



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



IL CASO

Strutture psichiatriche e accreditamenti
una sentenza del Tar riapre i giochi*La decisione fissa un paletto contro la burocrazia regionale*

NAPOLI Accreditementi per le strutture psichiatriche residenziali in Campania: la prima sezione del Tar regionale riapre i giochi. I giudici amministrativi con la sentenza 2.421 del 2015 (depositata il 29 aprile scorso) hanno stabilito che sono da ammettere al regime dell'accreditamento istituzionale anche le strutture psichiatriche residenziali e semi-residenziali private, inizialmente escluse dall'iter concluso a ottobre scorso a causa della mancanza dell'originario titolo convenzionale. La riammissione è basata sull'assunto che la residenzialità psichiatrica (a ciclo continuativo o diurno) nasce in Campania dopo il 1° gennaio 1993 come alternativa al modello manicomiale mandato in soffitta dalla legge Basaglia.

In Campania nessuna delle strutture territoriali (residenziali e semiresidenziali) psichiatriche private è infatti in possesso di un

valido titolo convenzionale al 1° gennaio 1993, visto che sono nate dal 1997 in poi quali comunità terapeutiche riabilitative attuative della legge 180 del 1978 e dunque alternative all'ospedalizzazione.

«La Regione tuttavia - avverte Giovanni Ariano, psicologo e psicoterapeuta, nonché presidente della Società italiana di Psicoterapia integrata (Sipi) - con un accordo stipulato il 2 luglio scorso con le Case di Cura neuropsichiatriche private, prevede la copertura assoluta del fabbisogno stimato di residenzialità e semi-residenzialità psichiatrica territoriale attraverso i posti letto pubblici e i posti letto privati da riconversione delle Case di Cura neuropsichiatriche in struttu-



re intermedie residenziali; peraltro non ancora concluso. Ora che lo scoglio per gli accreditamenti delle strutture residenziali e semiresidenziali è superato, confidiamo nell'accelerazione del riordino di questo settore assistenziale».

“Il pronunciamento del giudice rappresenta una vera svolta nel settore della salute mentale”

Il pronunciamento del giudice amministrativo rappresenta una svolta epocale nel settore della salute mentale e mantiene accesa, in ambito regionale campano, la candela della riabilitazione psichiatrica dal volto umano che rischiava seriamente di essere spenta da una lettura non contestualizzata.

Ma se il Tar ha sostanzialmente “riscritto” la regola regionale sul transitorio e provvisorio accreditamento propedeutico all'accreditamento istituzionale definitivo, fornendo di quest'ultima una interpretazione estensiva, resta il nodo dell'ottemperanza del giudicato. Qui la burocrazia rischia di rallentare di nuovo tutto. Allo stato attuale Tar Campania e Regione sono d'accordo sull'ampliamento della platea che accede agli accreditamenti ma divergono sulla definizione del perimetro dell'area interessata e sulla formula per tale accesso. Secondo il Tar dovrebbe avere accesso all'accreditamento ogni soggetto provvisoriamente accreditato (anche chi non era titolare di convenzione alla data del 1° gennaio 1993) purché inserito in questo sistema dal 1993 in poi. La Regione, invece intenderebbe limitare l'accesso alle sole strutture provvisoriamente accreditate alla data del 1° luglio 2007 o in quanto provenienti dal transitorio accreditamento e già convenzionate nel 1993, ovvero in quanto sorte in epoca successiva. Sarebbero escluse le strutture sopravvenute in epoca posteriore al 1° luglio 2007, i transitori accreditati che hanno chiuso battenti prima di questa data ed eventuali centri sorti dopo i convenzionati al 1993, inseritisi nel sistema del provvisorio accreditamento, ma cessati prima del 1° luglio 2007.

NAPOLI

Stati Generali e cure palliative del dolore

NAPOLI. Il 26 giugno 2015 al Congresso sugli Stati Generali delle Cure Palliative e Terapia del Dolore in Campania, che si sta svolgendo presso la Sala Congressi Tempo del Centro Direzionale di Napoli, saranno presentate due iniziative di importanza nazionale in materia. Le iniziative sono state realizzate dall'Associazione House Hospital onlus, dall'Ar-san Regione Campania e dall'Aou Policlinico Università di Napoli Federico II. L'Osservatorio costituisce uno strumento indispensabile per le esigenze dei malati, delle loro famiglie, delle organizzazioni di volontariato e delle istituzioni nel presupposto che esso è stato istituito per essere l'Osservatorio "dei malati" e non "sui malati", per "contribuire a trovare soluzioni" e non per limitarsi a "descrivere situa-

zioni" e a "pubblicare dati". Per cui, tutti possono sentirsi parte attiva e costituente dell'Osservatorio (www.hospicecampania.it) che nasce per: a) rappresentare nel tempo, l'entità e l'evoluzione quantitativa e qualitativa delle cure palliative e medicina del dolore, intesa sia come fenomeno di rilevanza sociale da analizzare e valutare per l'impatto sociale ed economico sulle persone, sulle famiglie, sulle istituzioni e sulla società; b) documentare nel tempo, le risposte che la società fornisce; c) analizzare e rappresentare le informazioni sulla domanda e sulla offerta riportandole agli ambiti territoriali di riferimento; d) per consentire il monitoraggio costante delle difformità assistenziali e dei progressi o regressi rilevati in Regione.

