamentale. Anche nella prevenzione dell'infarto. Quella di ultima generazione ha un nome inequivocabile: Revolution.

Daniele Andreini, cardiologo e radiologo, dirige il servizio di CardioTc dell'Irccs Monzino di Milano. Rivela i progressi della metodica che ha rivoluzionato la diagnostica delle patologie coronariche. «Si può identificare ed escludere la presenza di stenosi - spiega - e, contemporaneamente, ci permette di "vedere" il lume dell'arteria (la sezione interna) così come si fa con la coronarografia invasiva. In più, otteniamo informazioni preziose sulla parete dei vasi, con la possibilità di identificare anche placche ateromasiche molto precoci. E questo è fondamentale per la prognosi».

L'esame è inserito oggi nelle linee guida europee per la gestione del paziente con dolore toracico. In sostanza, la cardioTc, prescritta quando si sospetta una patologia di tipo ischemico, diventa un test di prima scelta insieme all'esame clinico. «L'indagine rappresenta un'alternativa ad accertamenti di imaging tradizionali di secondo livello (eco stress, scintigrafia miocardica, risonanza magnetica da stress) - precisa lo specialista - ma la novità è rappresentata dalla possibilità di abbinare

alla valutazione dell'anatomia delle coronarie anche lo studio funzionale. Significa poter identificare la presenza di eventuali aree anatomiche dove il sangue non arriva in maniera valida. In questo caso si parla di difetto di perfusione».

Le nuove tecnologie consentono di avere un quadro completo della situazione in poco più di mezz'ora. E, quindi, di dare una risposta immediata al paziente. Sia in senso positivo, rassicurandolo sulla buona condizione delle sue coronarie, sia nel caso in cui le sue arterie abbiano bisogno di un intervento di rivascularizzazione perché stenotiche, cioè ristrette al punto da impedire al sangue di circolare a dovere. «Grazie alla Tac anatomico funzionale la procedura è più breve, sicura e mirata - continua Andreini - il paziente sarà più tutelato dai rischi legati a procedure invasive come la coronarografia». Ma la cardioTc non esclude l'ipotesi di un necessario e successivo ricorso alla coronarografia. «Infatti, è così. La Tac ne semplifica l'esecuzione - conclude - grazie all'indicazione perché l'emodinamista sa in anticipo dove c'è la stenosi su cui intervenire. Ultimo vantaggio, le radiazioni: il dosaggio della Cardio Tac di ultima generazione è molto basso, meno di un millisivert nella parte anatomica. Ma anche per lo studio funzionale è inferiore a quello di una scintigrafia».

REPRODUCTION RISERVATA

6/2/2018

Sanità, spesa sempre più privata | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

5 feb
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Sanità, spesa sempre più privata

di Barbara Gobbi e Rosanna Magnano (da Il Sole-24Ore di domenica 4 febbraio)

 [I dati Istat \(in attesa di certificazione dalla Corte dei conti\)](#)