GLI HOSPICE Un incontro con i massimi esperti italiani per fare il punto su una branca della medicina poco nota

Terapia del dolore, se ne parla per la prima volta

NAPOLI. C'è una legge, la 38 del 2010, che fissa i criteri organizzativi per assistere chi ha importanti problemi di dolore. Ma gli addetti ai lavori per la prima volta si ritrovano per un momento di riflessione.

La sala "Tiempo" del centro direzionale ospita fino a oggi, su iniziativa dell'Arsan, organo tecnico sanitario della giunta regionale, gli Stati generali delle cure palliative e terapia del dolore in Campania, appuntamento messo in cantiere dall'House Hospital diretta da Sergio Canzanella e dal Policlinico della Federico II. Si parte dalla nostra regione per affrontare il problema a tutto campo con una riflessione a 360 gradi sullo stato dell'assistenza in tutta Italia, tenendo in considerazione anche le esperienze e le realtà esistenti in Europa e nel resto del mondo. «Le cure palliative sono in genera applicate negli hospice che ospitano pazienti con patologie oncologiche - chiarisce Marisa Giampaoli, direttore generale dell'hospice Piccole An-



celle di Parma - persone da seguire con affetto e attenzione perché il loro problema è accompagnato da un dolore che esubera. Poi c'è la terapia del dolore che richiede un percorso multidisciplinare per arrivare ad eliminare il dolore, ma al tempo stesso per individuarne le cause».

Le statistiche confermano che circa il 19 per cento della popolazione è interessata a patologie dolorose. Questo significa trovarsi con persone rese invalide da un livello di dolore non sopportabile e che in tantissimi casi sono co-

strette ad assentarsi dal lavoro o addirittura ad arrendersi rinunciando definitivamente alla propria attività. Chi e in che modo deve prendersi cura del paziente con problemi di dolore? «Sono partiti in molte città italiane - spiega la Giampaoli - dei master universitari sulla terapia del dolore. E c'è un problema: si rischia di cominciare a lavorare sbagliando perché si procede per compartimenti stagni.

Del dolore del paziente si deve occupare il medico, ma anche il portantino perché è una questione da affrontare sempre in maniera globale. E quando parlo del medico mi riferisco a un'équipe multi specialistica che prende in cura il paziente. Se mi fa male un gomito non è detto che il problema è solo di competenza dell'ortopedico. È giusto consultare anche il fisiatra, il fisioterapista, il vascolare, il cardiologo. Deve essere una disciplina multi specialistica dove una serie di attività mediche hanno la loro importanza».

CRESCIE IL TASSO DI NATALITÀ DELLE IMPRESE E L'IMMOBILIARE SI RISVEGLIA. MA I GIOVANI EMIGRANO

La ripresa taglia fuori il Sud

La fotografia di Bankitalia sulle regioni: tirano export e turismo

PAOLO BARONI
ROMA

La ripresa alla fine è arrivata e in questi primi mesi dell'anno interessa quasi tutte le aree del Paese. In circa metà delle regioni italiane i segnali sono significativi: la situazione si presenta decisamente più favorevole nelle regioni del Centro Nord, a cominciare da alcune regioni del

Nord-Est, soprattutto per effetto delle esportazioni e della ripresa del fatturato industriale. Il Sud invece (soprattutto Calabria, Sicilia e Campania) fatica ad uscire dalla recessione. Mentre almeno sette regioni (tra cui Val d'Aosta, Liguria, Abruzzo e Puglia) la ripresa è più faticosa.

E' fatto di luci ed ombre il check-up dell'economia italiana che

si ricava leggendo i 20 rapporti regionali che la Banca d'Italia ha appena finito di pubblicare.

Il dato generale è che nel 2014 la prolungata flessione del Pil si è finalmente arrestata al Centro Nord e si è attenuata nel Mezzogiorno. Con le esportazioni che sono rimaste la voce più dinamica della nostra economia: nel Mezzogiorno solo mezzi di tra-

sporto e alimentare hanno però fornito un contributo positivo, mentre al Centro Nord tirano soprattutto macchinari, chimica, farmaceutica, mezzi di trasporto e beni tradizionali (compreso tessile, abbigliamento e mobili). Segnali positivi dal turismo, con ricadute su porti ed aeroporti. Ma situazione certamente ancora molto problematica, tant'è che proprio ieri il governatore di Bankitalia Ignazio Visco ha parlato di «ristagno». Epperò dopo tre anni di calo nel 2014 il tasso di natalità delle imprese ha segnato una ripresa e sono emersi i primi segnali di risveglio del mercato immobiliare. Anche l'occupazione è tornata a crescere in misura più pronunciata nel Nord-Est e soprattutto al Centro, mentre al Sud la flessione si è attenuata.

Il lavoro dei giovanile rimane il nostro grande male: con l'aumento della disoccupazione, infatti, sono aumentate in misura significativa le migrazioni dei giovani, in particolare quelli più istruiti, dal Sud verso il Centro Nord e di entrambe queste aree verso l'estero. Un fenomeno che non risparmia nemmeno il Nord.



La magistratura contabile

Corte dei Conti: troppe tasse Pressione a livelli «intollerabili»

Il livello attuale di pressione fiscale «appare intollerabile», mentre anche la spesa pensionistica è fuori controllo. A sostenerlo è Enrica Laterza, presidente delle Sezioni riunite della Corte dei Conti, che nella relazione sul rendiconto generale dello Stato 2014 ha spiegato che «difficilmente il sistema economico potrebbe sopportare

ulteriori aumenti della pressione fiscale». Nella dinamica dei conti pubblici, ha aggiunto, c'è una «caduta verticale degli investimenti» e un «continuo ed elevato ritmo di espansione delle prestazioni pensionistiche». Rigidità che mettono in difficoltà i piani di spending review.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Venerdì 26 GIUGNO 2015

Le malattie cardiovascolari sono i veri 'big killer' dei Paesi industrializzati. Per ridurre la mortalità: stili di vita sani, prevenzione e gestione integrata del paziente. Il rapporto Ocse

Le malattie cardiovascolari sono responsabili di un terzo di tutti i decessi nei Paesi OCSE. Ma le differenze tra un Paese e l'altro sono ancora considerevoli. Per questo gli autori del rapporto hanno stilato una serie di raccomandazioni per colmare questo gap. Un compito definito "difficile" e per il quale non basterebbe solo investire più risorse nei servizi sanitari. Il risultato, però, sarebbe un abbattimento del tasso di mortalità

Nelle ultime decadi si è assistito ad un importante calo della mortalità cardiovascolare, decisamente più rapido rispetto a quello registrato per altre patologie. Un notevole successo dunque che rischia tuttavia di essere inficiato negli anni a venire dall'attuale pandemia di obesità e dalla scarsa aderenza ai trattamenti raccomandati. All'interno dei Paesi OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) sono rilevabili importanti differenze nel rischio di ospedalizzazione per complicanze legate al diabete o circa la possibilità di sopravvivere ad un infarto o ad un ictus. Così ad esempio, alcuni Paesi dell'Europa centro-orientale (Slovacchia, Ungheria, Estonia) presentano ancora tassi di mortalità superiori a 400/100.000 abitanti, mentre in Paesi quali Giappone e Francia i tassi di mortalità sono inferiori a 150/100.000 abitanti. Visto l'enorme impatto delle malattie cardiovascolari e del diabete, è urgente secondo gli autori del rapporto definire delle nuove politiche, mirate a migliorare la gestione terapeutica dei pazienti e a ridurre il gap tra un Paese e l'altro.

Le malattie cardiovascolari sono responsabili di un terzo di tutti i decessi nei Paesi OCSE. L'aumento dei casi di diabete d'altro canto genera un notevole carico di morbilità e disabilità, derivante dalla perdita della vista, dall'insufficienza renale e da una serie di altre complicanze generate da questa condizione. Considerate insieme, queste due condizioni rappresentano circa il 40% del carico di malattia globale nei Paesi OCSE.

Gli autori del rapporto intendono con questo documento dimostrare che investire ancora più risorse nei servizi sanitari non è sufficiente per garantire il buon esito delle cure e per ridurre l'inaccettabile gap di performance rilevabile nei diversi Paesi (ma anche all'interno di una stessa nazione) relativo alla presa in carico di queste due condizioni, entrambi complesse e difficili da trattare. Una buona medicina generale e diagnosi precoci sono fattori fondamentali per operare un efficace controllo dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia e dunque per prevenire complicanze a lungo termine. Ma anche questo non basta, se non si riesce a garantire un flusso continuo di informazioni e la gestione integrata del paziente dal medico di famiglia, allo specialista, all'ospedale.

Purtroppo molti Paesi OCSE sono ancora molto lontani da questi obiettivi. Per questo gli autori del rapporto hanno stilato una serie di raccomandazioni, indirizzate ai decisori politici, per aiutarli a colmare il gap esistente tra le cure attuali e quelle ottimali. Un compito difficile e tanto lavoro da fare, che verrebbe però ripagato da un abbattimento di mortalità e morbilità. Il rapporto, coordinato da **Kees van Gool, Nelly Biondi, Rie Fujisawa e Niek Klazinga**, si è avvalso della preziosa collaborazione dei nostri **Aldo Maggioni, Renato Urso, Roberto Ferrari, Luigi Tavazzi, Stefano Scarpetta, Francesca Colombo e Franco Sassi**.

Capitolo 1

Le malattie cardiovascolari sono il killer numero uno nei Paesi industrializzati, ma le differenze tra un Paese e l'altro sono considerevoli. In media tuttavia dal 1985, i Paesi dell'area OCSE sono riusciti ad abbattere la mortalità cardiovascolare (CV) del 50%, con escursioni importanti tuttavia che vanno dal 30% al 60%. Gli autori del rapporto si chiedono dunque cosa può esserci alla base di queste disparità di risultati e quale ruolo abbiano giocato in questo senso i sistemi sanitari e le politiche della salute dei vari Paesi.

In più, le proiezioni future, fanno ritenere che il calo della mortalità cardiovascolare, dopo aver raggiunto un plateau rischia di tornare a crescere, soprattutto nelle fasce di età più giovani, principalmente a causa della doppia pandemia di obesità e di diabete. Si stima che entro il 2030, almeno il 40% della popolazione USA presenterà qualche forma di patologia cardiovascolare e che i costi medici diretti relativi alla voce 'malattie CV' sono destinati a triplicare.