La gigantesca newco per il welfare sanitario aziendale annunciata negli Usa da JP Morgan, Buffet e Amazon ha lanciato il classico sasso nello stagno del dibattito nostrano sul futuro del sistema delle cure e dell'assistenza. Riflettori accesi, quindi, sul pianeta della sanità integrativa, fino a oggi quel "secondo pilastro" del servizio sanitario nazionale, rimasto sottotraccia e cresciuto negli anni in modo a dir poco disordinato. Un caos non più accettabile: il modello Beveridge in cui lo Stato si assume l'onere totale dell'assistenza ai cittadini è arrivato a un bivio e ogni ipotesi di integrazione sembra non poter prescindere dall'ingresso di nuovi attori. Nessuna strada può essere esclusa e, anche solo a guardare le prospettive di mercato e le varie componenti della spesa sanitaria, è probabile che la soluzione si trovi in un mix di ricette. Purché non si rinunci a una governance politica "forte", che garantisca libertà di scelta all'interno di un sistema di tutele complessive. I dati parlano chiaro: i cittadini sono arrivati a pagare di tasca propria 37 miliardi di euro (valore in crescita), pari a un quarto dell'intera spesa sanitaria nazionale (150 miliardi di euro circa). Complice una serie di fattori: i tagli massicci degli ultimi anni (stimati in 10,5 miliardi di euro) al finanziamento pubblico delle cure, l'invecchiamento della popolazione e la mancata riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, ma anche una domanda di benessere che continua a evolvere, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha perso terreno. L'altra faccia della medaglia sono liste d'attesa e un accesso disomogeneo alle prestazioni. Senza contare la grande chance dei farmaci innovativi, che mette a dura prova la tenuta della spesa ospedaliera ma che nel lungo periodo riduce i costi di ricoveri e long term care e gli impatti socio-economici indiretti. In questo contesto, la pressione per ricette alternative cresce. E la sanità integrativa cerca nuovi spazi. Soprattutto, per ora, sul fronte del welfare aziendale, che anche in Italia si declina nelle principali industrie, entrando nei nuovi contratti grazie anche a politiche fiscali favorevoli. A fare il punto, nei giorni scorsi, è stata proprio Confindustria, nel suo primo rapporto sulla filiera della salute. Una presa d'atto di un settore che da solo vale l'11% del Pil e che non può più essere guardato come una mera voce di spesa, ma come un'opportunità. Anche di mercato.



A certificare lo scenario, è arrivata poche settimane fa l'Indagine conoscitiva del Parlamento sulla sostenibilità del Ssn. Che dà conto di un territorio, quello del II pilastro, molto controverso. A partire dai fondi sanitari integrativi ancora nel far west e perciò da sistematizzare. Una realtà molto complessa, composta da centinaia di fondi, casse ed enti eterogenei fra loro per coperture, premi, gestione delle attività e prestazioni. A prevalere sono i fondi aziendali, comunque mal distribuiti tra nord e sud del Paese. In campo anche le compagnie assicurative con le loro polizze malattia, che presentano costi tra i più elevati in Europa: non a caso, forse, le assicurazioni sanitarie volontarie coprono ancora appena l'1,5% della spesa privata. Infine, ma certo non per ordine di importanza, gli accordi di welfare integrativo che - sottolineano ancora i parlamentari - avrebbero l'effetto di tutelare soltanto i ceti medi e medio-alti. O comunque, chi un lavoro già ce l'ha.

La grande scommessa è far quadrare il cerchio: garantire a tutti l'assistenza, in un quadro di finanza sostenibile. Con un debito pubblico secondo soltanto alla Grecia e con un bilancio dello Stato sotto costante

6/2/2018

Sanità, spesa sempre più privata | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

osservazione dei partner Ue, l'Italia non ha grandi spazi di manovra. Del resto, anche Paesi come la Francia, che alla sanità destinano il 2% di Pil in più rispetto a noi, hanno scelto un sistema ibrido, tra Beveridge e Bismarck. Che significa riservare la sanità pubblica alle fasce deboli e ai casi più gravi e aprire gestione della cronicità, nuovi bisogni di cura e riabilitazione a forme integrative private. In definitiva, a una mutualità sostenibile. Per tracciare un quadro della potenziale domanda basta, come sempre, partire dai dati che raccontano di una spesa out of pocket (tutta a carico delle famiglie) in cui a parte l'esborso per i ticket (3 miliardi), gli altri ingredienti – a cui il mercato potrebbe guardare – spaziano dalla diagnostica alle residenze per gli anziani, voce in forte crescita. E a queste voci tradizionali si somma tutto il mondo del wellness e della prevenzione, verso cui la popolazione è sempre più interessata. Il trend attraversa tutti i "big" europei: la fase di transizione riguarda i Paesi più avanzati, alle prese con il difficile equilibrio tra i bisogni e le richieste dei cittadini e l'esigenza di far quadrare i conti, ma coinvolgerà tutti gli Stati membri, anche alla luce degli obiettivi fissati per il 2025, anche in tema di sanità, nel cosiddetto "pilastro europeo dei diritti sociali" approvato a novembre scorso a Göteborg. L'obiettivo, anche in Italia, è trovare una strategia di governo per lo sviluppo delle varie forme di protezione, senza indebolire la qualità dell'offerta pubblica – che resta un'eccellenza mondiale – e senza rinunciare a promuovere interventi appropriati. Una sfida di sistema, che necessita di un patto tra tutti gli stakeholder e che la prossima legislatura non potrà ignorare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