Capitolo 2

Uno stile di vita sbagliato è tra le principali cause alla base delle malattie CV e del diabete nei Paesi OCSE. Il fumo ad esempio raddoppia il rischio a 10 anni di un evento CV, mentre l'obesità raddoppia le probabilità di comparsa di diabete e aumenta il rischio di malattia CV del 30-40%.

I diversi stili di vita possono in parte spiegare anche le differenze nei risultati dei trattamenti per malattie CV e diabete, da un Paese all'altro.

Le nazioni che hanno adottato politiche restrittive nei confronti del fumo, hanno visto ridursi nell'arco degli ultimi 10 anni la percentuale dei fumatori attivi. Restano ancora tuttavia importanti differenze relativamente all'abitudine tabagica tra un Paese e l'altro in area OCSE; in altre parole, per molti Paesi ci sono ancora ampi margini di miglioramento possibili. Ma se le politiche anti-fumo hanno fatto registrare dei discreti successi, non altrettanto può dirsi sul fronte obesità. Negli ultimi 10 anni, si è registrato un continuo aumento della percentuale delle persone in sovrappeso o francamente obese. Eppure un'analisi dell'OCSE dimostra che una strategia globale ed esaustiva anti-obesità sarebbe non solo efficace ma anche molto costo-efficace.

Tuttavia, in molti Stati è mancata una forte presa di posizione politica o i governi si sono trovati ad affrontare una dura opposizione. Ciononostante molti Paesi hanno introdotto le cosiddette 'fat-tax', strumenti di politica fiscale che sembrano promettenti nel ridurre il consumo di cibi poco salutari.

E, com'è facile immaginare, l'introduzione di questa tassazione ha sollevato non poche polemiche all'interno dei Paesi che se ne sono fatti promotori.

Secondo gli autori del rapporto è fondamentale tuttavia che i vari Governi continuino a giocare un ruolo attivo nella definizione di politiche che incoraggino i singoli individui a fare scelte salutari, investendo in prevenzione e in informazione e implementando politiche in grado di indirizzare la gente verso scelte salutari, scoraggiando al contempo quelle sbagliate. Tuttavia, sottolineano gli autori, queste politiche avranno successo solo se inserite all'interno di una strategia di più ampio respiro, che comprenda sia misure pensate per la popolazione generale, che altre mirate alle categorie ad alto rischio.

Capitolo 3

Un facile accesso alle cure primarie rappresenta la base di tutti i sistemi sanitari, oltre che la chiave del successo per una efficace gestione di malattie CV e diabete e più in generale per la prevenzione e la promozione della salute.

Risulta di importanza strategica ad esempio per la diagnosi precoce del diabete e dei fattori di rischio per malattie CV. Molte nazioni hanno un buon sistema di cure primarie, che eroga non solo tutti i servizi primari ma anche i trattamenti utilizzati comunemente per diabete e malattie CV.

E' ormai chiaro a tutti che dove non funzionano le cure primarie, le conseguenze per lo stato di salute a lungo termine sono pesanti, così come i costi sanitari generati da malattie CV e diabete.

Ma se l'accesso alle cure primarie è una condizione fondamentale e ineludibile, molti Paesi stanno ponendo una grande enfasi nel migliorare anche la qualità delle cure primarie. C'è chi cerca di farlo rafforzando la governance delle cure primarie, chi dando incentivi finanziari per erogare cure migliori e ottenere risultati migliori, chi attraverso la definizione di un benchmark e dei target, chi attraverso la formazione e l'accreditamento.

Al cuore di tutti questi sforzi ci deve essere – sostengono gli autori - un miglior sistema di monitoraggio delle performance. E infatti molti Paesi hanno investito risorse non indifferenti per permettere una migliore valutazione delle attività di cure primarie, soprattutto nel contesto dei processi di cura e, in misura minore, degli esiti.

Molti Paesi hanno fatto grandi progressi in queste attività, ma di certo misurare la qualità delle cure primarie resta un compito complesso. Per alcuni sistemi sanitari infatti 'cure primarie' significa un insieme di migliaia di ambulatori indipendenti, fatto che rende molto difficile operare dei cambiamenti globali.

Sempre più Paesi stanno cercando di espandere il ruolo che le cure primarie hanno nel trattamento del diabete e delle patologie CV, anche attraverso il coordinamento delle cure attraverso i vari settori del sistema sanitario e un'ulteriore integrazione delle cure multidisciplinari.

Questo è fortemente raccomandabile visto che in molti Paesi è ancora molto forte il ricorso alle strutture per acuti.

Il settore delle cure primarie è chiamato a confrontarsi anche con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicità che genererà non solo un'aumentata domanda di cure primarie, ma modificherà anche i bisogni di cure sanitarie della popolazione.

Sempre più pazienti presenteranno infatti in futuro un maggior numero di condizioni comorbili e richiederanno dunque valutazioni e gestioni più complesse.

In un'era di ristrettezze finanziarie, il settore delle cure primarie può giocare un ruolo importante nell'erogare servizi di elevata costo-efficacia, e nel migliorare i risultati a lungo termine per i pazienti con malattie CV e diabete.