-
- ▶ **Gabriele Pelissero (Aiop): «Conciliare salute e finanza pubblica»**
di Barbara Gobbi (da Il Sole-24Ore di domenica 4 febbraio)
 - ▶ **Cartabellotta (Gimbe): «Sanità integrativa, regole da rifare»**
di Rosanna Magnano (da Il Sole 24 Ore di domenica 4 febbraio)
-

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#) | ISSN 2499-4599

La ricerca

Omega 3, la ricetta contro l'Alzheimer

**RIDUZIONE
DEL RISCHIO**

Secondo la ricerca il consumo di Omega 3 riduce il rischio di numerose malattie

Gli **Omega 3**, ovvero quegli acidi grassi polinsaturi che aiutano a migliorare - fra le altre cose - la memoria e la concentrazione, sono al centro della ricerca. Gli Omega 3 intervengono per ridurre i fattori di rischio legati a malattie molto invalidanti come ad esempio il morbo di Alzheimer. Con l'invecchiamento, anche le cellule del cervello vanno incontro alla degradazione: questo porta conseguenze come per esempio la perdita di memoria, una condizione normale superata i 45 anni. Sebbene il corso della natura non possa essere bloccato del tutto, esistono alcuni rimedi che sicuramente aiutano a mantenere in salute le funzioni cerebrali: gli acidi grassi Omega 3 fanno proprio questo, e intervengono per ampliare le capacità del cervello in termini mnemonici. Sono diverse le ricerche scientifiche che dimostrano questo particolare effetto degli Omega 3: specialmente degli acidi grassi Dha, che per avere effetto devono però essere assunti in quantità minime di almeno 600 milligrammi.

Appropriatezza in quattro mosse

Per varie categorie di pazienti con patologie acute a basso rischio, convenzionalmente ospedalizzate, l'assistenza può essere erogata in maniera altrettanto efficace e sicura in setting meno costosi con un impatto positivo (o invariato) sulla soddisfazione dei pazienti.

Considerato che l'appropriatezza del setting assistenziale è una priorità per la riorganizzazione del Ssn, il Position Statement Gimbe ha valutato efficacia, sicurezza, costi e soddisfazione dei pazienti delle strategie alternative al ricovero ospedaliero nella gestione di patologie acute. Tali strategie possono essere classificate in 4 modelli organizzativi: la gestio-

ne ambulatoriale; le unità di diagnosi rapida; l'ospedale a domicilio; unità di osservazione breve intensiva.

Le politiche sanitarie nazionali e regionali dovrebbero tenere conto di tali evidenze sia per l'aggiornamento periodico degli elenchi dei Drg inappropriati in regime di ricovero ordinario, sia per guidare la riorganizzazione dei servizi sanitari regionali, sia per avviare studi finalizzati a monitorare efficacia e sicurezza delle strategie alternative al ricovero nelle patologie dove mancano robuste evidenze.

CARTABELLOTTA A PAG. 7

Gimbe ha valutato le strategie alternative al ricovero ospedaliero per le patologie acute

L'appropriatezza in 4 mosse

L'assistenza può essere efficace e sicura anche in setting meno costosi

Le politiche sanitarie nazionali, regionali e locali hanno affrontato il tema dell'appropriatezza nelle due dimensioni principali: l'appropriatezza professionale, ossia la capacità del professionista sanitario di prescrivere/erogare l'intervento sanitario "giusto" al paziente "giusto" nel momento "giusto", e l'appropriatezza organizzativa, ovvero la capacità di assistere il paziente nel posto "giusto" (ospedale, day hospital, ambulatorio, domicilio) in relazione ai reali bisogni di salute e tenendo conto dei costi. Il miglioramento dell'appropriatezza professionale è volto a massimizzare la probabilità di effetti favorevoli (efficacia) e minimizzare quella di effetti avversi (sicurezza), oltre che di ridurre gli sprechi conseguenti al sovra- e sotto-utilizzo di interventi sanitari; il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa ha l'obiettivo di ottenere gli stessi risultati in termini di efficacia e sicurezza, a costi minori.

Considerato che un'area rilevante di programmazione dell'assistenza è quella ospedaliera, la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi previsti dal Dm 70/2015 mira a «promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente».

Gli standard definiti nella legge 135/2012 hanno permesso di definire i bacini di utenza per disciplina o specialità clinica. L'applicazione di tali standard è in linea con la necessità di ridurre il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti, che secondo l'ultimo Rapporto Sdo del ministero della Salute dal 2010 al 2016 il si è ridotto da 115,8 a 95 per il regime di ricove-

to ordinario e da 48,8 a 31 per quello diurno.

Accanto alla legge 135/2012 e al Dm 70/2015 che, insieme ai dati del Programma nazionale Esiti, rappresentano strumenti per migliorare appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, il Dpem sui livelli essenziali di assistenza ha recentemente fornito alle Regioni ulteriori standard di appropriatezza organizzativa: infatti, oltre a ridefinire l'elenco dei Drg ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria, ha stilato quello delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery e trasferibili al regime ambulatoriale.

Nonostante i numerosi riferimenti normativi, gli standard di appropriatezza organizzativa sono condizionati da tre fattori. Innanzitutto, questi elenchi sono stati definiti senza un riferimento esplicito a evidenze scientifiche e non esistono studi rigorosi che dimostrano l'efficacia e la sicurezza dei setting alternativi al ricovero, ma solo la certezza di costi diretti inferiori. In secondo luogo, numerose patologie acute continuano ad essere gestite convenzionalmente in regime di degenza ordinaria, nonostante i progressi in ambito biotecnologico e i modelli innovativi di erogazione dell'assistenza stanno modificando l'erogazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (Pdta) e producendo prove di efficacia e sicurezza sui setting alternativi al ricovero ospedaliero. Infine, le autonomie regionali stanno generando innumerevoli modalità di assistenza extra-ospedaliera, condizionate più dalla disponibilità di strutture e servizi esistenti, oltre che da necessità organizzativo-amministrative, piuttosto che da robuste evidenze scientifiche.

Considerato che l'appropriatezza

del setting assistenziale è una priorità per la riorganizzazione del Ssn, il Position Statement Gimbe ha valutato efficacia, sicurezza, costi e soddisfazione dei pazienti delle strategie alternative al ricovero ospedaliero nella gestione di patologie acute. Tali strategie possono essere classificate in 4 modelli organizzativi (v. tabella).

Considerato che in letteratura esistono numerose revisioni sistematiche (Rs) sui modelli organizzativi alternativi all'ospedalizzazione, ma con obiettivi limitati allo studio di singole condizioni cliniche o di singole strategie, il Position Statement Gimbe ha esaminato tutte le Rs rilevanti per fornire a decisori, professionisti e pazienti una mappa aggiornata delle evidenze scientifiche, riportando i risultati in termini di outcome clinici, esperienza di pazienti e caregiver e costi. In particolare, 25 Rs (per un totale di 123 studi primari) hanno soddisfatto i criteri di inclusione, dimostrando che:

- la gestione ambulatoriale, più o meno intensiva, dopo avvio del percorso in ospedale non presenta differenze statisticamente significative in termini di mortalità, morbidità e soddisfazione del paziente per embolia polmonare, trombosi venosa profonda, polmonite, pneumotorace, diverticolite, colica renale;
- per le unità di diagnosi rapida, fina-

lizzate a effettuare rapidamente la diagnosi di alcune malattie (es. neoplasie, anemia di origine sconosciuta) evidenze più limitate dimostrano una riduzione della mortalità e un'elevata soddisfazione dei pazienti;