Un dato di fatto questo sempre più riconosciuto nei Paesi di area OCSE, che stanno riponendo grandi aspettative su quello che i servizi di cure primarie di elevata qualità possono fare in termini di prevenzione, trattamento e controllo delle malattie.

Capitolo 4

Nonostante i grandi progressi fatti nel campo del trattamento delle malattie CV, i pazienti continuano a gravare su pronto soccorso e ospedali per ricevere terapie salva-vita ed è improbabile che la pressione esercitata sugli ospedali per l'erogazione di cure di alto livello tenderà ad attenuarsi nel prossimo futuro.

Altro motivo di preoccupazione sono i tassi crescenti di obesità, diabete e invecchiamento della popolazione, fattori tutti che daranno un importante contributo all'aumento degli eventi acuti.

Destinato ad aumentare anche il numero dei casi complessi, cioè di pazienti affetti da diverse comorbilità.

Le linee guida pubblicate negli ultimi anni sono molto 'impegnative' per quanto riguarda la tempistica dei trattamenti per acuti e il livello di cure e di tecnologie da impiegare per i diversi trattamenti.

Per questo, sono molti i Paesi di area OCSE che non riescono a tener dietro e ad implementare le cure raccomandate dalle linee guida.

Ma naturalmente, almeno nel caso delle malattie CV, un processo di cura subottimale comporta concrete e pesanti ripercussioni sull'outcome dei pazienti.

Cosa si intenda per 'cure di elevata qualità' è noto da oltre 30 anni e gli autori del rapporto fanno rimarcare che i sistemi sanitari hanno avuto dunque molto tempo a disposizione per implementare tutti i cambiamenti necessari per offrire queste cure di elevato livello. Ma, nonostante siano stati compiuti sforzi importanti, è evidente che alcuni Stati sono riusciti a operare questi cambiamenti nel campo dell'assistenza per le malattie CV, molto meglio di altri.

Le cause di una mancata implementazione sono individuate dagli autori del rapporto in una carenza di staff adeguatamente addestrato lungo tutte le fasi del continuum di cure, dai servizi di emergenza, ai tecnici, al personale infermieristico specializzato; ad un numero di letti e di attrezzature insufficienti; alla carenza di standard nell'organizzazione dei sistemi; alle barriere esistenti per il trasferimento dei pazienti da un ospedale o da una regione all'altra; e infine ai criteri di rimborso, che scoraggiano l'impiego delle innovazioni.

Un'ulteriore potenziale barriera è la mancanza di strumenti politici che consentano l'introduzione di servizi di health care innovativi.

Per contro, molti sistemi sanitari di Paesi OCSE hanno introdotto processi di policy formali per la valutazione, l'acquisto e l'implementazione delle innovazioni in campo farmaceutico e nel campo dei device medici. Questi sistemi sono stati strutturati proprio per consentire ai pazienti di accedere alle innovazioni realmente costo-efficaci e sicure. Restano tuttavia opinabili, secondo gli autori del rapporto, i criteri decisionali adottati (un esempio è quello del NICE inglese), nonché il fatto che questi sistemi riescano veramente a minimizzare le disparità all'interno dello stesso sistema sanitario.

Il miglioramento dei servizi dedicati al trattamento degli eventi CV acuti, ricordano gli autori, molto spesso è avvenuto solo a livello locale/regionale, grazie all'iniziativa di un clinico famoso e con il supporto di associazioni di pazienti e dei professionisti locali. Si tratta di storie di successo che naturalmente contribuiscono ad acuire il gap e la disomogeneità del livello dei servizi, all'interno di uno stesso Paese.

Gli autori auspicano dunque un intervento delle autorità centrali per promuovere un'omogenea diffusione delle migliori pratiche di trattamento degli eventi CV acuti su tutto il territorio nazionale.

Questo potrebbe essere realizzato attraverso la definizione di migliori indicatori e sistemi di rilevazione delle performance lungo tutti gli step delle cure per acuti (prima, durante e dopo il ricovero). Le informazioni così acquisite, potrebbero essere utilizzate per rinforzare le strutture di governance e per creare una cultura, volta a migliorare la qualità del continuum di cure dalla casa del paziente alla porta dell'ospedale e viceversa.

Capitolo 5

Nonostante i tanti limiti rilevati, secondo gli autori del rapporto, quest'analisi ha consentito una migliore comprensione della relazione tra la qualità delle cure per acuti e le risorse ospedaliere nel campo del trattamento delle malattie CV.

Sono stati individuati alcuni dei fattori in grado di spiegare le differenze nella qualità delle cure per acuti, utilizzati di routine nell'operare confronti internazionali.

Migliorare la qualità delle cure CV per acuti fa naturalmente lievitare la spesa ospedaliera, in particolare nel caso dell'infarto miocardico acuto e dell'ictus.

Ma le risorse dedicate alle cure per acuti restano tuttavia un'importante determinante della qualità dell'assistenza sanitaria in generale. E anche se questo non consente di prevedere con sicurezza il successo futuro, perché il rapporto tra le risorse impiegate e la qualità può essere soggetto a cambiamenti nel tempo, in generale secondo gli autori è lecito affermare che un agile accesso alle cure per acuti (desunto dalla percentuale della spesa ospedaliera finanziata dal pubblico), si associa ad una miglior performance ospedaliera.