- per l'ospedale a domicilio, in cui l'assistenza ospedaliera viene erogata a livello domiciliare, numerose condizioni acute (riacutizzazione di scompenso cardiaco e Bpco, polmonite, urosepsi, cellulite, embolia polmonare, fibrillazione atriale, asma) presentano mortalità, morbilità e soddisfazione di pazienti e caregiver migliori o uguali;

- nelle unità di osservazione breve intensiva non si rileva alcuna differenza di mortalità per dolore toracico, asma, Bpco, picloncrite, a fronte di una riduzione della durata della degenza e un'augmentata soddisfazione del paziente;

- i dati relativi ai costi sono eterogenei ma, quando valutati, hanno rilevato un risparmio nella quasi totalità dei casi, per tutte le strategie alternative al ricovero ospedaliero.

L'unica eccezione al miglioramento o mantenimento degli outcome clinici rispetto al ricovero ospedaliero è rappresentata dai pazienti con neutropenia febbrile da chemioterapia gestiti a livello ambulatoriale o nelle Udr, per i quali oltre alla necessità di identificare più accuratamente i pazienti a basso rischio, è indispensabile utilizzare tutte le precauzioni per garantire una rivalutazione ospedaliera se ne-

cessaria.

La Rs su cui si basa il Position Statement presenta alcuni limiti. Innanzitutto, a eccezione dell'Od, le evidenze relative ad alcune strategie, sono moderate per l'assenza di studi di livello I; tuttavia, va rilevata l'importanza di studi osservazionali di elevata qualità, soprattutto per eventi rari (es. mortalità, gravi complicanze) per i quali pianificare un trial adeguatamente dimensionato potrebbe essere impossibile. In secondo luogo, gli interventi spesso differiscono nelle varie strategie alternative: infatti, gli interventi sui percorsi assistenziali sono complessi e devono essere adattati ai vari contesti, presentando una elevata variabilità. Questo, tuttavia, non deve limitare i cosiddetti "apprendimenti transfrontalieri", ossia la capacità di "adattare e adottare" le migliori pratiche utilizzate in altri Paesi. Ovviamente il Position Statement non considera tutte le modalità organizzative disponibili in Italia ma non destinate primariamente ai pazienti acuti; in particolare, tutto il sistema delle "cure intermedie" tra cui gli ospedali di comunità, previsti dal Dm 70/2015 e da alcune normative regionali. Infatti, tali setting sono destinati prevalentemente ai pazienti dimessi dall'ospedale con bassa instabilità clinica ed elevato bisogno assistenziale. Il Position Statement indica numerose priorità per la ricerca futura: innanzitutto, per le condizioni con limitate evidenze di livello I è necessario confermare i risultati di trial di bassa qualità e degli

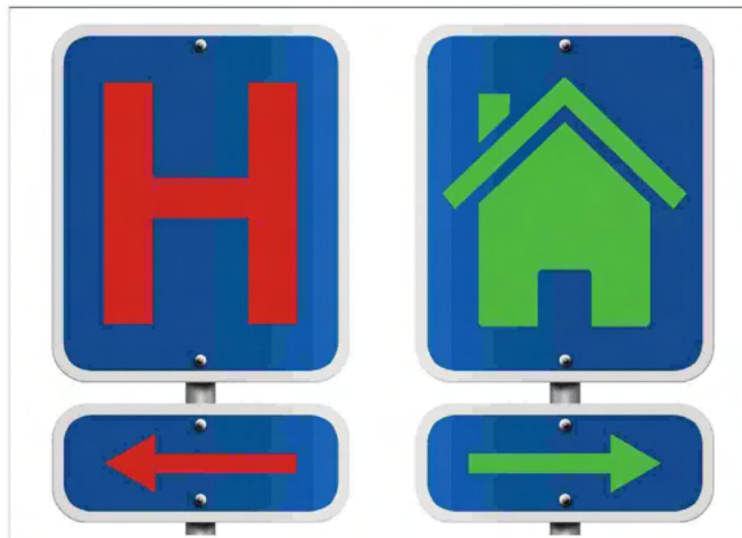
studi osservazionali; in secondo luogo, è necessario identificare criteri ottimali di eleggibilità dei pazienti per le varie strategie; infine, alcuni algoritmi di stratificazione del rischio devono essere ulteriormente valutati e validati.