Gli autori ritengono infine che gli Stati che rimborsano gli ospedali con budget globali e quelli che misurano in maniera sistematica le performance riescono ad ottenere più ampi margini di miglioramento, da un aumento della spesa.

Capitolo 6

La mancata aderenza alle pratiche cliniche raccomandate può produrre effetti indesiderati sugli outcome del paziente e genera costi sanitari più alti.

Bisognerebbe fare quindi uno sforzo per cercare di comprendere il ruolo che le caratteristiche peculiari di un sistema sanitario può esercitare nello spiegare l'aderenza alle linee guida, sia all'interno dei singoli Paesi, che da un Paese all'altro.

Riuscire a comprendere quali fattori influenzano l'aderenza o meno alle linee guida può essere d'aiuto ai decisori pubblici per disegnare delle politiche più efficaci, che possano essere d'aiuto ai provider nel cercare di migliorare l'aderenza e i risultati dell'assistenza sanitaria. Riuscendo auspicabilmente nel contempo a ridurre i costi.

Maria Rita Montebelli

Venerdì 26 GIUGNO 2015

Epatite C. Nuove sperimentazioni su pazienti genotipo 1b e cirrosi

Il 100% dei pazienti trattati con l'associazione ombitasvir/paritaprevir/ritonavir e dasabuvir senza ribavirina ha ottenuto la risposta virologica sostenuta a 12 settimane (SVR12). I risultati saranno illustrati oggi all'International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Diseases in corso a Berlino.

Buone notizie dalla sperimentazione TURQUOISE-III: il 100 % (n=60/60) dei pazienti adulti con infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) di genotipo 1b e cirrosi epatica compensata ha ottenuto la risposta virologica sostenuta a 12 settimane dalla fine del trattamento (SVR12).¹ I pazienti hanno ricevuto il regime VIEKIRAX® (ombitasvir/paritaprevir /ritonavir compresse) + EXVIERA® (dasabuvir compresse) senza ribavirina (RBV) per 12 settimane. I dettagli della sperimentazione in Fase 3b saranno presentati oggi dall'azienda biofarmaceutica AbbVie (NYSE: ABBV) in occasione del 15esimo congresso annuale International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Diseases che si tiene a Berlino, Germania.

Sono circa 160 milioni in tutto il mondo le persone affette da infezione da HCV. Il genotipo 1 è il genotipo più comune del virus HCV, ed è osservato nel 60% dei casi a livello mondiale, mentre in Europa il genotipo 1b è il più prevalente (47% dei pazienti). Nel tempo, con l'evoluzione della malattia, circa il 10-20% dei pazienti con infezione cronica da HCV presenterà l'insorgenza di complicanze epatiche, fra cui la cirrosi compensata.²

“Essendo il sottogenotipo più prevalente, il genotipo 1b (GT1b) è globalmente riscontrato in una vasta percentuale dei pazienti affetti da HCV: per questo è necessario continuare ad esplorare ulteriori regimi di trattamento,” afferma **Jordan J. Feld**, direttore della ricerca del Toronto Center for Liver Disease, Toronto, Canada. “I risultati della sperimentazione TURQUOISE-III sono promettenti e dimostrano che i pazienti affetti da HCV di genotipo 1b e cirrosi compensata possono ottenere tassi elevati di risposta grazie a 12 settimane di trattamento con un regime privo di interferone e ribavirina.”

La sperimentazione TURQUOISE-III ha arruolato sia pazienti che non avevano mai ricevuto trattamento anti-HCV in precedenza (i cosiddetti pazienti naïve rispetto al trattamento) che pazienti con trattamento pregresso (soggetti per cui era fallita una precedente terapia a base di interferone peghilato e RBV). Nessun paziente ha interrotto il trattamento a causa di eventi avversi.¹ Gli eventi avversi segnalati con maggiore frequenza (>10 % dei soggetti) sono stati affaticamento (20 %), diarrea (20 %) e mal di testa (18%).¹

“Nello studio TURQUOISE-III il 100% dei pazienti GT1b con cirrosi compensata trattati con VIEKIRAX® + EXVIERA® , senza ribavirina, ha ottenuto la risposta virologica sostenuta a 12 settimane. Grazie al nostro programma di Fase 3b intendiamo acquisire sempre maggiori informazioni e dati relativi agli effetti del trattamento con il regime VIEKIRAX + EXVIERA in popolazioni di pazienti affetti da HCV che rispecchiano le condizioni osservate nella pratica clinica,” spiega **Scott Brun**, vice presidente, pharmaceutical development di AbbVie.

Un neurone di plastica ci salverà

Creato in laboratorio, è in grado di ricevere segnali chimici e trasmetterli alle cellule

di **Giovanni Caprara**
e **Anna Meldolesi**

Al Karolinska Institutet, in Svezia, uno dei templi della ricerca sul cervello, hanno realizzato un neurone artificiale che riproduce le funzioni di quello umano. All'interno non ci sono parti «viventi» perché si è fatto ricorso ad una materia plastica conduttiva, cioè un polimero nel quale possono scorrere segnali elettrici. Il suo sistema è in grado di agire e comunicare come una cellula naturale.

Il commento

La lunga lotta alle malattie neurologiche

di **Anna Meldolesi**

L'elettronica parla il linguaggio degli elettroni. Le biologia quello delle molecole. Tradurre una lingua nell'altra è il lavoro della bioelettronica. Appartiene a questo filone l'exploit annunciato dal Karolinska Institutet, il neurone artificiale. La magia delle cellule nervose risiede nella loro capacità di comunicare, con quei lunghi bracci che li connettono l'un l'altra. Sensazioni, movimenti, pensieri si creano così, con una staffetta di segnali elettrici e chimici. Ioni e neurotrasmettitori. Quando la connessione salta, si interrompe il segnale. Bypassare il danno può ripristinare la funzione. Dei neuroni artificiali impiantati nel corpo

potrebbero compiere il miracolo? Questa è la speranza di Agneta Richter-Dahlfors e colleghi, ma i loro esperimenti sono preliminari. Prove di concetto in vitro, che dovranno dimostrarsi efficaci in vivo. Diversi filoni di ricerca cingono d'assedio le malattie neurologiche, a cominciare dalla medicina rigenerativa con le sue cellule staminali. Negli anni si sono susseguiti entusiasmi e delusioni. Abbiamo assistito alla frode del coreano Hwang Woo-Suk, celebrato come colui che avrebbe rimesso in piedi le persone in carrozzina. Ma ci sono stati anche progressi nel campo delle protesi robotiche, che hanno consentito (davvero) a persone con gli arti paralizzati di versarsi un drink con la forza del pensiero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un neurone artificiale che comunica con i suoi simili umani

Creato in laboratorio, è in grado di ricevere segnali chimici e trasmetterli alle cellule del nostro corpo

Un neurone artificiale che riproduce le funzioni compiute da quello umano è stato realizzato al Karolinska Institutet, in Svezia, uno dei templi della ricerca sul cervello. Al suo interno non ci sono parti «viventi» perché si è fatto ricorso ad una materia plastica conduttiva, cioè un polimero nel quale possono scorrere segnali elettrici. Il suo sistema è in grado di agire e comunicare nello stesso modo di una cellula naturale. Così dei segnali chimici sono trasformati in impulsi elettrici trasmettendo gli ordini ad altre cellule. Ma quando per incidente o malattia il processo viene bloccato, la comunicazione si interrompe e possono nascere gravi patologie come alcuni tipi di sordità, il Parkinson o l'epilessia.

Finora si cercava di affrontare il problema trasmettendo dei segnali elettrici dall'esterno per cercare di ripristinare la funzionalità ma la tecnica si è

sempre rivelata piuttosto rozza perché la stimolazione va a disturbare in maniera indiscriminata tutte le cellule nervose dell'area interessata comprese anche quelle non implicate nel disturbo. Inserendo un neurone artificiale si ripristina invece soltanto la zona del danno. «Il prossimo passo che dobbiamo compiere – nota Angela Richter-Dahlfors, professore di microbiologia e alla guida della ricerca sostenuta da varie istituzioni comprendenti il Royal Research Council e la Swedish Academy of Sciences – è quello di miniaturizzare il prototipo in modo da renderlo adatto all'impianto nel corpo umano». Gli autori raccontando il risultato della loro ricerca sulla rivista *Biosensors & Bioelectronics* mettono in risalto in particolare la prospettiva di poter affrontare con efficacia i disordini neurologici. E in un futuro immaginano di installare cellule artificiali nelle varie parti

del corpo dove si siano manifestate delle anomalie ripristinando il funzionamento in modo del tutto automatico con un sistema di governo intelligente al loro interno, oppure facendo ricorso a una tecnologia wireless controllata dall'esterno.

Il gruppo di Angela Richter-Dahlfors lavora da molti anni sull'ardua frontiera e già nel 2009 aveva annunciato un primo parziale passo verso la meta dimostrando che la strada poteva essere percorsa. Sei anni dopo il risultato, sia pure ancora ristretto al laboratorio, sembra essere stato raggiunto. Naturalmente occorreranno altri anni per rendere la straordinaria possibilità normalmente praticabile in un centro di cura. Ma l'obiettivo finale è ora meno arduo da raggiungere e soprattutto si apre una preziosa speranza.

Giovanni Caprara

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il centro

● Il Karolinska Institutet è una delle più prestigiose istituzioni scientifiche d'Europa: è stato fondato in Svezia nel 1810

● Spetta a un comitato di esperti del Karolinska Institutet selezionare ogni anno la rosa dei pretendenti al premio Nobel per la medicina

il caso

VALENTINA ARCOVIO
LISBONA

Modelli sbagliati Il caso delle star «over 40» e «over 50» che restano incinte è fuorviante
«Quelli non sono esempi da seguire»

Lo stato della ricerca «Oggi l'obiettivo è quello di migliorare le probabilità di successo della procreazione assistita»

Mamma sì, ma non oltre i 43 anni

L'Sos degli specialisti: le donne si illudono, la gravidanza non si può ritardare troppo

Nicole Kidman ha avuto una bambina a 43 anni e ora ne sogna un altro a 47 suonati. Gianna Nannini ha messo al mondo la piccola Penelope Jane a 54. Heather Parisi ha dato alla luce due gemelli a 50 anni, mentre Carmen Russo è rimasta incinta alla bellezza di 53. La lista delle vip diventate mamme molto in là negli anni è lunga. Ma sfoggiare sulle riviste un pancione dopo i 43 anni rischia di lanciare un messaggio fuorviante e cioè che si può concepire a qualsiasi età.