In conclusione, le evidenze scientifiche documentano che per varie categorie di pazienti con patologie acute a basso rischio, convenzionalmente ospedalizzati, l'assistenza può essere erogata in maniera altrettanto efficace e sicura in setting meno costosi con un impatto positivo (o invariato) sulla soddisfazione dei pazienti. Per alcune patologie e per i loro modelli di gestione, sono richieste ulteriori valutazioni con studi di elevata qualità. Le politiche sanitarie nazionali e regionali dovrebbero tenere conto di tali evidenze sia per l'aggiornamento periodico degli elenchi dei Drg inappropriati in regime di ricovero ordinario, sia per guidare la riorganizzazione dei servizi sanitari regionali, sia per avviare studi finalizzati a monitorare efficacia e sicurezza delle strategie alternative al ricovero nelle patologie dove mancano robuste evidenze.

La versione integrale del Position Statement Gimbe "Modelli organizzativi alternativi al ricovero ospedaliero per i pazienti con malattie acute" è disponibile a: www.evidence.it/alternative-ricovero.

Nino Cartabellotta
 Fondazione Gimbe

© FPOD 2018. I. RIZZI/ASB



I quattro modelli organizzativi

Gestione ambulatoriale (Amb)

Il Pdta viene avviato nel dipartimento di emergenza-urgenza (Dea) e/o nelle unità operative cliniche dell'ospedale con successivo follow-up ambulatoriale, più o meno intensivo. In Italia, si identifica con gli accessi registrati nei flussi informativi per l'assistenza specialistica ambulatoriale

Unità di diagnosi rapida (Udr)

Le quick diagnostic units sono strutture organizzate per effettuare rapidamente la diagnosi di malattie gravi (es. neoplasie maligne); in Italia le Udr sono poco strutturate: un tempo identificabili con il "day hospital diagnostico" poi ritenuto inappropriato, oggi di fatto sono attuate tramite il regime day-service, anche tramite accessi multipli

Ospedale a domicilio (Od)

A seguito di valutazione clinica in ospedale viene erogata assistenza ospedaliera a livello domiciliare. In Italia il solo programma di Od normato a livello regionale è l'Ospedalizzazione a domicilio della Città della Salute e della Scienza di Torino: la Dgr n. 85-13580 della Regione Piemonte prevede infatti una specifica tariffazione delle attività erogate, definendo come Od «l'organizzazione di attività assistenziali di tipo sanitario che assicurano la cura di pazienti ancora in fase acuta trattabili presso la residenza con supporto infermieristico e medico specialistico e la presa in carico da parte di unità operativa di presidio ospedaliero»

Unità di osservazione breve intensiva (Obi)

Gestione del paziente guidata da protocolli in arco temporale all'interno di spazi dedicati, generalmente all'interno del Dea, con successiva dimissione e follow-up ambulatoriale nella maggior parte dei casi. Le unità di Obi costituiscono una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per due categorie di pazienti con problemi acuti che richiedono un iter diagnostico-terapeutico urgente e/o non gestibile in altri setting: elevato grado di criticità e basso rischio evolutivo; bassa criticità e potenziale rischio evolutivo, ma elevata probabilità di regressione. In Italia, il Dm 70/2015 prevede la disponibilità di posti letto in unità di Obi, oltre che nei Dea di II e di I livello, anche nei presidi ospedalieri sede di Ps di base. Al fine di uniformare le variabilità regionali e locali esistenti, è stato proposto che l'ammissione dei pazienti in Obi debba avvenire entro un tempo massimo di 6 ore dalla presa in carico e la permanenza non deve superare le 36 ore dall'inizio del Pdta