L'allarme è stato lanciato dagli esperti in occasione del meeting annuale della European Society of Human Reproduction and Embryology che si è tenuto a Lisbona. «La maggior parte delle gravidanze oltre i 43 anni sono possibili grazie all'ovodonazione, cioè alla tecnica di fecondazione eterologa che prevede l'utilizzo degli ovociti di una donatrice», dice Filippo Maria Ubaldi, responsabile clinico del Centro di medicina della riproduzione Genera di Roma.

L'età giusta. La scelta di mettere al mondo un bambino, sia spontaneamente sia con l'aiuto delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, ha purtroppo una data di scadenza. «Per avere maggiori probabilità di concepire naturalmente - spiega Ubaldi - non bisogna superare la soglia dei 35 anni». L'ideale sarebbe concepire a 20 anni, quando le probabilità di rimanere incinta dopo un rapporto sessuale sono del 30-40%. «Già a 30 anni - sottolinea l'esperto - le probabilità di concepire scendono al 20%».

Procreazione assistita. Anche con l'aiuto delle più moderne tecniche di fecondazione assistita è impossibile «ringiovanire» le cellule riproduttive di una donna. «Se si vogliono avere delle possibilità reali di concepire un bambino dopo i 43 anni, bisogna utilizzare i propri ovociti preventivamente congelati in età più giovane o quelli di una donatrice», dice Ubaldi. Ma anche in questo caso non ci sono garanzie. «Portare avanti una gravidanza a 40 anni - spiega - non è come quando si hanno 20 anni. Anche se gli ovociti sono giovani, l'utero non lo è altrettanto. Questo significa che la donna è esposta a un maggior rischio di complicazioni: gestosi, parti pre-termine, ipertensione».

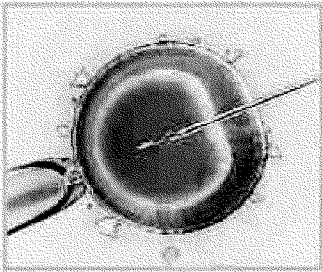
Il futuro della ricerca. I più visionari probabilmente rimarranno delusi da quanto accadde nei laboratori e nei centri medici. La ricerca non ha infatti ambizioni nel prolungare ad oltranza la fertilità. «Il lavoro - spiega Ubaldi - è più focalizzato nel miglioramento dell'efficienza dei trattamenti. Significa che gli sforzi sono concentrati nell'ottimizzare le attuali probabilità di concepimento, nella riduzione del rischio aborti e complicanze».

Progetti di ricerca. Non a caso i due progetti italiani che si sono aggiudicati il «Grant for Fertility Innovation», il premio indetto ogni anno da Merck Serono, riguardano lo sviluppo di due metodi che hanno lo scopo di migliorare le tecniche di procreazione medicalmente assistita. Uno porta la firma di Antonio Capalbo, responsabile del programma Pgd-Pgs dei centri Genera di Medicina della riproduzione e direttore del laboratorio Ge-

netyx. «Il nostro obiettivo - sottolinea - è sviluppare un metodo rapido e non invasivo, basato sull'analisi di miRna, per selezionare l'embrione con la maggior competenza riproduttiva, aumentando il successo della fecondazione assistita». L'altro progetto è guidato da Paola Vigano, coordinatrice del Laboratorio di riproduzione assistita dell'Ospedale San Raffaele di Milano. «Lavoriamo - dice - a un metodo basato sull'analisi dell'esosoma, che permetterà di scegliere l'embrione che ha maggiori probabilità di impianto».

La sensibilizzazione. L'età è al centro anche di diverse iniziative pubbliche e private. Nel Piano nazionale per la fertilità, promosso dal ministero della Salute, si sottolinea l'importanza di ricordare alle donne che la fertilità diminuisce al crescere dell'età. Non a caso l'edizione di quest'anno del «Fertility 2.0 Award», il premio Merck Serono rivolto agli utenti web, è stata emblematicamente intitolata «Le età della fertilità: il tempo dell'attesa».

Nuove tecniche e stili di vita



Social egg freezing

È la crioconservazione dei propri ovociti e la scelta nasce da motivi sociali oppure professionali. Questa tecnica consente di posticipare la gravidanza

Farmaci salva-fertilità

Si tratta di ormoni analoghi dell'«Lhrh», che è in grado di aiutare le donne sottoposte a chemioterapia a prevenire eventuali danni alle ovaie

«Icsi» bionaturale

È il metodo che consente di selezionare gli spermatozoi con le caratteristiche migliori per poter realizzare una fecondazione di successo



In estate

Due diversi studi hanno dimostrato che è nella stagione calda che una donna ha maggiori probabilità di concepire un figlio

Sport

Gli uomini che fanno attività fisica regolare producono un maggior numero di spermatozoi e hanno quindi più probabilità di concepire

Noci

Grazie all'elevato contenuto di selenio aumentano la fertilità maschile e migliorano anche lo stato di salute dei follicoli ovarici nelle donne



30-40

per cento

Sono le possibilità di rimanere incinta a 20 anni dopo un rapporto sessuale